

Kapitel 6

Persönlichkeitsstörungen

Peter Fiedler

1 Vorbemerkungen

In der (Klinischen) Psychologie wie in der Psychiatrie gibt es eine lange Tradition der Entwicklung und Erforschung theoretischer Modelle zur Diagnostik, Beurteilung und Klassifikation von Persönlichkeitseigenschaften. Dennoch waren und sind die Methoden der psychologischen Forschungsansätze sehr unterschiedlich zu jenen, die in der Psychiatrie Verwendung finden und fanden. Bis auf wenige Ausnahmen ist die *psychologische* Persönlichkeitsforschung der Psychometrie und einer dimensional Klassifikation verpflichtet, die sich – in der Differentiellen Psychologie – zumeist für Persönlichkeitsunterschiede normaler Populationen und den dabei beobachtbaren Normabweichungen interessierte (vgl. Amelang & Bartussek, 1985). Ganz im Unterschied dazu richtet die *psychiatrische* Persönlichkeitsforschung ihr Augenmerk stärker auf die Differenzierung klinisch auffälliger Personengruppen (Patienten mit psychischen Störungen) – zumeist mittels kategorialer Klassifikation. Auffindbare Persönlichkeitsabweichungen sollten sich auf der Grundlage differenzierbarer Merkmale eindeutig beschreiben und benennen lassen, um diese dann in gleichfalls eindeutig voneinander zu trennende Klassen psychischer Störungen und Syndrome sowie möglicher spezifischer Persönlichkeitsstörungen einordnen zu können. Anspruch und Wirklichkeit der kategorialen nosologischen Klassifikation waren bis heute jedoch nur unzureichend Deckung zu bringen (vgl. Bastine, 1990).

Auf Seiten der Klinischen Psychologen bestand gegenüber der klassifikatorischen Feststellung abweichender Persönlichkeitsmerkmale – in der Psychiatrie traditionell unter Begriffen wie „Psychopathien“, „Soziopathien“ oder „Charakterstörungen“ zusammengefaßt – jedoch noch ein weiteres Unbehagen. Unmittelbarer als die Klassifikation spezifischer psychischer Störungen (wie „Agoraphobie“, „Stottern“ oder „Alkoholabhängigkeit“) berührt die diagnostische Festlegung „Persönlichkeitsstörung“ das *Problem der Stigmatisierung*. Es werden nämlich nicht nur einzelne Verhaltensweisen und Erlebnissepisoden als „Störung“ bezeichnet, sondern eine diagnostizierte Persönlichkeits-Abweichung bezieht sich immer *auf die Person an sich*. Damit rückt

die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ fast zwangsläufig in den Bereich des moralischen Urteilens und Verurteilens – besonders dort, wo (wie im Bereich der Jurisprudenz) zugleich synonym Begriffe wie „Triebstörung“, „Gewohnheitstäter“, „Hangtäter“ oder ähnliche benutzt wurden und werden. Klinische Psychologen haben sich deshalb seit den sechziger Jahren engagiert und kritisch an Diskussionen um diese sog. *Etikettierungsproblematik* beteiligt, in denen die diagnostisch-definitivische Verquickung der psychischen Gestörttheit einer Person und ihrer möglichen Gesellschaftsschädlichkeit Thema war (zur Entwicklung dieser Diskussion beispielsweise Keupp, 1972, 1976, 1988).

Beides – die methoden-kritischen Einwände gegenüber der kategorialen Diagnostik wie die kritische Diskussion der Etikettierungsproblematik – hat in den vergangenen Jahren erheblichen Einfluß auf die Neugestaltung psychiatrischer Diagnosesysteme genommen. An der Fortentwicklung der beiden wichtigsten Klassifikationssysteme – aktuell: DSM-IV der American Psychiatric Association (1996); ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (Dilling, Mombour & Schmidt, 1992) – waren dann schließlich auch Klinische Psychologen maßgeblich beteiligt. Die wichtigsten Veränderungen in beiden Systemen betreffen vor allem vier Punkte (insbesondere mit Blick auf die Persönlichkeitsstörungen; vgl. Widiger & Frances, 1985; Saß, 1987):

Erstens: Der Anspruch streng voneinander abgrenzbarer Kategorien wurde fallengelassen und in den Diagnosesystemen durch eine Annäherung an eine sog. *Prototypen-Klassifikation* ersetzt. Diese Art typologischer Systematik folgt Modellüberlegungen, die in der Kognitiven Psychologie als Prototypenmodell der Kategorisierung entwickelt wurden (z. B. Mervis & Rosch, 1981). Die Prototypenperspektive stellt u. a. folgende Anforderungen an eine Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen (vgl. Widiger & Frances, 1985):

- a) Akzeptanz einer *Mehrfachdiagnose*: dies Kriterium ist beispielweise durch die Multiaxialität des DSM (seit 1980) erfüllt; seit dem DSM-III-R (1987) besteht zudem die Möglichkeit, mehrere Persönlichkeitsstörungen bei ein und derselben Person zu vergeben; in der ICD-10 (seit 1991) gilt allgemein das Prinzip der Mehrfachdiagnosen (vgl. unten zur *Komorbidität* im Abschnitt über die *Nosologie*);
- b) die Diagnosekriterien sollten zur Reliabilitätserhöhung *polythetisch* angelegt sein (auch diese Anforderung des Prototypenansatzes gilt als weitgehend erfüllt, als jeweils eine *quantitativ* festgelegte Untergruppe von Kriterien für eine Diagnosebegründung herangezogen werden kann);
- c) die Kriterien sollten *qualitativ* gewichtet sein (diese Anforderung, die in gewissen Grenzen eine *Dimensionierung* der Schwere der Störung ermöglichen soll, wird bisher weder im DSM-IV noch in der ICD-10 ausreichend erfüllt, was auf einen Mangel an substantiellen empirischen Studien mit der Anwendung beider Systematiken zurückgeführt werden kann); schließlich sollten
- d) *prototypische Merkmale* benannt sein, die für das jeweilige Störungsbild als besondere Markierungspunkte gelten (auch dieses Kriterium ist in den neuen Systematiken nur in Ansätzen ausgearbeitet).

DSM wie ICD verzichten inzwischen weitgehend auf Gesamteindrücke und intuitive Erfahrungen des Diagnostikers als Beurteilungsgrundlage. Sie fordern vielmehr eine Beurteilung des Problemverhaltens anhand *konkreter Verhaltensindikatoren* oder *Verhaltensmuster*, die für spezifische Persönlichkeitsstörungen als prototypisch betrachtet werden

(erste systematische Untersuchungen zur Prototypen-Entwicklung im Bereich der Persönlichkeitsstörungen wurden z. B. von Livesley, 1986, 1987, vorgelegt).

Zweitens: Beide Systematiken verwenden den *Störungsbegriff* ohne weitergehende Implikationen in Richtung „Erkrankung“. In den aktuell gültigen Auflagen wurde nicht nur die Kennzeichnung der spezifischen psychischen Störungen als „Neurose“ oder „Psychose“ gestrichen, sondern auch die stigmatisierenden Begriffe „Psychopathie“ und „Soziopathie“ wurden durch den Oberbegriff „Persönlichkeitsstörungen“ ersetzt. Und in den Kriterieninhalten tritt an die Stelle der früheren Kriterienaspekte „Verhaltensdevianz“ bzw. „Gestörtheit bzw. des Leidens der Gesellschaft unter persönlichkeitsbedingten Auffälligkeiten“ ausdrücklich die *Einschränkung der sozialen Kompetenz* der Betroffenen (vgl. Widiger, Frances, Spitzer & Williams, 1988).

Drittens: Früher wurde vielfach versucht, aus den sich wiederholenden Normabweichungen einer Person auf deren innerpsychische Struktur und Psychodynamik als „Charakterstörungen“ zurückzuschließen, die dann als Diagnose ausgegebenen wurden. Die aktuellen Klassifikationssystematiken fordern demgegenüber eine zunächst möglichst theorie- und vorurteilsfreie Orientierung der Diagnostik an objektiv beobachtbaren *interpersonellen Verhaltensmerkmalen* der Betroffenen. Die Ausrichtung der Diagnosekriterien an persönlichkeitsstypischen *Interaktionsmerkmalen* dürfte erheblich zur Verbesserung der Zuverlässigkeit und Validität in aktuellen Forschungsarbeiten über Persönlichkeitsstörungen beigetragen haben (vgl. die Arbeiten in Oldham, 1990).

Insbesondere der letzte Punkt hat erheblichen Anteil an einem gegenwärtig beobachtbaren grundlegenden *Wandel der Bedeutung und Funktion*, die die Persönlichkeitsstörungen innerhalb der Diagnosesysteme einnehmen. Die meisten Autoren betonen inzwischen den Aspekt der *Beziehungsstörungen*. Sie betrachten *Persönlichkeitsstörungen als Störungen der zwischenmenschlichen Interaktion* (z. B. Millon & Everly, 1985; Kiesler, 1986; Benjamin, 1996). Ein Verständnis der Persönlichkeitsstörungen als „Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens“ ermöglicht in besonderer Weise die Beachtung der Stigmatisierungsproblematik, als eine (ätiologie-)theoretische Konzeptualisierung der individuellen Persönlichkeits-*Entwicklung* nur als zwischenmenschliche und damit zugleich als sozio-kulturelle und sozial-gesellschaftliche Entwicklungspsychologie akzeptierbar wird (hierzu insbesondere: Fiedler, 1995).

Dies waren und sind die Gründe, die in den vergangenen Jahren auch Klinische Psychologen bewegen haben, ihre Vorbehalte gegenüber den psychiatrischen Klassifikationssystemen aufzugeben, vielmehr aktiv an ihrer Verbesserung mitzuarbeiten (vgl. z. B. Beck, Freeman u. a. 1993; Costa & Widiger, 1993; Schmitz, Fydrich & Limbacher, 1996; Turkat, 1996). Dieser veränderten Einstellung folgend ist auch die nachfolgende Darstellung der Persönlichkeitsstörungen an den aktuell gültigen Systematiken (DSM-IV und ICD-10) ausgerichtet.

2 Kennzeichnung der Persönlichkeitsstörungen

In den Diagnosesystemen werden Persönlichkeitsstörungen als wiederholt beobachtbare, persontypische Interaktionseigenarten beschrieben, die als unflexibel und sozial als wenig angepaßt gelten können. Die Diagnose sollte jedoch erst dann gestellt werden, wenn sich die zwischenmenschlichen Beziehungsstörungen in der Weise extremisieren, daß die berufliche und private Leistungsfähigkeit der Betroffenen erheblich beeinträchtigt ist und wenn diese Beeinträchtigungen möglicherweise zu subjektiven Beschwerden führen. Üblicherweise lassen sich die typischen Verhaltensmuster bereits in der Kindheit und Jugend beobachten. Dennoch sollte die Störungsdiagnose erst nach einer längeren Zeit der Personentwicklung ab dem frühen Erwachsenenalter erfolgen. Für Störungen des Sozialverhaltens im Kindes- und Jugendalter stellen sowohl die ICD-10 wie das DSM-IV eigene Klassifikationsrichtlinien bereit.

2.1 Zur Außenperspektive in der Diagnostik: die sog. Ich-Syntonie der Persönlichkeitsstörungen

Die wiederholt beobachtbaren Eigenschaften des erwachsenen Menschen sind zumeist Ausdruck eines für ihn charakteristischen Lebensstils, mit dem er die jeweiligen Lebensanforderungen und zwischenmenschlichen Beziehungen mit Sinn zu füllen versucht. Anhand der zumeist höchst individuellen Eigenarten, mit denen sich Menschen interpersonell engagieren (oder auch nicht), kann man rückschließen, welches persönliche Verhältnis zur *eigenen* Person und zu *anderen* Personen angestrebt und vermieden wird. – Persönlichkeitsstörungen gehören als Persönlichkeitseigenarten zur Person dazu, weshalb zunächst *nicht* zu erwarten sein dürfte, daß ein Mensch *sich selbst* die Diagnose einer „gestörten Persönlichkeit“ gibt. *Nur die Außenperspektive* der Bezugspersonen oder die eines professionellen Diagnostikers erlaubt in den meisten Fällen die Schlußfolgerung einer „gestörten Persönlichkeitsentwicklung“.

Das Phänomen, daß Persönlichkeitsstörungen aus der Eigenperspektive nicht unmittelbar als störend, abweichend oder normverletzend erlebt werden und als solche bei sich selbst schwer diagnostizierbar sind, bezeichnet man als *Ich-Syntonie* der Persönlichkeitsstörungen (Fiedler, 1995). Die Ich-Syntonie verdeutlicht, daß die interpersonellen Probleme der Betroffenen auf Verhaltensweisen beruhen, die diese Menschen als Person kennzeichnen. Sie werden von den Betroffenen als zu sich zugehörig erlebt. Im Unterschied dazu werden die meisten anderen psychischen Störungen und Syndrome (wie beispielsweise die phobischen oder affektiv-depressiven Störungen) als *ich-dyston*, eben als nicht zu sich zugehörig erlebt, weshalb sich die Betroffenen von diesen Störungen gern wieder frei machen würden.

Da die Diagnose „Persönlichkeitsstörungen“ zunächst zumeist aus der Außenperspektive heraus gestellt wird, erfolgt sie verständlicherweise immer in einem Kontext persönlicher, zwischenmenschlicher wie auch wissenschaftli-

cher Streitfragen und gesellschaftlicher Konfliktzonen. Denn das Festsetzen von Grenzen und eine klare Einigung über die Eigenarten dessen, was in legitimer Weise als „*abnorme Persönlichkeit*“ bezeichnet werden kann, ist nach wie vor unzureichend – wenn nicht gar unmöglich. In Abhängigkeit von ständigen Veränderungen in kulturellen und gesellschaftlichen Kontexten ist sie zudem ständigen Wandlungen unterworfen und immer in der Gefahr, einer gewissen Willkür zu unterliegen. Dieses *Dilemma des kontinuierlichen Übergangs* der Klassifikation und Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen gilt es immer im Auge zu behalten, will man den Menschen, die als „persönlichkeitsgestört“ diagnostiziert werden, nicht Unrecht tun (hierzu Fiedler, 1996 b).

2.2 Beschreibung der spezifischen Persönlichkeitsstörungen

Nachfolgend sollen die wichtigsten Kriterien der einzelnen Störungsbilder aufgelistet werden, so wie sie weitgehend übereinstimmend oder zumindest recht ähnlich im DSM-IV und in der ICD-10 dargelegt sind. Angesichts des recht unterschiedlichen Forschungsstandes zu den einzelnen Störungsbildern differieren die Typisierungen hinsichtlich Detailliertheit und Spezifität. Obwohl es sich bei den meisten Kriterien um Merkmale der zwischenmenschlichen Interaktion handelt, die sich aus der Außenperspektive erschließen, setzen einige Kriterien einen Bezug zur Innenperspektive der Betroffenen voraus. Wir haben deshalb nachfolgend den Versuch unternommen, die diagnostischen Kriterien hinsichtlich dieser beider Perspektiven zu systematisieren, auch wenn sich diese Einteilung nicht immer zwingend durchhalten läßt. Die Beschreibung der Störungen erfolgt unter ergänzender Bezugnahme auf die Kriterien beider Diagnosesysteme, wobei der jeweilige inhaltliche Bezug durch (DSM) für das DSM-IV und (ICD) für die ICD-10 deutlich gemacht wurde (zur genaueren Diagnosebestimmung ist die Orientierung an den Kriterien eines der beiden Systeme unerlässlich; vgl. Fiedler, 1995).

2.2.1 Paranoide Persönlichkeitsstörung

Der Begriff „paranoide Persönlichkeitsstörung“ hat sich ab der Mitte dieses Jahrhunderts gegenüber einer Reihe unterschiedlicher Bezeichnungen durchgesetzt, die früher von „Pseudoquerulanten“ (Kraepelin, 1903–1904), über „expansive Persönlichkeiten“ (Kretschmer, 1921) und „fanatische Persönlichkeiten“ (Schneider, 1923) bis zu „querulatorische Persönlichkeiten“ (noch bei Schulte & Tölle, 1977) reichten. In der *Außenperspektive* stellen sich die Betroffenen als streitsüchtige Menschen dar mit einem scheinbar unangemessenen Beharren auf eigenen Rechten (ICD). Sie sind mißtrauisch und haben eine starke Neigung, Erlebtes umzudeuten, indem neutrale oder freundlich gemeinte Handlungen anderer als feindselig oder verächtlich mißdeutet werden (ICD). Die Loyalität und Glaubwürdigkeit von Freunden oder Mitarbeitern kann grundlos in Zweifel gezogen werden (DSM). Der gezeigte Groll gegen andere kann lange Zeit bestehen bleiben; verletzend Äußerungen oder erhaltene Beleidigungen werden von den Betroffenen nur schwerlich vergeben (DSM). Diese Persönlichkeitszüge werden aus einer *Innenperspektive* verständlich, in der sich die Betroffenen als höchst empfindsam gegenüber Zurückweisung und Zurücksetzung darstellen. Es ist eine Empfindsamkeit, die zugleich mit einem

überhöhten Selbstwertgefühl in Verbindung mit ständiger Selbstbezogenheit einhergehen kann (ICD). Aus gleichem Grund vertrauen sich die Betroffenen nur sehr zögernd anderen Menschen an, aus scheinbar ungerechtfertigter Angst, Mitteilungen und Informationen könnten gegen sie verwendet werden (DSM). In beiden Systemen ist die Neigung zu pathologischer Eifersucht als mögliches Kriterium angeführt.

Das Mißtrauen oder die Überempfindlichkeit der Menschen mit paranoider Persönlichkeitsstörung können prädisponierend für die Entwicklung einer *wahnhaften Störung* oder *Schizophrenie des paranoiden Typus* sein (vgl. z. B. Parnas, Schulsinger & Mednick, 1990). Die Diagnose der wahnhaften Störung bzw. Schizophrenie ist dann zu stellen, wenn anhaltende psychotische Symptome wie Wahnphänomene oder Halluzinationen auftreten, die bei der paranoiden Persönlichkeitsstörung üblicherweise nicht festgestellt werden können. Bei einzelnen Personen sind bei gegebener Komorbidität jedoch beide Diagnosen zu stellen.

2.2.2 Schizoide Persönlichkeitsstörung

Die Konzeptentwicklung dieses Störungsbildes war lange Zeit eng mit der Erforschung der Schizophrenie verknüpft (heute nicht mehr; vgl. unten: *schizotypische Persönlichkeit*). So vermutete bereits Bleuler (1922; 1937) ein Kontinuum von schizoidem Charakter (innerhalb normaler Grenzen) über eine latente bis hin zur exazerbierten Schizophrenie mit ihren typischen Denkstörungen und klaren sozialen Dysfunktionen. Im Lichte der bis heute vorliegenden Forschungsergebnisse gibt es nun einerseits gewisse Hinweise, daß zwar (mit den früheren Kriterien) als schizoid diagnostizierte Eltern mit einer geringfügig gegenüber Nichtbetroffenen erhöhten Wahrscheinlichkeit Kinder haben, die als Erwachsene an einer Schizophrenie erkranken. Andererseits erlaubt (heute) die Befundlage zur Voraussage einer späteren Schizophrenie aus einer früh diagnostizierten Schizoidie keine eindeutigen Prognosen (Siever, 1981, vgl. unten: *schizotypische Persönlichkeitsstörung*).

Als Hauptmerkmale der schizoiden Persönlichkeitsstörung werden eine Gleichgültigkeit gegenüber sozialen Beziehungen und eine eingeschränkte emotionale Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit angesehen (DSM). Aus der *Außenperspektive* fällt auf, daß sich die Betroffenen fast ausschließlich Unternehmungen aussuchen, die sie allein unternehmen können. Entsprechend besitzen sie keine engen Freunde und Vertraute (DSM). Auf Kritik oder Lob erfolgt zumeist überhaupt keine oder nur eine geringe Reaktion (ICD; DSM). Dem entsprechen – als *Innenperspektive* – ein Unvermögen zum Erleben von Freude (Anhedonie; ICD) und – unter Berücksichtigung des Alters – wenig Interesse an sexuellen Erfahrungen mit einer anderen Person (ICD; DSM), weiter eine übermäßige Vorliebe für Phantasie und in sich gekehrte Zurückhaltung (ICD). Vielfach zeigt sich ein deutlicher Mangel im Erkennen und Befolgen gesellschaftlicher Regeln (ICD). Andererseits können einige Betroffene durchaus zu hohen beruflichen Leistungen dort fähig sein, wo sie ihre Tätigkeit in sozialer Isolierung ausführen (DSM).

Differentialdiagnostisch ist zu beachten, daß sich Persönlichkeitsmerkmale, die früher der schizoiden Persönlichkeitsstörung zugerechnet wurden, heute in der 1980 mit dem DSM-III eingeführten *schizotypischen Persönlichkeitsstörung* wiederfinden (vgl. nachfolgend).

2.2.3 Schizotypische Persönlichkeitsstörung

Dieses Störungsbild findet sich lediglich im DSM-IV unter den Persönlichkeitsstörungen. In der ICD-10 wurde es als *schizotype Störung* dem Bereich der Schizophrenie zugeordnet. Die Begriffsetzung geht ursprünglich auf Rado (1953) zurück, der die Bezeichnung „schi-

zotyp“ als griffige Kennzeichnung für „schizophrener Genotyp“ vorschlug. Die Einführung des Störungsbildes ist das vorläufige Ergebnis der jetzt annähernd 100 Jahre währenden Suche nach personspezifischen Prädiktoren für eine spätere Erkrankung an der Schizophrenie.

Immer wieder waren früh beobachtbare, auffällige Personmerkmale bei Menschen berichtet und untersucht worden, die in ihrem späteren Leben an einer Schizophrenie erkrankten. Sie waren mit vielfältigen Etiketten belegt worden (z. B. als „schizoide Persönlichkeit“, „latente Schizophrenie“, „larvierte Schizophrenie“, „Borderline-Schizophrenie“, „Borderline-Störung“); oder sie wurden einem sogenannten „Schizophrenie-Spektrum“ zugeordnet (vgl. Süllwold, 1983). Wesentliche Vorarbeiten zur Aufklärung von Schizoidie, Schizophreniespektrum und Borderline-Persönlichkeitsstörung entstammen den sog. *high-risk*-Studien, in denen u. a. Kinder schizophrener Eltern seit Geburt wiederholt untersucht werden (vgl. Rosenthal, Wender, Kety, Welner & Schulsinger, 1971; Kety, Rosenthal, Wender & Schulsinger, 1971; Parnas et al., 1990).

Spitzer und Endicott (1979; auch Spitzer, Endicott & Gibbon, 1979) führten im Vorfeld der Entwicklungsarbeiten zum DSM-III eine letztlich grundlegende Untersuchung zur differentialdiagnostischen Differenzierung im Spektrum schizophrenienaher Diagnosen und Konzepte durch. In beiden Diagnosesystemen geht man seither davon aus, daß die *schizotyp(isch)e (Persönlichkeits-)Störung* einen Teil des „genetischen Spektrums“ (ICD) der Schizophrenie verkörpert. In der ICD-10 wurde sie genau deshalb als *schizotype Störung* dem Syndrombereich der Schizophrenie zugeordnet.

In den Hauptmerkmalen dominiert demnach als *Innenperspektive* eine mögliche Prodromalsymptomatik der Schizophrenie, die teilweise auch als Bewältigungsversuch dieser unterschwellig wirkenden Grundsymptomatik verstehbar wird: Beziehungsideen, paranoide Ideen, bizarre, phantastische Überzeugungen bis hin zu einem autistischen Versunkensein (ICD); seltsame Glaubensinhalte und magisches Denken, wie z. B. der Aberglaube, Glaube an Hellseherei, Telepathie oder der „sechste Sinn“ (DSM); das Spüren einer nicht tatsächlich vorhandenen Kraft (DSM); gelegentliche Gefühlsstörungen und Depersonalisations- und Derealisationserleben (ICD); schließlich eine extreme soziale Ängstlichkeit, die sich – wie bei der Schizophrenie – in sozialen Situationen findet, in denen der Betroffene mit ihm nicht vertrauten Personen konfrontiert wird (DSM). Unter einer *Außenperspektive* dominiert ein seltsam anmutendes, exzentrisches und eigentümliches Verhalten und die Tendenz zum sozialen Rückzug; es gibt zumeist wenig soziale Bezüge, keine engen Freunde und Vertraute (DSM, ICD); die Betroffenen machen einen eher spröden und unnahbaren Eindruck und erwidern selten Gesten und Gesichtsausdrücke wie Lächeln oder stilles Grüßen (DSM).

2.2.4 Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Das ICD-Konzept der „dissozialen Persönlichkeitsstörung“ unterscheidet sich nicht nur in der Bezeichnung vom DSM-Konzept einer „antisozialen Persönlichkeit“, auch in den Kriterien gehen beide Systeme deutlich auseinander – wobei das DSM-Konzept ausdrücklicher auf kriminelle Handlungen als einer beobachtbaren Konsequenz dieser Persönlichkeitsstörung abhebt. Dies hängt u. a. damit zusammen, daß die gewohnheitsmäßige Kriminalität im Zentrum der früheren (angloamerikanischen) Forschungsarbeiten zur „Psychopathie“ bzw. „Soziopathie“ in der Psychiatrie wie in der Psychologie gestanden hat (vgl. u. a. Amelang, 1986; Eysenck, 1977; 1980; Saß, 1987). Die aktuellen DSM-Kriterien sind weiter durch grundlegende Arbeiten von Cleckley (1941) und Robbins (1966; 1978) beeinflusst worden. Als Hauptmerkmal der antisozialen Persönlichkeitsstörung finden sich

im DSM-IV deshalb zuvorderst „ein andauerndes Muster der Nichtachtung und Verletzung sozialer Rechte anderer Menschen spätestens seit dem 15. Lebensjahr“ (wobei in jedem Fall verlangt wird, daß bereits im Kindesalter eine auffällige Störung des Sozialverhaltens beobachtbar gewesen ist). Weitere DSM-Merkmale antisozialer Persönlichkeiten sind ein Unvermögen zum Einhalten sozialer Normen, fehlendes Wahrheitsempfinden, Reizbarkeit und Aggressivität bis hin zu Schlägereien und Handgreiflichkeiten, ständige Verantwortungslosigkeit und fehlendes Schuldbewußtsein.

Nicht alle Kriminellen sind antisoziale Persönlichkeiten. Folglich wäre es differentialdiagnostisch wichtig, zwischen den persönlichkeitsbedingten *versus* den nicht-persönlichkeitsbedingt dissozial-kriminellen Handlungen zu unterscheiden. Die DSM-Merkmale von v. a. kriminellen bzw. rechtsverletzenden Handlungen antisozialer Persönlichkeiten gelten zwar als besonders reliabel. Sie bergen jedoch das Problem in sich, beide Aspekte zu vermengen. Auch der vorgeschlagene Weg, dieses Problem über die entwicklungspsychologische Rückbindung vorliegender Dissozialität auf die Zeit vor dem 15. Lebensjahr in den Griff zu bekommen, findet nicht ungeteilte Zustimmung (vgl. Frances, 1980; Saß 1987). Alternativen stammen u. a. von Hare (1980; 1985) und Millon (1981). Beide haben schon sehr lange Zeit empfohlen, nicht die kriminellen Handlungen selbst, sondern die ihnen zugrundeliegenden *persönlichkeitsbedingten Handlungs-, Erlebens- und Interaktionsmuster als Trait-Merkmale* der Betroffenen zur Diagnostik zu benutzen.

Diesen Vorschlägen wurde bisher lediglich in der ICD-10 entsprochen, weshalb heute der WHO-Klassifikation für die klinische Diagnose einer dissozialen Persönlichkeit der Vorzug gegeben werden sollte: Als wesentliche Kriterien führt die ICD-10 u. a. an: Unbeteiligtsein gegenüber Gefühlen anderer; Mangel an Empathie; sehr geringe Frustrationstoleranz; Unfähigkeit zum Erleben von Schuldbewußtsein und zum Lernen aus Erfahrung, besonders aus Bestrafung; Neigung, andere zu beschuldigen; vordergründige Rationalisierungen für das eigene, soziale Konflikte provozierende Verhalten anzubieten; niedrige Schwelle für aggressives Verhalten; andauernde Reizbarkeit.

2.2.5 Borderline-Persönlichkeitsstörung

Der Borderline-Begriff wurde durch Stern (1938) in die psychoanalytische Konzeptbildung zur Kennzeichnung schwerer Charakterstörungen im Übergangsbereich von Neurose und Psychose eingeführt. Eine Arbeit von Knight (1953), die den Begriff wieder aufnahm, gilt zurecht als „Trendsetter“, als sie eine unvorhersehbare Flut von Nachfolgepublikationen auslöste, die nach wie vor ihren Höhepunkt noch nicht erreicht hat (vgl. Rohde-Dachser, 1989). In dem Maße, wie sich der Borderline-Begriff durchsetzte, wuchs die Vielgestaltigkeit der psychoanalytischen Konzepte, die mit ihm verbunden wurden. Es ist im wesentlichen der Konstanz und Gründlichkeit zu verdanken, mit der Kernberg von Anfang auf die Entwicklung des Borderline-Konzeptes Einfluß nahm, daß der infantile Boom konzeptueller Arbeiten in den siebziger Jahren deutlich zurückging.

Mit einer von ihm vorgenommenen Akzentuierung in Richtung Persönlichkeitsstörung und Charakterstruktur hatte Kernberg (seit 1967) dem begriffsinhärenten Mißverständnis vorzubeugen versucht, die sog. „Grenzfälle“ schwankten zwischen neurotischer und psychotischer Symptomatik. Nach seiner Auffassung komme es bei Borderline-Patienten nur unter extremer Belastung, unter Drogeneinfluß oder im Verlauf ungünstiger therapeutischer Prozesse zu kurzzeitigen psychotischen Episoden. Da die Realitätskontrolle der Patienten jedoch zumeist erhalten bliebe oder kurzfristig wieder herstellbar sei, sei eine *Abgrenzung zur Psychose* eindeutig gegeben. Der *Unterschied zur Neurose* liege im wesentlichen darin, daß die beobachtbaren neurotischen Symptome erheblichen Intensitäts-

schwankungen unterlägen und in ihrer Ausgestaltung auf eine für Neurosen ungewöhnliche Weise fluktuierten (Kernberg, 1967; 1971; 1975). Für die Aufnahme der Borderline-Persönlichkeitsstörungen in die psychiatrischen Diagnose-Systeme ausschlaggebend waren einerseits die Entwicklung (halb-)standardisierter Interviewverfahren, die eine reliable Erhebung der Borderline-Störung erlauben (vgl. Gunderson, 1984; Kernberg, 1977) sowie andererseits die oben erwähnten Versuche einer differentialdiagnostischen Abgrenzung der Borderline-Symptomatik von den Merkmalen der schizotypischen Persönlichkeitsstörung (Spitzer & Endicott, 1979).

Das DSM-IV beschreibt als wesentliche Merkmale der Borderline-Persönlichkeitsstörung ein Muster von Instabilität im Bereich der Stimmung, der zwischenmenschlichen Beziehungen und des Selbstbildes. In der *Außenperspektive* dominieren instabile, zugleich intensive zwischenmenschliche Beziehungen, innerhalb derer sich die engeren Interaktionspartner mit einem häufigen Wechsel zwischen den beiden Extremen der Überidealisierung und Abwertung konfrontiert sehen. Übermäßige, starke Wut und die Unfähigkeit, Wut kontrollieren zu können, wechseln mit Phasen extremer Zuneigung und liebevoller Umgebung. Bei Zurückweisungen und Trennungskündigung enger Bezugspersonen sind Suiziddrohungen, -ankündigungen oder -versuche häufig. Phasen extremer Stimmungsschwankungen dauern gewöhnlich nur wenige Stunden, in eher seltenen Fällen einige Tage. Schließlich ist ein Verlust der Impulskontrolle mit potentiell selbstschädigenden Aktivitäten beobachtbar. Aus der *Innenperspektive* finden sich vor allem Instabilitäten im affektiven Bereich, Stimmungsschwankungen zwischen einem positiv gestimmten „Hochgefühl“ bis hin zu Depressionen, Reizbarkeit oder Angst. Die genannten Identitätsstörungen können sich auf das Selbstbild beziehen, auf Unsicherheiten im Bereich der Sexualität, auf langfristige Lebensziele und Berufswünsche wie auf persönliche Wertvorstellungen. Vielfach liegt ein chronisches Gefühl der Leere und Langeweile vor und ein verzweifertes Bemühen, ein reales Alleinsein zu verhindern (Angst vor dem Verlassenwerden).

In der ICD-10 ist der sog. *Borderline-Typus* einer von zwei Unterformen der dort so bezeichneten *emotional instabilen Persönlichkeitsstörung*, wird ansonsten jedoch ähnlich wie im DSM-IV beschrieben. Die zweite Form wird als *emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typus* bezeichnet und meint Personen, deren mangelnde Impulskontrolle zu gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten führt. Diese Kategorie entspricht der sog. „*intermittierend explosiblen Störung*“, die im DSM-IV auf der Achse I der Syndromgruppe der *Störungen der Impulskontrolle* zugerechnet wird. Die Zuordnung der vor allem bei Männern beobachtbaren episodenhaft und spontan auftretenden Aggressivität und Gewalt zum Bereich der Persönlichkeitsstörungen, geht auf Einflüsse der europäischen Psychiatrie auf die Entwicklung der ICD zurück. Vor allem in deutscher Psychiatrie-Tradition war der persontypische, explosible Impulskontrollverlust immer schon als Persönlichkeitsstörung aufgefaßt und mit Begriffen wie *reizbare, explosible* und *aggressive Persönlichkeit(ssstörung)* belegt worden (vgl. Saß, 1987; zu Diagnostik und Konzept der *intermittierend explosiblen Störung* als Störung der Impulskontrolle, vgl. auch Fiedler & Mundt, 1996; Fiedler, 1996 c).

2.2.6 Histrionische Persönlichkeitsstörung

In beiden Diagnosesystemen wurden die inzwischen als zu theorielastig und diffus geltenden Begriffsetzungen „Hysterie“, „hysterische Neurose“ und „hysterische Persönlichkeit“ gestrichen und im Bereich der Persönlichkeitsstörungen durch „*histrionische Persönlichkeitsstörung*“ ersetzt („*Histrione*“ war die griechische Bezeichnung für einen Schauspieler im antiken Rom). Die aktuelle Kriteriensetzung betont ausschließlich interpersonell auf-

fälligen Eigenarten der Betroffenen. Aus der *Außenperspektive* findet sich eine Dramatisierung bezüglich der eigenen Person, theatralisches Verhalten, übertriebener Ausdruck von Gefühlen (ICD) sowie ein Verlangen nach aufregender Spannung und nach Aktivitäten, in denen die betreffenden Personen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen (ICD). Sie imponieren mit einem übertrieben impressionistischen Sprachstil, der keine Details kennt (DSM). Und sie verlangen ständig von anderen Bestätigung, Anerkennung und Lob (DSM). Eher aus der *Innenperspektive* folgt aus einem Ausbleiben von Anerkennung eine erhöhte Kränkbarkeit (ICD) und ein Unwohlsein in Situationen, in denen die Betroffenen nicht im Mittelpunkt stehen (DSM). Weitere typisierende Merkmale sind eine auffällige Egozentrik und fehlende Bezugnahme auf andere (ICD), rasch wechselnde und oberflächliche Emotionen (DSM) und eine übertriebene Sorge um Äußeres (DSM). Frustration durch Belohnungsaufschub wird schwer ertragen (DSM).

Kritisch vorgebracht wurde, daß die jetzigen Merkmale – wie schon bei der „Hysterie“ – zu sehr auf typisch weibliche Verhaltensstereotype abgestellt seien, obwohl es durchaus männliche Entsprechungen gäbe (etwa im Sinne eines „dandy“- bzw. „machohaften“ Verhaltensmusters; Widiger et al. 1988). In jüngeren Forschungsarbeiten über familiäre Zusammenhänge und Ursachen der Persönlichkeitsstörungen wird wiederholt die Vermutung geäußert, daß es sich bei der (eher weiblichen) histrionischen Persönlichkeitsstörung und der (eher männlichen) dissozialen Persönlichkeitsstörung um geschlechtstypische Ausformungen ein und der selben Grundstruktur (Prädisposition) handeln könne (vgl. Cloninger, Reich & Guze, 1975; Lilienfeld, VanValkenburg, Larntz & Akiskal, 1986).

2.2.7 Narzißtische Persönlichkeitsstörung

Dieses Störungsbild wurde erstmals in das DSM-III übernommen und, jeweils leicht revidiert, bis zum DSM-IV fortgeschrieben. In der ICD-10 wird diese Persönlichkeitsstörung (noch) *nicht* als eigene Kategorie geführt. In der psychoanalytischen Tradition der theoretischen und klinischen Konzeptbildung zum Narzißmusproblem orientiert sich die Kriteriensetzung im DSM-IV an den Phänomenbeschreibungen zur sog. Objekt-Beziehungstheorie Kernbergs (1975; 1976) und seiner Nachfolger (vgl. Rohde-Dachser, 1986).

Nach dieser Auffassung handelt es sich bei der *Borderline*-Persönlichkeitsstörung um die schwerere Störung eines zum Menschen üblicherweise zugehörigen gesunden Narzißmus (Störung der Identität und des Selbstwertgefühls). Die in der *Borderline*-Störung auffindbaren fluktuierenden Selbstwert- und Identitätsprobleme werden als das Ergebnis traumatischer Interaktionserfahrungen in den ersten, für die Entwicklung eines gesunden Selbstwertgefühls wesentlichen Lebensjahren betrachtet. Die *narzißtische Persönlichkeitsstörung* verweist nun nach Kernbergs Auffassung auf eine besondere Form der im weiteren Reifungsprozeß erworbenen, wenngleich *vereinsseitigen* Fähigkeit zur persönlichen Bewältigung früher Interaktionstraumatisierungen, und zwar in Richtung auf eine *Überidealisierung des eigenen Selbst*. Aus diesem Grund seien die für die *Borderline*störung typischen, extremen Selbstwertdiffusitäten bei der narzißtischen Persönlichkeitsstörung nicht gegeben, weil eine überhöhte Selbsteinschätzung („pathologisches Größen-Selbst“) eine darunter liegende *Borderline*-Struktur verdecke. Diese Betrachtung der narzißtischen Persönlichkeitsstörung als Spezialfall der *Borderline*-Persönlichkeitsstörung ist jedoch in der Psychoanalyse umstritten (vgl. Kohut, 1971; 1977). Dennoch ist die aktuelle DSM-Kriteriensetzung von den Vertretern dieser Theorieperspektive deutlich beeinflusst worden.

In der *Außenperspektive* wird die narzißtische Persönlichkeitsstörung im DSM-III-R vor allem durch ihre Überempfindlichkeit gegenüber Kritik beschrieben, auf die die Betrof-

fenen in aller Regel mit Wut oder Scham reagieren. Sie nutzen zwischenmenschliche Beziehungen aus, um mit Hilfe anderer eigene Ziele zu verfolgen. Und sie verlangen ständige Aufmerksamkeit und Bewunderung. Eher aus einer *Innenperspektive* erschließbar ist das dominierende Muster von Großartigkeit und ein übertriebenes Selbstwertgefühl. Die Betroffenen scheinen ständig beschäftigt mit Phantasien grenzenlosen Erfolges, Macht, Glanz, Schönheit oder idealer Liebe. Im Vergleich zu anderen sind sie innerlich stark mit Neidgefühlen beschäftigt. Dem entspricht schließlich ein auffälliger Mangel an Empathie. – Diese Kriterien sind zunächst auf deutliche Kritik gestoßen, weil sich die valide Zuordnung einer Person zu diesem Störungsbild vor allem über eine genaue Kenntnis der *Innenperspektive* vornehmen läßt, die sich möglicherweise erst im Verlauf einer therapeutischen Behandlung erschließt (Bursten, 1982; Widiger et al., 1988). Mit Hilfe standardisierter Interviews ließ sich die Diagnose zwischenzeitlich jedoch an Patienten mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen als recht zuverlässig absichern (vgl. Gunderson & Ronningstam, 1991).

2.2.8 Selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung

Die deutsche Übersetzung „selbstunsicher-vermeidend“ als Störungsbezeichnung dürfte die Gesamtheit der Merkmale, die den Betroffenen zugeschrieben werden, besser repräsentieren, als die im DSM-IV benutzte Bezeichnung „*avoidant personality disorder*“. Die ICD-10 benutzt mit „*ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung*“ eine gleich beide Aspekte betonende Kennzeichnung. Aus der *Außenperspektive* fallen selbstunsichere Personen durch einen angstbetont eingeschränkten Lebensstil auf und durch ihre Neigung, bestimmte Risiken und Aktivitäten wegen der von ihnen erlebten Bedrohlichkeit chronisch zu vermeiden (ICD). Insofern gehen sie kaum enge Beziehungen ein, sofern sie nicht sicher sind, akzeptiert zu werden (DSM). Sie vermeiden soziale und berufliche Aktivitäten, bei denen enge zwischenmenschliche Kontakte geknüpft werden müssen. Sie können z. B. Beförderungen ablehnen, durch die höhere soziale Anforderungen erwartbar wären (DSM). In der Folge von Zurückweisung und Kritik erfolgt zumeist deutlicher Rückzug (ICD). In der *Innenperspektive* zeigen sich andauernde und umfassende Gefühle von Angespanntheit und Besorgtheit, eine gewohnheitsgemäße Befangenheit sowie Gefühle von Unsicherheit und Minderwertigkeit (ICD). In Gesellschaft zeigen sie sich zurückhaltend, in ständiger Angst, etwas Unpassendes oder Dummes zu sagen oder eine Frage nicht beantworten zu können (DSM).

Soziale Unsicherheit und soziale Angst gehören mit dem zugehörigen Forschungsbereich der sozialen Kompetenz zu den bestuntersuchten Störungsbereichen in der Klinischen Psychologie (bereits: Eisler, 1976; Bellack, 1979). Es muß jedoch kritisch gesehen werden, daß bis in die achtziger Jahre hinein – u. a. wegen der eingangs erwähnten Vorbehalte der klinischen Psychologen gegenüber der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen – nur selten zwischen sozialer Phobie und selbstunsicherer Persönlichkeit differenziert wurde. Dies hat sich deutlich geändert, nachdem im DSM-III von 1980 erstmals diese diagnostische Kategorie eingeführt wurde. Eines der Hauptprobleme liegt gegenwärtig noch in einer erheblichen Kriterienüberlappung von selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung und sozialer Phobie (Turner et al., 1986; 1989; 1991). Die differentialdiagnostische Unterscheidung läßt sich – von der Möglichkeit der Komorbidität einmal abgesehen – am besten über folgende Merkmale vornehmen (Fiedler, 1995): Die *soziale Phobie* bezieht sich zumeist auf eng umschriebene Situationen, während die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung auf unterschiedlichste soziale Bereiche und Anforderungen ausgedehnt ist. Die Entwicklung der Persönlichkeitsstörung reicht bis in Kindheit zurück, während die Entwicklung der sozialen Phobie zumeist aus gut erinnerbaren traumatisierenden Erlebnis in später Jugend oder im Erwachsenenalter hervorgeht. Die soziale Phobie dürfte eindeuti-

ger *ich-dyston* erlebt werden, während sich viele Verhaltensmuster der selbstunsicheren Persönlichkeit eher als *ich-synton* darstellen.

2.2.9 *Dependente Persönlichkeitsstörung*

„Dependente Persönlichkeitsstörung“ ist die Bezeichnung des DSM. In früheren ICD-Versionen wurde die Dependenz als ein Merkmal der sog. „*asthenischen*“ Persönlichkeitsstörung untergeordnet; in der ICD-10 findet sich neuerlich eine Nebenordnung in der damit dem DSM angeglichenen Kennzeichnung „*abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung*“. Aus der *Außenperspektive* dominiert bei den Betroffenen ein Muster von abhängigem und unterwürfigem Verhalten, das sich in der Unfähigkeit ausdrückt, alltägliche Entscheidungen allein treffen zu können (DSM). Neben der Überlassung der Verantwortung für wichtige Bereiche des Lebens an andere findet sich zugleich eine Unterordnung eigener Bedürfnisse unter die anderer Personen, zu denen eine Abhängigkeit besteht (ICD). Die Betroffenen pflichten anderen stets auch dann bei, wenn sie diese im Unrecht sehen (DSM). Als Motiv (*Innenperspektive*) ergibt sich zumeist, nicht abgewiesen zu werden (DSM). Es bestehen Ängste vor Verlassenwerden und ein ständiges Bedürfnis, sich des Gegenteils zu versichern (ICD). Alleinsein bereitet vielfach sehr unbehagliche Gefühle (ICD). Die Betroffenen fühlen sich am Boden zerstört oder hilflos, wenn enge Beziehungen in die Brüche gehen (ICD, DSM). Insgesamt mangelt es grundsätzlich an der Bereitschaft, berechnete Eigeninteressen gegenüber anderen anzusprechen oder gar durchzusetzen (ICD, DSM). Eine gute Übersicht über psychologische Forschungsarbeiten zur Dependenz gibt Bornstein (1993).

Die Diagnose wird am häufigsten bei Frauen gestellt. Versuche, typisch männliche Merkmale der Dependenz zu entwickeln (z. B. das scheinbar männlich-selbstsicher vorgetragene, kontinuierliche Einfordern von Unterstützung) haben bislang keine Akzeptanz finden können. Dies geschah zumeist mit dem Hinweis darauf, daß geschlechtstypische Persönlichkeitsstörungen durchaus Sinn machten (Kass, Spitzer & Williams, 1983).

2.2.10 *Zwanghafte Persönlichkeitsstörung*

Die Diagnose der zwanghaften Persönlichkeitsstörung (in der ICD-10: „*anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung*“) wird in psychiatrischen Kontexten nicht sehr häufig vergeben. In der *Außenperspektive* der Störung findet sich häufig ein Nichterfüllen von (beruflichen) Aufgaben und Anforderungen durch Streben nach Perfektion (DSM). Die übermäßige Gewissenhaftigkeit und unverhältnismäßige Leistungsbezogenheit geschieht häufig unter Vernachlässigung von Vergnügen und zwischenmenschlichen Beziehungen (ICD). In einigen Fällen kann die Gewissenhaftigkeit soweit gehen, daß sie in eine Besorgtheit oder Starrheit gegenüber allem einmündet, was Moral, Ethik oder Wertvorstellungen betrifft (DSM). Im privaten Bereich kommt vielfach die Unfähigkeit hinzu, sich von verschlissenen oder wertlosen Dingen zu trennen, selbst wenn diese für die Betroffenen keinerlei Gefühlswert mehr besitzen (DSM). Die sich auf eine *Innenperspektive* beziehenden Kriterien verweisen auf eine große Unentschlossenheit der Betroffenen, einen Zweifel und eine übermäßige Vorsicht als Ausdruck einer tiefen persönlichen Unsicherheit (ICD). Daraus resultiert zumeist ein Perfektionismus und das Bedürfnis nach ständiger Kontrolle und peinliche Sorgfalt, was vielfach zu einem Verlust des Überblicks über allgemeine Situationen führen kann (ICD). Entscheidungen werden vermieden oder hinausgezögert, weil sich die Betroffenen nicht über die Prioritäten klar werden können (DSM). Zugleich findet sich ein Widerwille dagegen, anderen Tätigkeiten zu überlassen, aus der Überzeugung, daß diese nicht korrekt ausgeführt werden (DSM).

Die zwanghafte Persönlichkeitsstörung wird als häufiges Charaktermerkmal von Menschen mit Zwangsstörungen angesehen (vgl. das Kapitel über Zwänge i. d. B.), auch wenn diese Sichtweise heute nicht mehr haltbar ist (vgl. Pollak, 1979). Die klassifikatorische Zuordnung der Zwangsstörungen zu den Angststörungen verweist auf einige Besonderheiten, die differentialdiagnostisch zu beachten sind. Die Zwangsstörung basiert zumeist auf einer phobischen Grundsymptomatik. Die für die Diagnose einer Zwangsstörung maßgeblichen Leitsymptome der Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, die von den Betroffenen zugleich als *ich-dyston* erlebt werden, gehören *nicht* zum Merkmalsbereich der zwanghaften Persönlichkeitsstörung, die zudem zugleich eher *ich-synton* gelebt wird. Nur in seltenen Fällen ist es sinnvoll, beide Diagnosen zu vergeben. Eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung wird andererseits häufiger bei Patienten mit somatoform-hypochondrischen bzw. affektiven Störungen beobachtet.

2.2.11 Passiv-aggressive (negativistische) Persönlichkeitsstörung

Bei dieser Störungskategorie handelt es sich um eine typisch US-amerikanische Besonderheit. Trotz der Kontinuität, mit der die passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung in den verschiedenen DSM-Version zu finden war, ist ihr selbst im aktuellen ICD-10 der WHO der Platz einer eigenen Störungsgruppe verwehrt geblieben. Wegen dieser Zurückhaltung wurde die „passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung“ im aktuellen DSM-IV in den Anhang „verbannt“, um sie erneut einer gründlichen Erforschung zu unterziehen.

Die DSM-Kriterien der passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung rücken den passiven Widerstand der Betroffenen in Mittelpunkt, sich grundsätzlich wesentlichen Anforderungen in persönlichen, sozialen und beruflichen Bereichen zumeist indirekt und mit passiven Mitteln zu widersetzen. Einem zunächst gewählten psychoanalytischen Verstehenshintergrund folgend wurde unterstellt, daß durch diese Passivität eine latente Aggressivität zum Ausdruck gebracht werde, die sich gelegentlich auch durch spontane Kritik und Wut Bahn brechen kann, die von den Interaktionspartnern gewöhnlich als situationsunangemessen erlebt wird. In der *Außenperspektive* dominieren mürrische, reizbare und streitsüchtige Interaktionsmuster, wenn Anforderungen an die Betroffenen herangetragen werden, die sie selbst nicht tun möchten. Im Extrem können diese in eine unmäßige Kritik und Verachtung ausarten, insbesondere gegenüber Autoritätspersonen. Aus der *Innenperspektive* findet sich häufig die Überzeugung, Tätigkeiten besser ausüben zu können als andere. Auch besteht eine deutliche Neigung, nützliche Ratschläge anderer zur Steigerung der Produktivität als unberechtigte Kritik an der eigenen Kompetenz zurückzuweisen. Für die subjektive Weltsicht kennzeichnend sind häufig eine pessimistische Sicht der Zukunft und ein Mangel an Selbstvertrauen (weshalb sie im DSM-IV auch noch als „negativistische Persönlichkeitsstörung“ bezeichnet wird).

3 Epidemiologie und Nosologie

3.1 Häufigkeit und Verteilung

Bis in die achtziger Jahre hinein werden die unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen in epidemiologischen Studien zumeist als eine Gruppe zusammengefaßt. Erst mit Neufassung der Kriterien im DSM-III (1980) gibt es die Möglichkeit, weltweit vergleichbare Studien durchzuführen. Entsprechend ist die Bereitschaft angestiegen, in diesem Bereich zu differenzieren, um genauere Angaben zur Häufigkeit und zur Verbreitung einzelner Störungsbe-

reiche machen zu können. Dennoch sind epidemiologische Studien noch selten, in denen die Störungsbilder insgesamt und differentiell einschlägig erfaßt werden.

Frühere Studien kommen – mit wenigen Ausnahmen – recht übereinstimmend zu Prävalenzraten zwischen 5 bis 10 Prozent für das Vorhandensein von Persönlichkeitsstörungen in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen und Kulturkreisen: Bremer (1951) fand in Norwegen 9,4 %; Essen-Möller (1956) in Schweden 6,4 %; Langner und Michael (1963) in den USA 9,8 %; Ausnahme: Nielsen und Nielsen (1977) in Dänemark 2,4 % (die Erhebungen wurden jeweils an mehr als 1000 Personen durchgeführt).

Erste Hinweise auf eine Verteilung der unterschiedlichen Störungsbilder lassen sich fünf Prävalenzstudien entnehmen, die in den vergangenen Jahren mit unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten durchgeführt wurden (Fragebögen und Fremdratings; vgl. Tabelle 1). Ohne hier allzu sehr auf die Details dieser Studien einzugehen, können grob zusammengefaßt folgende Aussagen gemacht werden (vgl. Einzelheiten zu den einbezogenen Studien bei Fiedler, 1995):

Unbehandelte Prävalenz: In diesen Studien scheinen sich die o.g. frühen allgemeinen Prävalenzraten weitgehend zu bestätigen (5 bis 10 Prozent diagnostizierbare Persönlichkeitsstörungen in unbehandelten Stichproben). In den Feldstudien sind die Störungsbilder mit den höchsten Prävalenzraten die schizotypische, die dependente und die zwanghafte Persönlichkeitsstörung. Beim Vergleich der Ergebnisse von Fragebogenerhebungen (Selbstbeurteilungen) mit Interviews (Fremdratings) sind vor allem die dependente und die zwanghafte Persönlichkeitsstörung auffallend abweichend. Eine dependente Persönlichkeitsstörung wird vom Diagnostiker weniger gut erkannt, kommt in der Selbsteinschätzung

Tabelle 1
Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen (mittlere %-Angaben der u. a. Studien)

| Persönlichkeitsstörungen | unbehandelte Prävalenz | behandelte Prävalenz |
|--------------------------|------------------------|----------------------|
| paranoid | 0,4–0,8 | 2,4– 5,9 |
| schizoid | 0,4–0,9 | 1,8– 2,8 |
| schizotypisch | 0,7–5,6 | 1,1– 3,5 |
| dissozial/antisozial | 0,2–3,0 | 0,2– 1,8 |
| Borderline | 1,1–4,6 | 3,0–14,5 |
| histrionisch | 1,3–3,0 | 1,6– 7,1 |
| narzißtisch | 0,0–0,4 | 0,2– 1,3 |
| selbstunsicher | 0,0–1,3 | 11,0–16,3 |
| dependent | 1,5–6,7 | 4,5– 8,7 |
| zwanghaft | 1,7–6,4 | 1,8– 4,4 |
| passiv-aggressiv | 0,0–3,0 | 0,2– 5,0 |

Quellen (Detailanalyse dieser Befunde bei Fiedler, 1995): *unbehandelte Prävalenz:* Reich et al. (1989; 235 Personen, US-amerikanische Kleinstadt); Zimmerman & Coryell (1989; 1990; 697 nicht erkrankte Angehörige schizophrener Patienten; USA); Maier et al. (1992; 452 Personen, Großraum Mainz); *behandelte Prävalenz:* Fydrich et al. (1995; 118 Patienten einer psychosomatischen Fachklinik; Deutschland); Loranger et al. (1994; 716 psychiatrische Patienten; WHO-Studie, weltweit).

zung der Betroffenen deutlich häufiger vor. Die Gewissenhaftigkeit der zwanghaften Persönlichkeit wird weit häufiger von Diagnostikern festgestellt, als die Betroffene diese bei sich selbst einschätzen würden. Beides macht darauf aufmerksam, daß es nach wie vor sinnvoll ist, sowohl in der Forschung wie in der Praxis beide Klassifikationsmöglichkeiten zu nutzen.

Personen, bei denen in Felduntersuchungen bislang die Diagnose der Persönlichkeitsstörung mittels Fremd- und Selbsteinschätzung eindeutig vergeben werden konnte, waren durch eine Reihe weiterer Merkmale auffällig (vgl. z. B. Reich et al., 1989): Sie hatten in der Regel ein niedrigeres Bildungsniveau, und es wurde häufiger eine Alkoholabhängigkeit (bei 19 % vs 0,6 %) festgestellt. Die Verheirateten unter ihnen berichteten öfter über erhebliche Eheschwierigkeiten (29 % vs. 3,5 %).

Behandelte Prävalenz: In den einbezogenen Studien zum Vorkommen der Persönlichkeitsstörungen bei ambulant oder stationär behandelten Patienten mit psychiatrischen und psychosomatischen Störungen finden sich folgende Störungsbilder mit den höchsten Prävalenzraten: die Borderline-, die selbstunsicher-vermeidende, die histrionische und die dependente Persönlichkeitsstörung. In der WHO-Studie (Loranger et al., 1994) zeigte sich, daß die überwiegende Zahl der Persönlichkeitsstörungen in allen teilnehmenden Ländern diagnostiziert wurde und daß es durchaus kulturelle Unterschiede gibt. So wurden beispielsweise in Indien weder die Borderline- noch die selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, die in anderen Ländern fast durchgängig die höchsten Prävalenzraten aufwiesen.

3.2 Verlauf

Prospektive Langzeitstudien, die genaue Angaben über Verläufe ermöglichen, liegen u. W. nicht vor. Zwei *Katamnese*-Studien zu den weiteren Krankheitsverläufen psychiatrischer Patienten in der Bundesrepublik (Tölle, 1966; psychiatrische Patienten; Nachuntersuchung durchschnittlich 28 Jahre nach Erstuntersuchung) und in der Schweiz (Müller, 1981; Patienten mit Medikamenten-/Alkohol-Abhängigkeit bzw. forensisch-psychiatrischer Problematik; Nachuntersuchung durchschnittlich 30 Jahre nach Erstuntersuchung) ergaben weitgehend übereinstimmende Befunde:

Die gefundenen Persönlichkeitsstörungen blieben in ihrer jeweiligen Störungsspezifität relativ unverändert, waren im Verlauf der Zeit insgesamt jedoch in ihrer Schwere rückläufig und im hohen Alter der Betroffenen nurmehr sehr abgeschwächt zu finden. Es fanden sich sehr unterschiedliche Verlaufseigenarten, und Suizide kamen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen auffallend häufig vor. Ungünstige Einflüsse der Persönlichkeitseigenarten auf die Lebensführung zeigten sich insbesondere im Zusammenhang mit extremen Lebensanforderungen und Lebenskrisen.

Tölle (1986) zieht aus den Befunden beider Studien den Schluß, daß die einmal diagnostizierten spezifischen Persönlichkeitsmerkmale zwar bemerkenswert persontypisierend blieben. Andererseits hänge das Ausmaß der Auswirkungen der Persönlichkeitsstörungen auf das Befinden und Erleben der Betroffenen sowie auf die Qualität sozialer Beziehungen deutlich mit den jeweiligen Lebensumständen und mit dem erreichten Lebensalter zusammen. Die gefundene Verminderung des Einflusses der Persönlichkeitsstörun-

gen auf die Lebensführung im späteren Leben entspricht der Beobachtung, daß Persönlichkeitsstörungen im hohen Alter allgemein seltener diagnostiziert werden (vgl. Solomon, 1981). Dennoch dürfte eine sorgsame Abklärung persönlichkeitspezifischer Eigenarten bei älteren Patienten vor allem mit Blick auf psychotherapeutische Vorhaben unverzichtbar bleiben.

3.3 Nosologie

Eine der wichtigsten Eigenarten der Persönlichkeitsstörungen betrifft die Tatsache, daß es sich bei ihnen nicht um eindeutig voneinander abgrenzbare Entitäten handelt. Üblicherweise lassen sich bei ein und derselben betroffenen Person mehrere Persönlichkeitsstörungen finden, wengleich zumeist bei hervorstechender Dominanz eines Störungsbereiches (vgl. Fiedler, 1995; Fydrich, Schmitz, Dietrich, Heinicke & König, 1996). Und es ist auch weiter nicht ungewöhnlich, daß Personen, die an einer anderen psychischen Störung erkranken (z. B. an einer Depression, Schizophrenie oder Angststörung), zusätzlich die Merkmale einer oder mehrerer Persönlichkeitsstörungen besitzen können. Im DSM ist diesem Phänomen (seit DSM-III) insofern Rechnung getragen worden, als innerhalb dieses multiaxialen Diagnosesystems für die Persönlichkeitsstörungen die Achse II reserviert wurde. Durch die Achsenanordnung wird nahegelegt, im Zusammenhang mit der Diagnose einer spezifischen psychischen Störung auf der Achse I (z. B. bei einer Phobie, Depression, Schizophrenie usw.) zugleich immer die Zusatzdiagnose einer Persönlichkeitsstörung mit in Betracht zu ziehen.

Das gemeinsame Auftreten mehrere Persönlichkeitsstörungen bei einer Person wie das gemeinsame Auftreten einer spezifischen psychischen Störung und einer Persönlichkeitsstörung wird als *Komorbidität* bezeichnet. Das Komorbiditätsproblem ist in den letzten Jahren zu einem zentralen Forschungsfeld im Bereich psychischer Störungen ausgewachsen. Denn das Vorliegen einer Komorbidität ist von beträchtlicher Bedeutung für das jeweilige Verständnis, die Behandlung und den Verlauf der psychischen Gestörtheit eines Menschen. Das gemeinsame Auftreten kann beispielsweise auf Gemeinsamkeiten oder Unterschiede in der Entwicklung (Ätiologie) der diagnostizierten Störungen verweisen. Und die üblicherweise angezielte Behandlung einer spezifischen Störung (einer Phobie beispielsweise) muß bei Vorliegen einer bestimmten Persönlichkeitsstörung möglicherweise erheblich abgewandelt werden (vgl. Fiedler, 1994).

In den vergangenen Jahren sind eine Vielzahl von Studien zum Komorbiditätsproblem der Persönlichkeitsstörungen durchgeführt worden. *Tabelle 2* zeigt Komorbiditätsraten zwischen Persönlichkeitsstörungen und ausgewählten Störungsbereichen der DSM-Achse I (aus einer Synopse mehrerer Studien aus den Übersichten bei Shea & Hirschfeld, 1993, sowie Fydrich et al., 1996).

Eine Reihe der auffälligen Zusammenhänge erklärt sich gut aus der Phänomologie der untersuchten Störungsbilder (vgl. auch die entsprechenden Kapitel i. d. B.). So gehören

Tabelle 2
Empirische Komorbidität zwischen spezifischen psychischen Störungen und
Persönlichkeitsstörungen in unterschiedlichen Prävalenz-Studien (Auswahl)

| Psychische Störungen (gem. DSM-III-R) | davon (%) | Persönlichkeitsstörungen (vorrangige Komorbiditäten) |
|--|--------------|--|
| Schizophrenie | 55–70 | schizotypisch, Borderline, narzißtisch, dependent |
| Majore Depression | 35–78 | dependent, histrionisch, zwanghaft, Borderline, selbstunsicher-vermeidend |
| Dysthymie | 36–57 | depressiv, dependent, selbstunsicher-vermeidend |
| Agoraphobie/Panik | 27–63 | vermeidend, dependent, histrionisch |
| Soziale/spezifische Phobie | 37–77 | selbstunsicher-vermeidend, dependent, narzißtisch |
| Zwangsstörung | 24–69 | dependent, vermeidend, narzißtisch, histrionisch (<i>nicht: zwanghaft!</i>) |
| Somatoforme Störungen | 30–52 | selbstunsicher-vermeidend, dependent, histrionisch |
| Eßstörungen | 21–95 | selbstunsicher-vermeid, dependent, Borderline (Anorexie) Borderline, dependent, selbstunsicher-vermeidend (Bulimie) |
| Abhängigkeiten | 34–72 | vermeidend, depressiv, dissozial, Borderline, dependent |
| Gesunde Kontrollen und Felduntersuchungen | 6–13 | histrionisch, narzißtisch, zwanghaft, schizotypisch, selbstunsicher |

dependente und selbstunsicher-vermeidende Interaktionseigenarten zu den Störungsbeschreibungen von phobischen, Angst- und Panikstörungen dazu (Reich, Noyes & Troughton, 1987) wie sie gleichfalls bei depressiven Patienten zu finden sind (Reich & Noyes, 1987). Daß Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen inzwischen *als besondere Risikogruppe für depressive Erkrankungen* gelten können, deutet sich in einigen Untersuchungen jüngerer Datums an (vgl. Gunderson & Phillips, 1991). Und das sich im Zusammenhang mit der Zwangsstörung findbare Spektrum unterschiedlicher Persönlichkeitsstörungen ist aus der Schwere und Symptomvielgestaltigkeit, die diese Störung einnehmen kann, durchaus verständlich (Pfohl, Black, Noyes, Coryell & Barrash, 1991).

4 Ätiologie

Zu den einzelnen Störungsbildern liegen inzwischen vielfältige spezifische Ätiologiemodelle vor (vgl. Fiedler, 1995; Millon, 1996). Ihre weitere Ausarbeitung darf als zentrales Anliegen der zukünftigen wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit den Persönlichkeitsstörungen und (angesichts der hohen Komorbiditätsraten) mit den spezifischen psychischen Störungen gelten. Für dieses Kapitel haben wir die nach unserer Auffassung vier wichtigsten Theorienansätze ausgewählt, deren Vertreter zugleich einen Geltungsanspruch für jeweils mehr als ein Störungsbild proklamieren. Der Forschungsstand zur

empirischen Absicherung der vier Ätiologieperspektiven steht noch sehr weit am Anfang. Dies liegt unter anderem daran, daß die systematischen Klassifikationsversuche bis heute starken Veränderungen unterworfen waren. So ist eine weltweit einigermaßen vergleichbare ätiologische Forschung erst durch die weitgehend gelungene Konvergenz von DSM-IV und ICD-10 möglich geworden.

4.1 Biosoziale Lerntheorien

Im Kontext der Versuche, psychische Störungen persönlichkeitspsychologisch zu begründen, hat insbesondere das dimensionale Persönlichkeitsmodell von Eysenck (1952; auch Eysenck & Rachman, 1967) weite Beachtung gefunden.

Persönlichkeitseigenschaften werden in diesem Modell auf den sog. Persönlichkeitsdimensionen *Neurotizismus* und *Extraversion-Introversion* eingordnet, die von Eysenck faktorenanalytisch gewonnen wurden. Neurotizismus wird theoretisch mit einer (vererbten) Labilität des autonomen Nervensystems und Extraversion-Introversion mit prädisponierten Funktionseigentümlichkeiten der Retikulärformation (Verschiebung im Erregungs-Hemmungs-Gleichgewicht) in Verbindung gebracht. Letztere soll eine leichtere Konditionierbarkeit der Introvertierten gegenüber den Extravertierten bewirken. In letzter Zeit überprüfte Eysenck (1980) mit dem *Psychotismus* eine weitere Persönlichkeitsdimension, die vor allem bei zur Psychose neigenden Menschen aber auch bei Personen mit Psychopathie stark ausgeprägt sein soll (v. a. bei Menschen mit *primärer* antisozialer Persönlichkeitsstörung, im Unterschied zur *sekundären* Psychopathie, unter der Eysenck persönlichkeitsbedingte Devianzen im Kontext spezifischer [neurotischer] psychischer Störungen zusammenfaßt). – Zur Feststellung von Persönlichkeitsmerkmalen werden mittels Fragebögen (z. B. dem Maudsley Personality Inventory [MPI] oder dem Eysenck Personality Inventory [EPI]) einzelne Persönlichkeitsmerkmale der Patienten abgefragt. Der schließlich ermittelte Gesamtwert soll als *Disposition* der Person und nicht als Zeichen einer akuten psychopathologischen Gestörtheit interpretiert werden (Eysenck & Eysenck, 1968).

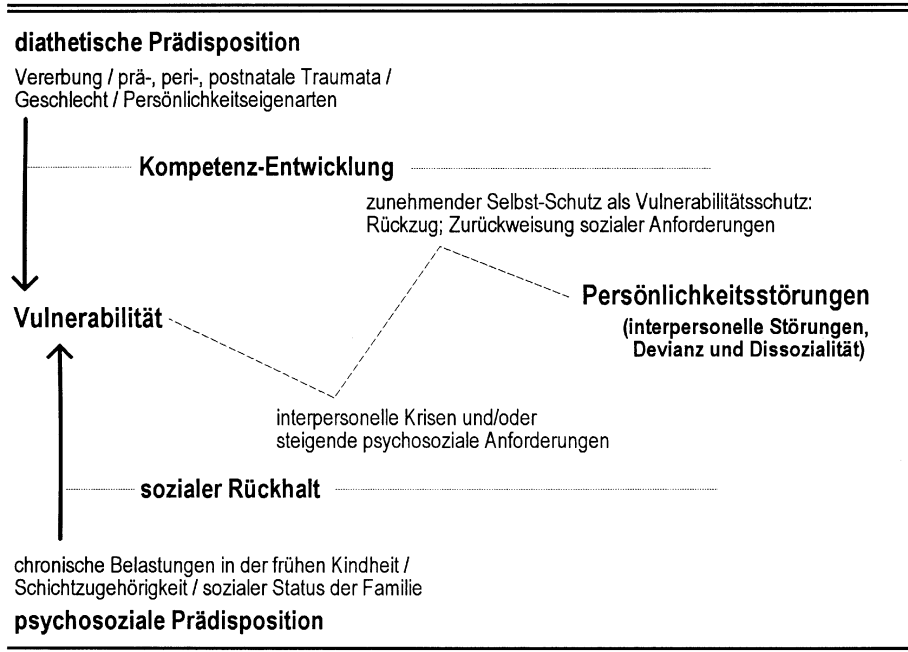
Eysenck versuchte die einseitigen biologischen Sichtweisen im medizinischen Krankheitsmodell und die bisher ebenfalls einseitigen Sichtweisen psychosozialer Verstehensansätze in Klinischer Soziologie und Psychologie miteinander zu verbinden. Nach seiner Auffassung erkläre vor allem das Vorliegen personspezifischer *biologischer Prädispositionen* die Unterschiede, warum Menschen im späteren Leben ebenso unterschiedliche psychische Störungen entwickeln. Und er versuchte diese Unterschiede in der je spezifischen *Konditionierbarkeit* von Personen mit seinen Persönlichkeitsdimensionen Extraversion/Introversion, Neurotizismus und Psychotismus aufzuklären. In den sechziger Jahren hat Eysenck dann seine Überlegungen zu einem *Diathese-Streß-Modell* ausgebaut. Mit diesem unterstellt er einer psychisch gestörten Person eine prädispositionelle Verletzlichkeit, die in spezifischen Persönlichkeitseigenarten (in den *traits*) ihren Ausdruck findet, und die eine Vorhersage erlaube, wann eine Person in späteren Streß- und Belastungssituationen in spezifischer Weise psychisch gestört reagiere (z. B. Eysenck, 1977).

Eysencks Persönlichkeitsmodell hat sich in der Klinischen Psychologie wegen der Betonung biologischer Persönlichkeitswurzeln zunächst nicht so recht durchsetzen können. Der Grundgedanke jedoch erfuhr spätestens Ende der siebziger Jahre eine Renaissance, angeregt durch Forschungsarbeiten über die Grundstörungen der Schizophrenie (v. a. durch Zubin & Spring, 1977) sowie durch Untersuchungen über die psychosozialen Ursachen der Depression (v. a. durch Brown und Harris, 1978). Seither gilt das *Vulnerabilitäts- oder Diathese-Streß-Modell* in der klinisch-psychologischen Forschung als einer der wichtigsten Ansätze zur Ätiologiemodellierung schizophrener und affektiv-depressiver Störungen sowie – neuerlich – bei klinisch-psychologischen Versuchen, sich die zwischenmenschlichen Schwierigkeiten und Norm-Abweichungen persönlichkeitsgestörter Personen zu erklären (vgl. *Abbildung 1*). Aus naheliegenden Gründen: Immerhin werden einige der Persönlichkeitsstörungen (wie die paranoide, die schizoide, die schizotypische oder auch die Borderline-Persönlichkeitsstörungen) als mögliche Risikoträger schizophrener, wahnhafter und affektiver Störungen diskutiert und untersucht (vgl. z. B. Süllwold, 1983, sowie oben zu den Störungsbildern).

Dem Diathese-Streß-Modell entsprechend werden die Persönlichkeitsstörungen von einer sogenannten *Vulnerabilität* abhängig gesehen, mit der eine besondere dispositionelle Empfindlichkeit, Labilität oder Verletzlichkeit der Person gegenüber sozialen Anforderungen und Streß gemeint ist (vgl. *Abbildung 1*). Diese Vulnerabilität ist nun einerseits bestimmt durch die *diathetische Prädisposition*. Unter dieser Diathese wird das ungünstige

Abbildung 1

Das Diathese-Streß-Modell zur Erklärung von Persönlichkeitsstörungen (Fiedler, 1995)



Zusammenwirken von Erbeeinflüssen und/oder von prä-, peri-, postnatalen Traumata zusammengefaßt, die dann als diathetische Vulnerabilität die weitere Persönlichkeitsentwicklung präformieren. Bei den meisten Persönlichkeitsstörungen ist die Risikowirkung solcher diathetischer Einflüsse inzwischen nachgewiesen (vgl. Millon, 1996). Andererseits wird die Vulnerabilität bestimmt durch eine psychosoziale Überformung der Diathese. Als Bedingungen einer solchen *psychosozialen Prädisposition* werden vor allem ungünstige familiäre und erzieherische Einflüsse auf die frühkindliche Persönlichkeitsentwicklung beschrieben und untersucht. Markante Ereignisse, die regelmäßig im Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen gefunden wurden, sind Kindesmißhandlungen, frühe Inzesterfahrungen oder miterlebte kriminelle Gewalttätigkeit eines Elternteils (z. B. Robbins, 1978; Ogata, Silk, Goodrich, Lohr, Westen & Hill, 1990).

Auch das Diathese-Streß-Modell legt es nahe, die Persönlichkeitsstörungen vorrangig als *interpersonelles* Problem aufzufassen (Fiedler, 1995): Die persönlichen Verhaltensweisen der Betroffenen werden als individuelle Eigenarten oder sogar *Kompetenzen* verstehbar, auf psychosoziale Anforderungen, einschneidende Lebensereignisse oder zwischenmenschliche Krisen zu reagieren. Sie lassen sich damit als Teil eines Bemühens begreifen, gegenüber diesen Belastungen und Krisen zu bestehen und/oder die eigene Vulnerabilität zu schützen. Auf der anderen Seite hängt das mögliche Ausmaß der Störungen davon ab, ob und wie die Betroffenen bei ihren Angehörigen oder Mitmenschen Verständnis, Akzeptanz und *sozialen Rückhalt* finden.

Mittels Vulnerabilitäts-Streß-Modell erklärt sich eine episodenhafte Zuspitzung der Persönlichkeitsstörungen unter anderem aus einer *Eskalation bzw. Permanenz interpersoneller Konflikte und Krisen*. Diese selbst haben ihre Ursache häufig darin, daß viele der von den Betroffenen als *Selbstschutz* gewählten zwischenmenschlichen Verhaltensweisen (wie Rückzug aus sozialen Beziehungen oder aggressive Abwehr sozialer Anforderungen) für die Bezugspersonen garnicht als Vulnerabilitätsschutz verstehbar sind. Sie werden vielmehr zumeist als *Verletzung* interpersoneller Umgangsformen interpretiert und fordern deshalb geradezu vermehrt jene Ablehnung, Kritik und Feindseligkeit heraus, vor denen sich die Betroffenen gerade noch zu schützen versuchten.

4.2 Kognitionstheoretische Erklärungsversuche

Eine kognitionstheoretische Analyse der Persönlichkeitsstörungen wurde kürzlich von einer Arbeitsgruppe um Beck vorgelegt (Beck, Freeman u. a., 1995). Die Autorengruppe betrachtet die Persönlichkeitsstörungen zugleich als grundlegend für die meisten spezifischen psychischen Störungen und damit als wesentliche Orientierungsmöglichkeit für die Ableitung therapeutischer Strategien in unterschiedlichen Behandlungskontexten. Auch Beck et al. unterstellen in der Entwicklungspsychologie der Persönlichkeitsstörungen eine genetisch, biologisch und erzieherisch prädisponierte *Vulnerabilität* der Betroffenen. Die Persönlichkeitsstörungen selbst entstehen in ihrer Sicht jedoch durch die Art, wie Menschen ihre Vulnerabilität in zwischenmenschliche

Erfahrungen einbeziehen und wie sie die dabei möglichen Erfahrungen *kognitiv* (subjektiv) strukturieren und verarbeiten.

Viele prädisponiert vulnerable Menschen neigen im Laufe ihrer Entwicklung vermehrt dazu, zwischenmenschliche Gefahrensituationen und Krisen als bedrohlich und gefährlich zu konzeptualisieren Sie scheuen – zum Schutz ihrer Vulnerabilität – zunehmend, Risiken einzugehen oder sich überhaupt auf neue Erfahrungen einzulassen. Im weiteren Verlauf werden Erfahrungen durch die bis dahin angelegte kognitive Struktur möglichst „geschützt“ wahrgenommen, d. h. kognitiv nurmehr voreingestellt und damit voreingenommen evaluiert. Neue und vor allem alternative zwischenmenschliche Erfahrungen werden vermieden. Dies führt – ebenfalls im Sinne eines *circulus vitiosus* – dazu, daß die sich wandelnden, sozial und gesellschaftlich angemessenen Umgangsformen nicht oder nurmehr sehr verzögert mitgelernt werden. Persönlichkeitsstörungen sind in diesem Sinne immer auch Ausdruck eines persönlichen Entwicklungsrückstands im Umgang mit sozialgesellschaftlichen Anforderungen. Kommt hinzu, daß die ursprüngliche Vulnerabilität selbst schließlich gar nicht mehr Richtschnur für das persönliche Interaktionsmuster zum Schutz der Verletzlichkeit dient, sondern möglicherweise eine realitätsfern konstruierte *vermeintliche* Empfindsamkeit („*kognitive Vulnerabilität*“).

Grundlage der (fehleranfälligen) Wirklichkeitsbewertung sind mehr oder weniger starr oder flexibel nutzbare kognitive „Schemata“, mit denen Erfahrungen selektiv oder synthetisierend strukturiert und – im Falle der Persönlichkeitsstörungen – verzerrt werden können. Beck und Kollegen benutzen den Schema-Begriff in Anlehnung an kognitiv orientierte, allgemein-psychologische Ansätze, wie er von Beck bereits zuvor in seinen Arbeiten über Depression und Depressionsbehandlung eingeführt wurde (vgl. das Kapitel über Depressionen i. d. B.). Persönlichkeitseigenarten („*traits*“), die üblicherweise mit Adjektiven wie „dependent“, „arrogant“ oder „extravertiert“ belegt werden, sind in diesem Sinne äußerlich sichtbare Anzeichen einer darunterliegenden, die jeweilige Person typisierenden „kognitiv-schematischen“ Struktur. Generelle persönliche Verhaltensmuster, wie die interpersonelle Abhängigkeit oder Unabhängigkeit eines Menschen, lassen sich so *als Funktion* eines Konglomerats basaler Schemata rekonstruieren.

Beck und Mitarbeiter (1993) schlagen für eine kognitive Analyse der Persönlichkeitsstörungen vor, bei der Rekonstruktion der spezifischen zwischenmenschlichen Interaktionsmuster („*basic strategies*“) persönlichkeitsgestörter Menschen drei kognitive Perspektiven (als Schemata-Muster) zu unterscheiden: (a) die kognitive Sicht der Person über sich selbst („*view of self*“), (b) die kognitive Sicht relevanter anderer Personen („*view of others*“) und (c) damit jeweils zusammenhängende negative Wertungen („*negative beliefs*“). Für die spezifischen Persönlichkeitsstörungen (gem. DSM-III-R) werden von den Autoren typische kognitive Schemata und die von ihnen abhängigen Interaktionsstrategien beschrieben und anhand bisher vorliegender empirischer und konzeptueller Arbeiten begründet. Da empirische Arbeiten zur Bedeutung einer kognitiven Schematisierung für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Persönlichkeitsstörungen bislang kaum vorliegen, bleiben jedoch viele der von den Autoren vorgeschlagenen Erklärungsmuster vorläufig und spekulativ. Ob die hier vorgestellte Theorieperspektive tatsächlich für alle Störungsbilder Geltung beanspruchen kann, muß sich erst erweisen.

4.3 Psychoanalytische Ansätze

Initiiert durch Freuds Schrift über „Charakter und Analerotik“ (1908) werden seit den frühen Schriften von Reich (z. B. 1925) und Alexander (z. B. 1928) in der Psychoanalyse und in ihren neopsychoanalytischen Extensionen Persönlichkeitsstörungen zumeist mit dem Begriff der *Charakterneurose* belegt. Seither wird in psychoanalytischen Arbeiten zwischen „neurotischem Charakter“ und den „Symptomneurosen“ unterschieden, als angenommen wird, daß den Charakterneurosen die („autoplastischen“) *Symptombildungen* fehlen (Hoffmann, 1979; 1986). An die Stelle der Symptome sind persönlichkeitspezifische (*ich-syntone*; alloplastische) Auffälligkeiten im interpersonellen Verhalten, im Agieren und Auftreten der Person *gegenüber anderen* sowie im Umgang der Person *mit sich selbst* getreten. Charakterzüge können danach entweder als unveränderte Fortsetzungen der ursprünglichen Triebe (Libido) aufgefaßt werden, als Sublimierungen derselben oder als Reaktionsbildungen gegen sie. Schwere Charakterstörungen werden seit Freud auch als „narzißtische Neurosen“ bezeichnet, ursprünglich, weil die Libido bei diesen Erkrankungen ganz auf das Individuum zurückgezogen betrachtet wird („Überich-Isolierung“; „Gewissenslosigkeit“). Freud selbst war deshalb noch der Meinung, daß narzißtische Störungen einer psychoanalytischen Behandlung nicht zugänglich seien, weil ja das Prinzip der psychoanalytischen Therapie in der Bearbeitung von Übertragung und Widerstand bestehe und folglich da nicht anwendbar sei, wo es mangels libidinöser Energie Objektbesetzung nicht gäbe, folglich Übertragung und Widerstand vermindert seien, wenn nicht gar fehlten.

Innerhalb der theoretischen Weiterentwicklungen in der Psychoanalyse, vor allem Rahmen der aktuelleren „Objektbeziehungstheorie“ steht die Untersuchung der sog. *internalisierten Objektbeziehungen* im Mittelpunkt (d. h. die intrapsychische Repräsentation der gefühlsmäßigen Beziehungen zu den Bezugspersonen). Gefragt wird nach der Bedeutung frühkindlich vermittelter zwischenmenschlicher Erfahrungen für die weitere Persönlichkeitsentwicklung, oder konkreter: nach ihrer überdauernden Repräsentation im Ich bzw. im Selbst, sowie schließlich auch nach der Vermittlung und Wirkung sozialer Normen (als sog. *Introjekte*). Wichtig für das Verständnis der Persönlichkeitsstörungen wird zunehmend eine – sozialisatorisch vermittelte – Verzögerung bei der Entwicklung kognitiv differenzierbarer Selbst- und Objektrepräsentanzen (vgl. Mertens, 1992). Die gestörte Persönlichkeitsentwicklung kommt nach dieser Auffassung früh unter das Regime starrer und unflexibler, die Autonomie einschränkender Introjekte, die das spätere Erlernen neuer, altersabhängiger Handlungsnormen zunehmend erschwert und behindert.

Wesentliche Impulse für das objektbeziehungstheoretische Verständnis von Persönlichkeitsstörungen gehen von Kernberg (1975; 1976) aus. Nach seiner Auffassung bleiben insbesondere bei den sogenannten Narzißmus- und Borderlinestörungen frühe (traumatische) Objektbeziehungen für das spätere Beziehungsverhalten bestimmend, in dem verschiedenste, affektiv diffuse oder konflikthafte Selbst-Objekt-Repräsentanzen erhalten geblieben sind

(vgl. oben zur Typisierung der narzißtischen und Borderline-Persönlichkeitsstörung). Für ihren Umgang mit Beziehungsambivalenzen (insbesondere in der frühen Eltern-Kind-Beziehung) entwickelt die betroffene Person alsbald eine besondere Form des Selbstschutzes (oder auch hier: des Vulnerabilitäts-Schutzes), der für das weitere Leben bestimmend bleibt. Kernberg bezeichnet diese besondere Form der Abwehr als *Spaltung*. Und er erklärt damit die insbesondere in der Borderline-Störung persistierenden affektiven Instabilitäten, die fluktuierenden Symptombildungen, die abrupten Einstellungsverschiebungen und den episodischen Verlust der Impulskontrolle, die so als Selbstschutzmöglichkeit vor potentiell verletzenden Beziehungserfahrungen aufgefaßt werden können (vgl. Rohde-Dachser, 1989). Spätestens mit dieser Theorieextension wird auch das Freudsche Diktum von der Unbehandelbarkeit schwerer Charakterstörungen mittels Psychoanalyse zunehmend aufgegeben.

4.4 Interpersonelle Erklärungsansätze

Abschließend soll kurz eine Theorieperspektive angedeutet werden, die in den vergangenen Jahren einen deutlichen Einfluß auf die Diskussion um die zukünftige Fortentwicklung der Diagnosesysteme bekommen hat, als in ihr Persönlichkeitsstörungen funktional primär als *Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens* aufgefaßt werden (vgl. Benjamin, 1993). Jede Persönlichkeitsstörung hat für sich charakteristische und dysfunktionale interpersonelle Eigenarten, die in besonderer Weise der direkten und damit objektiven Beobachtung zugänglich sind.

Für eine Analyse der Interaktionstypiken persönlichkeitsgestörter Menschen wurden deshalb in den vergangenen Jahren verschiedene Beobachtungsverfahren entwickelt, denen gemeinsam ist, daß sie konzeptuell der Interaktionsvielfalt eine zirkuläre Struktur unterstellen, die sich in sogenannten *Circumplex*-Modellen abbilden läßt (z. B. Leary, 1957; Benjamin, 1976; 1996; Wiggins, 1982; Widiger & Frances, 1985; Kiesler, 1986). Die zwei Hauptdimensionen dieser Circumplex-Modelle kennzeichnen jeweils eine interpersonell bedeutsame *Ambivalenz*, hinsichtlich der sich interaktionell handelnde Personen entscheiden müssen: Einerseits handelt es sich dabei um eine sog. Statusdimension mit den beiden Polen „Autonomie“ versus „Unterwerfung“, andererseits um eine sogenannte Affektdimension mit den Polen „Feindseligkeit“ versus „Zuneigung“.

Diese und ähnliche Modelle zur Abbildung zwischenmenschlicher Interaktionstypiken gehen theoretisch u. a. auf frühe individual-analytische Überlegungen Adlers (1912), auf Ansätze neoanalytischer Autoren wie Horney (1937), Fromm (1941) sowie auf die Arbeiten von H. S. Sullivan (1953) zurück. Insbesondere Sullivans interpersonelle Theorie der Psychiatrie hat in den vergangenen Jahren vor allem empirisch arbeitende Psychoanalytiker (vgl. Anchin & Kiesler, 1982) und kognitiv und interpersonell orientierte Verhaltenstherapeuten (vgl. Safran & Segal, 1990) angeregt, neue Perspektiven für ein interpersonelles Verständnis psychischer Störungen wie auch für den Bereich der Persönlichkeitsstörungen zu erarbeiten (vgl. Benjamin, 1996; Fiedler, 1995).

Die dabei von verschiedenen Autoren eher psychodynamisch oder eher kognitiv-theoretisch ausgeführten Ätiologie-Überlegungen gehen konsensuell

– wie im übrigen auch die drei zuvor dargestellten Ätiologieperspektiven – von einer besonderen Art zwischenmenschlicher Verletzlichkeit (Vulnerabilität) persönlichkeitsgestörter Menschen aus. Aufbauend auf die Überlegungen Sullivans (1953) zu einem allgemein-menschlichen *Grundbedürfnis nach Erhalt der eigenen Selbstsicherheit* ist nun folgender *zwischenmenschlich bestimmter* Bedürfniskonflikt für die *ich-syntone* Qualität der (selbst-schützenden) Interaktionseigenarten persönlichkeitsgestörter Personen verantwortlich (vgl. Fiedler, 1995).

Auf der einen Seite dieses Konfliktes steht *das soziale Bedürfnis nach Sicherheit und Schutz bietenden Beziehungen* (wie zugleich die Bedürfnisse nach sozialer Einbindung, sozialer Geborgenheit, Zuneigung, Nähe und Intimität). Auf der anderen Seite steht *das zwischenmenschliche Bedürfnis nach sozialer Anerkennung* (wie zugleich die Bedürfnisse nach sozialer Einflußnahme, Autonomie, Erfolg und Macht). Beide Bedürfnispole sind nun von ihrer scheinbaren Gegensätzlichkeit her sowohl gefühlsmäßig höchst bedeutsam und *ambivalent*. Ambivalent sind sie unter anderem deshalb, weil sie unmittelbar in ein Spannungsverhältnis gegeneinander geraten können (vgl. Fiedler, 1995):

Je mehr nämlich das Bemühen einer Person in Richtung auf Erfüllung der einen Bedürfnisseite gelangt, umso mehr kann der damit möglicherweise verbundene Verlust oder Verzicht der anderen Bedürfnisseite erlebt und wahrgenommen werden. Der Wunsch beispielsweise nach Autonomie und Unabhängigkeit wird im Prozeß seiner Durchsetzung (*interpersonell*) die Gefahr entstehen lassen, daß die Interaktionspartner sich zurückziehen, weil sie ein Zuviel an autonomer Einflußnahme als sozial unerwünschten Egoismus ablehnen. Der Wunsch andererseits nach Geborgenheit, Nähe und Intimität wird (kognitiv und gefühlsmäßig) vielfach mit einer Aufgabe von Autonomie und Unabhängigkeit verknüpft. Und in ähnlicher Weise wie auf der gegenüberliegenden Seite können sich (*interpersonell*) unerwünschte soziale Konsequenzen andeuten, zum Beispiel dann, wenn ein Zuviel an sozialer Anpassung als sozial unerwünschter Konformismus ausgelegt wird.

Diese bedürfnistheoretische Beschreibung der zwischenmenschlichen Beziehungskonflikte persönlichkeitsgestörter Menschen legt den Fokus zunächst nur vordergründig auf die *Innerperspektive* der Betroffenen. Bereits angedeutet ist jedoch, daß insbesondere die ätiologietheoretische Rekonstruktion ihrer Entstehung und Aufrechterhaltung eine Entsprechung in den interpersonellen Erlebnissen und Erfahrungen der Betroffenen beinhalten muß. Ebenfalls im Rekurs auf Sullivan (1953) gehen die interpersonell orientierten Forscher nämlich davon aus, daß die mehr oder weniger zeitstabilen und inflexiblen Interaktionsmuster persönlichkeitsgestörter Menschen charakteristischen, um nichts weniger mehr oder weniger stabilen und unflexiblen Interaktionsmustern ihrer jeweiligen Bezugspersonen entsprechen (Safran & Segal, 1990). Dies hat entscheidende Implikationen für die Therapie, als nämlich immer zugleich angestrebt werden sollte, bei der Behandlung der interpersonellen Beziehungsstörungen *auch eine Veränderung der Umgebungsvariablen*, insbesondere des Interaktionsverhaltens der Bezugspersonen in Betracht zu ziehen.

Insgesamt eignen sich die hier angedeuteten Möglichkeiten einer interpersonellen (Bedürfnis-)Konfliktanalyse vor allem zur Diagnose und Bewertung der *aktuellen, direkt beobachtbaren* Beziehungsstörungen persönlichkeitsgestörter Menschen. Inwieweit sich diese Theorieperspektive auch für eine, die *Störungsentwicklung* (Biographie) mit einbeziehende Ätiologie-Modellierung eignet, ist noch weitgehend unklar.

5 Behandlung

Systematische Forschungsarbeiten zur Behandlung der einzelnen Störungsbilder liegen – wegen der erst vor wenigen Jahren erfolgten Neufestlegung der Diagnosekriterien im DSM und in der ICD – nur sehr vereinzelt vor. Dennoch gibt es inzwischen eine Reihe konzeptueller Arbeiten, in denen das vorliegende Wissen um die Behandlungsmöglichkeiten der spezifischen Persönlichkeitsstörungen synoptisch zusammengefaßt wurden; so beispielsweise zur *paranoiden Persönlichkeitsstörung* (Meissner, 1989), zur *schizoiden* und *schizotypischen Persönlichkeitsstörung* (Stone, 1989 a,b), zur *histrionischen Persönlichkeitsstörung* (Chodoff, 1989), zur *narzißtischen Persönlichkeitsstörung* (Adler, 1989), zur *dissozialen Persönlichkeitsstörung* (Dolan & Coid, 1993), zur *Borderline-Persönlichkeitsstörung* (Rohde-Dachser, 1989; Linehan, 1993 a,b), zur *selbstunsicher-vermeidenden Persönlichkeitsstörung* (Frances & Widiger, 1989), zur *dependenten* und *passiv-aggressiven (negativistischen) Persönlichkeitsstörung* (Bornstein, 1993; Perry, 1989 a,b) sowie zur *zwanghaften Persönlichkeitsstörung* (Saltzman, 1989).

Insbesondere die angedeutete Komorbiditätsvielfalt der Persönlichkeitsstörungen untereinander und ihr Auftreten im Zusammenhang mit weiteren spezifischen psychischen Störungen macht es erforderlich, zukünftig über die Entwicklung von Behandlungsansätzen für einzelne Persönlichkeitsstörungen hinauszudenken. Deshalb sollen im folgenden vor allem einige allgemeine Behandlungsansätze und Behandlungsgrundsätze angesprochen werden, die über die verschiedenen Störungsbilder hinweg als bedeutsam gelten. Dabei ist zu beobachten, daß die Behandlungskonzepte der Persönlichkeitsstörungen nach wie vor in der Tradition unterschiedlicher Therapieschulen (v. a. der Psychoanalyse oder Verhaltenstherapie) entwickelt und erprobt werden.

Dies geschieht übrigens ganz im Unterschied zu den Behandlungskonzepten bei spezifischen psychischen Störungen. Für letztere sind die Therapieansätze (beispielsweise bei Schizophrenien, Depressionen, Phobien oder Sprechstörungen) in den vergangenen Jahren zunehmend *phänomen-* bzw. *ätiologiespezifisch* ausgerichtet und damit zunehmend Therapieschulen-unabhängig begründet und fortentwickelt worden (Fiedler, 1996 c; vgl. auch die übrigen Kapitel i. d. B.). Eine solche Entwicklung dürfte für die Persönlichkeitsstörungen erst bei einem weiter zunehmendem Konsens über die Störungsdefinition und der davon abhängigen Möglichkeit der Entwicklung störungsspezifischer Ätiologie- und Behandlungs-Modelle für die nächsten Jahre zu erwarten sein.

Das Problem der noch fehlenden empirischen Therapieforchung in diesem Bereich führt dazu, daß keine brauchbaren Indikationskriterien für eine Zu-

weisung der Patienten zu spezifischen Behandlungsverfahren vorhanden sind. In den Behandlungsvorschlägen und Fallbeschreibungen dominiert eindeutig die individuelle Behandlungsform (zumeist als Verhaltenstherapie, als Kognitive Therapie, als Interpersonelle Psychotherapie oder als psychoanalytische Behandlung). Über Erfahrungen mit familien- und paartherapeutischen Behandlungen wurde bisher nur sehr vereinzelt berichtet (vgl. Shapiro, 1989). Das gleiche gilt für gruppentherapeutische Ansätze (vgl. Lescz, 1989).

5.1 Psychoanalytische Behandlungsansätze

Das klassisch psychoanalytische Behandlungssetting (Langzeitbehandlung; Patienten liegen auf der Couch) setzt bei den Patienten in aller Regel ein Vermögen zu Reflexion und Bearbeitung der Psychodynamik psychischer Störungen voraus. Das heißt, Patienten müssen die Regel der freien Assoziation befolgen und über eine gewisse Introspektionsfähigkeit verfügen, um die mit ihrer Störung zusammenhängenden Widerstände und Übertragungsmuster bearbeiten zu können (Liebowitz, Stone & Turkat, 1986). Verständlicherweise gilt das klassische Vorgehen *dann* als *kontraindiziert*, wenn *ichsytone* Persönlichkeitsmerkmale (gekennzeichnet u. a. *durch ein fehlendes Störungsbewußtsein*) dominieren – was bei vielen Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen der Fall ist.

Dieses (seit Freud) bestehende Diktum der prinzipiellen Unbehandelbarkeit von schweren Charakterstörungen wurde nun in dem Maße fallengelassen, als – etwa seit Beginn der fünfziger Jahre – die Bereitschaft psychoanalytischer Forscher zunahm, das klassische Behandlungssetting selbst in Frage zu stellen. Einige Psychoanalytiker begannen damals gar, Settingvorschriften zu verändern, um es störungsspezifischen Anforderungen anzupassen. Es wurde u. a. kritisch gesehen, daß das klassische (regressionsfördernde) Couch-Setting die Wünsche und Phantasien sowie die zwischenmenschliche Verletzlichkeit *zu direkt* ansprechen könnte. Auf diese Weise wird die *ichsytone* Abwehr (d. h. der zwischenmenschliche Selbstschutz) *methodenbedingt* und nur mittelbar störungsbedingt provoziert und verstärkt (d. h. Widerstände, Verleugnung, Abwehr, Aggressionen treten in der Therapie vor allem *methoden- und nicht* störungsbedingt auf). Und diesen Methoden-Bias wollte man durch neue Setting- und Technikvorschriften eliminieren. Zwei Veränderungen wurden aufgrund dieser Erkenntnisse gegenüber dem klassischen Vorgehen vorgenommen:

Einerseits wurde zunehmend versucht, das regressionsfördernde Couch-Setting durch eine *vis-à-vis*-Gesprächssituation zu ersetzen. Ziel war *gleichzeitig*, therapieverlängernde Faktoren auszuschalten, was durch eine zeitliche Begrenzung der Therapie auf durchschnittlich 25 bis 30 Sitzungen erreicht werden sollte. Nach Einführung der Kurzzeittherapie im Sitzen zeigte sich bald (für viele klassisch arbeitende Analytiker etwas überraschend und entsprechend skeptisch betrachtet), daß insbesondere Patienten mit schwereren Per-

sönlichkeitsstörungen von dieser Art stützend-direktivem Vorgehens profitierten und somit nicht von vornherein von der Behandlung auszuschließen waren.

Schließlich führten insbesondere die (im Kontext der psychoanalytischen Theorie der Objektbeziehungen entwickelten Therapieansätze) in den vergangenen Jahren zu einer radikalen Ausdifferenzierung der methodischen Vorgaben. Im Rahmen dieser Ansätze wird der Aufbau einer engen, gut funktionierenden *kooperativen Arbeitsbeziehung*, die persönlichkeitsbedingte Widerstände und Verweigerungen der Patienten nicht durch sich selbst provoziert, *als Voraussetzung* dafür angesehen, die tiefgreifenden Beziehungsdiffusionen persönlichkeitsgestörter Menschen aufzuklären und zu behandeln.

Das Gros psychoanalytischer Arbeiten über eine objektbeziehungstheoretisch begründete Therapie der Persönlichkeitsstörungen war und ist zwar in den vergangenen Jahren eindeutig der Behandlung von *Borderline-Störungen* gewidmet (vgl. Kernberg, 1984; Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr & Appelbaum, 1989; Rohde-Dachser, 1989). Dennoch liegen bis heute zahlreiche Versuche vor, die Grundgedanken der Objektbeziehungstheorie auf die anderen Persönlichkeitsstörungen zu übertragen. Die dabei entwickelten therapeutisch-technischen Empfehlungen konvergieren in ihren zentralen Annahmen (vgl. Liebowitz, Stone & Turkat, 1986; Stone, 1992) und beinhalten – grob zusammengefaßt – folgende Punkte:

- a) eine – im Unterschied zur klassischen Abstinenzregel – klare, zieltransparente und zugleich hoffnungsvermittelnde Grundhaltung des Therapeuten;
- b) längere, gegenwarts- und realitätsorientierte Verlaufsphasen als stützend-direktive Therapie;
- c) Vermeidung regressionsfördernder, d. h. Selbstschutz, Abwehr und Widerstand provozierender Interventionen durch Behalt des Realitäts- und Gegenwartbezugs;
- d) Förderung der Einsicht auf Seiten des Patienten, daß er – der Patient – wegen der interpersonellen Reziprozität zwischenmenschlicher Konflikte mitverantwortlich für ihre konstruktive Auflösung ist;
- e) wo immer sinnvoll und notwendig: eine psychoedukative Konfrontation der Patienten mit den möglichen Negativfolgen impulsiv-gefährvoller, aggressiver und potentiell selbstschädigender Impulse und Handlungen;
- f) schließlich sind Psychoanalytiker in klinischen Kontexten zumindest bei schweren Persönlichkeitsstörungen (v. a. bei Borderline- und Narzißmusstörungen) dazu übergegangen, für die behandelnden Therapeuten zeitgleich eine kontinuierliche und enge Supervision anzubieten (als „Therapie der Therapeuten“).

Mit Hilfe der Begleittherapie von Therapeuten wird versucht, die Zahl der nach wie vor hohen drop-out-Raten vor allem der Borderline-Behandlungen zu verringern (sie werden in den empirischen Studien der Analytiker immer so zwischen 25 und 60 Prozent angegeben) – sowie die ebenfalls bei etwa bis zur Hälfte der Borderline-Patienten beobachtbaren Verschlechterungen während eines Klinikaufenthaltes (Clarkin, Marziali & Munroe-Blum, 1992). Das Problem der drop-out-Raten und Verschlechterung von Borderline-Patienten während stationärer Behandlung ist jedoch auch in den anderen Therapieformen nach wie vor ein Problem.

5.2 Interpersonelle Therapie

Die interpersonelle Therapie steht konzeptionell zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie und ist durch ein sehr strukturiertes, teils psychoedukatives Therapeutenhandeln gekennzeichnet. Zu Beginn einer interpersonellen Therapie von Persönlichkeitsstörungen steht in aller Regel eine sorgsame diagnostische Abklärung der gegenwärtigen zwischenmenschlichen Beziehungsmuster in Konfliktsituationen (vgl. Benjamin, 1993). Dabei werden die aktuellen Schwierigkeiten als kontinuierliche Wiederholung früherer Interaktionsmuster mit den Eltern, Geschwistern, Schulkameraden, jedoch nicht nur in der Kindheit, sondern auch gegenwartsnäher z. B. mit Arbeitskollegen oder Ehepartnern betrachtet.

In der Interpersonellen Therapie der Persönlichkeitsstörungen stehen entsprechend diese *Interaktionstransaktionen mit anderen Menschen* im Mittelpunkt ihrer Bewertung und Modifikation (Strupp & Binder, 1984; vgl. auch die Arbeiten in Anchin & Kiesler, 1982). Dabei geht es vor allem um die detaillierte Besprechung und Analyse zwischenmenschlicher Beziehungsstörungen in den unterschiedlichsten Lebenszusammenhängen. Im Unterschied zur Psychoanalyse benutzt die interpersonelle Therapie also *nur gelegentlich* die therapeutische Beziehung selbst als Gegenstand der Analyse und Erfahrungsbildung. Der Blick der Therapie richtet sich vorrangig *nach außerhalb* in die alltäglichen Lebensprobleme und Interaktionskrisen der Patienten.

Insbesondere Benjamin (1993) hat das Vorgehen der Interpersonellen Therapie in einer Programmatik therapeutischer Regeln zusammengefaßt, die folgende Teilaspekte enthält:

- a) *Aufbau einer funktionierenden Arbeitsbeziehung*: Patient und Therapeut sollten gemeinsam „auf einer Seite“ (zum Beispiel „gegen“ widrige Lebensumstände oder „gegen“ zwischenmenschliche Krisen) zusammenarbeiten.
- b) *Analyse und Therapie der Interaktionsstörungen*: Es soll die Bereitschaft des Patienten gefördert werden, eigene kritische Interaktionsmuster zu erkennen und zu analysieren. Dabei ist u. a. folgendes beachtenswert: Einsicht ist nur eine Zwischenstufe und kein Ziel der Therapie; und: Therapeuten betonen das Recht von Patienten, sich zu ändern oder auch nicht. Mediär kann dazu dann auch eine konstruktive psychoedukative Aufklärung und Beratung des Patienten durch den Therapeuten (z. B. zu Fragen der Kindererziehung, der Umgangsweise mit anderen Menschen im Beruf) die Einsicht in das eigene Verhalten verbessern helfen. Eine diagnostisch-therapeutische „Familienkonferenz“ (also die Beteiligung der Angehörigen an der Therapie) kann nicht nur das Verständnis, sondern auch die Behandlung der interaktionellen Probleme entscheidend verbessern.
- c) *Unterbindung (selbst-)destruktiver Interaktionsmuster*: Das heißt u. a., daß der Therapeut durchgängig darauf achten sollte, selbstdestruktive und fremdschädigende Aktivitäten anzusprechen und zu unterbinden. Entsprechend kann er gelegentlich die laufende „interpersonelle Therapiestrategie“ in Richtung Krisenintervention (innerhalb der Sitzungen) und gelegentlich Krisenmanagement (außerhalb der Therapieabsprachen) abändern, wenn Suizid- oder Gewaltthemen vorrangig werden. Patienten sollten schließlich direkt darin unterstützt werden, destruktive interpersonelle Bedürfnisse aufzugeben und zu ändern.

- d) *Anregung und Unterstützung beim Erwerb interaktioneller Kompetenzen:* Zum Wiederaufbau befriedigender zwischenmenschlicher Erfahrungen dienen nicht nur therapeutische Gespräche, sondern es werden zur Unterstützung gelegentlich auch Rollenspiele zur Analyse und Einübung sozialer Fertigkeiten eingesetzt.

Nach den vorgelegten Konzeptüberlegungen ist es im Unterschied zur psychoanalytischen Behandlung für die interpersonellen Therapeuten also nicht ungewöhnlich, über Therapiegespräche hinaus weitere Therapiemedien zur Erreichung dieser Zielbereiche einzusetzen (wie z. B. direkte Beratung, der Einsatz von Rollenspielen sowie die Beteiligung von Angehörigen in einer sog. Familienkonferenz).

5.3 Verhaltenstherapeutische Ansätze

Klinische Psychologen und Verhaltenstherapeuten haben sich – wegen ihrer eingangs erwähnten Vorbehalte gegenüber der psychiatrischen Klassifikation – erst in den vergangenen Jahren vermehrt um die Entwicklung spezifischer Programme zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen bemüht (Perry & Flannery, 1989; Turkat, 1996; Limbacher & Schmitz, 1996). Für sie rücken dabei jedoch *nicht* die Persönlichkeitsstörungen als solche in den Mittelpunkt der Behandlung. Sie bevorzugen es vielmehr, in ihren Verhaltensanalysen die spezifischen Interaktionsstörungen und vor allem Interaktionsdefizite zu erfassen sowie deren Abhängigkeiten möglichst detailliert herauszuarbeiten (interpersonelle Auslöser, Folgen und Wechselwirkungen). Konsequenterweise steht denn auch das für die Behandlung komplexer zwischenmenschlicher Beziehungsstörungen inzwischen am besten untersuchte Verfahren im Vordergrund vieler Behandlungsvorschläge: das sog. *Training sozialer Fertigkeiten* (vgl. u. a. L'Abate & Milan, 1985).

Das Training sozialer Fertigkeiten zielt darauf ab, spezifische soziale Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten zu vermitteln, die auf der Grundlage individueller Verhaltensanalysen als defizitär eingeschätzt werden müssen. Dazu gehören u. a. (a) eigene Bedürfnisse auf sozial akzeptierbare Weise auszudrücken sowie (b) die damit zusammenhängenden negativen wie positiven Gefühle; (c) für berechnete Bedürfnisse (öffentlich) einzutreten und diese (d) schließlich partnerbezogen durchzusetzen. Als zentrale therapeutische Medien zum Erwerb und zur Evaluation sozialer Kompetenzen dienen dem Verhaltenstherapeuten vor allem: helfende Instruktionen; die Unterstützung durch geeignete Vorbilder und Modelle; Rollenspiele als wesentliches Agens zur Einübung alternativer Verhaltensweisen und Rollen; das Video-Feedback zur direkten Bewertung und Korrektur neu erprobter Verhaltensweisen; sowie der Einsatz gezielter Hausaufgaben zur Übertragung neugelernter Interaktionsmuster in alltägliche Kontexte. Zur Optimierung der Mediennutzung wird das Training sozialer Fertigkeiten üblicherweise in Therapiegruppen durchgeführt (vgl. Fiedler, 1996 a).

Im Bereich der bisherigen Entwicklung und therapeutischen Erprobung des Trainings sozialer Fertigkeiten wurde von Verhaltenstherapeuten bis Mitte der achtziger Jahre kaum darauf geachtet, ob bei den jeweils behandelten Patienten auch eine Diagnose einer spezifischen Persönlichkeitsstörung gestellt werden konnte. Hauptindikationsbereich war das Vorliegen *komplexer*

Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens, das als solches im Zusammenhang mit vielen spezifischen psychischen Störungen auftritt. Da soziale Angst und Unsicherheit auch bei den Persönlichkeitsstörungen als ein Leitsymptom gelten kann, wurde das Sozialtraining inzwischen als ein Baustein in der verhaltenstherapeutischen Behandlung insbesondere der *dependenten, selbstunsicher-vermeidenden* und *passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung* empfohlen und eingesetzt (Perry & Flannery, 1989; Renneberg, 1996; Vogelsang, 1996). Die vorliegenden Erfahrungen von Kompetenz-Trainings in der Behandlung schizophrener Patienten lassen seine Anwendung im Bereich der *paranoiden, schizoiden* und *schizotypischen Persönlichkeitsstörung* sinnvoll erscheinen (Beispiele in Fiedler, 1996 a).

Das Training sozialer Fertigkeiten wird üblicherweise nur als *ein* Baustein in den Kontext einer ansonsten jedoch deutlich breiter angelegten Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen einbezogen, die sich zugleich auf die weiteren persönlichen Lebensperspektiven und Lebensbezüge der Patienten ausrichtet. Dies schließt in aller Regel ein, wo dies möglich ist, auch Angehörige und Bezugspersonen an einer Therapie persönlichkeitsgestörter Menschen zu beteiligen (z. B. auch im Rahmen von Hausbesuchen der Patienten) – oder aber ein in Gruppen durchgeführtes Social Skills Training in einzelnen Fällen um individuell durchgeführte Verhaltenstherapien zu ergänzen (vgl. die Behandlungsvorschläge bei Turkat, 1990). Als gutes Beispiel für die konzeptuelle Anlage einer solchen *mehrdimensionalen Verhaltenstherapie* kann das bereits in Manualform vorliegende Programm zur Behandlung von Patienten mit *Borderline-Persönlichkeitsstörungen* gelten (Linehan, 1993 a,b).

Beträchtliche Fortschritte deuten sich in den vergangenen Jahren durch die Entwicklung verhaltenstherapeutischer Behandlungsprogramme für die *dissozialen Persönlichkeitsstörungen* an, die wegen der vielfach gegebenen Normstrukturlosigkeit der Betroffenen und der damit einhergehenden Gewaltkriminalität als besonders schwer zu behandeln gelten (vgl. Dolan & Coid, 1993; oder die Arbeiten in Roth, 1987). Es handelt sich dabei zumeist um Ansätze, die ausdrücklich für einen Einsatz im institutionellen Kontext entwickelt wurden (forensische Psychiatrie; sozialtherapeutischer Strafvollzug; vgl. Fiedler, 1992). Bei diesen Verhaltenstherapieprogrammen handelt es sich zumeist um unterschiedliche Formen des systematischen Einübens neuer und zur Impulsivität und spontanen Aggressivität alternativer Handlungs- und Problemlösungsmuster, die in aller Regel ein hochgradig kooperierendes Team gut ausgebildeter Therapeuten voraussetzen (Wong, Slama & Liberman, 1987; Romoff, 1987).

5.4 Kognitiv orientierte Behandlungsansätze

Auch die heute vorliegenden Beiträge der Kognitiven Therapie zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen sind bislang vorrangig an Einzelfällen dokumentiert oder konzeptueller Art (Beck, Freeman u. a., 1993; Young, 1990; Fleming, 1996; Seipel, 1996). Wie die Verhaltenstherapeuten betonen die Ko-

gnitiven Therapeuten die Notwendigkeit sog. *mehrdimensionaler* Therapieansätze. Wichtige Eckpfeiler einer solchen Breitspektrumtherapie sind neben den bevorzugten kognitiven Verfahren und Techniken vor allem die (oben besprochenen) Verhaltens- und Kompetenztrainings der klassischen Verhaltenstherapie wie die dort ebenfalls integrierten therapeutischen Schwerpunktsetzungen in der Familien- und Angehörigenarbeit sowie in der beruflichen Reintegration und Rehabilitation.

Im Unterschied zur klassischen Verhaltenstherapie begründet sich die kognitiv orientierte Therapiegesamtplanung aus einer sorgsamten Abklärung der Bedeutung kognitiver Strukturen (Schemata und/oder Werthaltungen) der Patienten für die Entstehung und Aufrechterhaltung persontypischer (ich-syntoner) Interaktionsmuster und Interaktionsstörungen. Führt die frühzeitig in der Therapie vorgesehene kognitiv-behaviorale Problem-Analyse zu dem Ergebnis, daß interpersonelle *Handlungs- und Kompetenzdefizite* für die Aufrechterhaltung der Persönlichkeitsstörungen verantwortlich sind, schlagen die Kognitiven Therapeuten als grundlegende Therapiestrategie ein verhaltensorientiertes Training sozialer Fertigkeiten vor, das um kognitive Strategien sinnvoll ergänzt werden kann. Erst die intrapsychische Dominanz oder eine besondere interpersonelle Präsentation realitätsverzerrender oder handlungsdysfunktionaler kognitiver Werthaltungen oder Strukturen führt zu einer kognitiven Schwerpunktsetzung in der Therapie und zu einer Nebenordnung behavioraler Strategien. Im Regelfall sollte also die Problem-analyse der kognitiven Therapeuten ein sinnvolles Ergänzungsgefüge für verhaltens- und kognitionsorientierte Therapieschwerpunkte begründen (vgl. Freeman, Pretzer, Fleming & Simon, 1990).

Ganz ähnlich wie in den zuvor Therapieansätzen werden der *Aufbau und Behalt einer funktionierenden Therapeut-Patient-Beziehung* für den Erfolg der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen als wesentliche Voraussetzung betrachtet. So wird beispielsweise im Behandlungskonzept von Beck und Mitarbeitern (1990) zur prophylaktischen Vermeidung therapeutischer Krisen eine sensible Beachtung der ich-syntonen Vulnerabilitäts- und Selbstschutzeigenarten von Patienten vorgeschlagen. Ein weiterer Grund für eine sorgsame Analyse der therapeutischen Beziehung in der Anfangsphase der Therapie wird in ihrer Bedeutsamkeit für die kognitiv-behaviorale Analyse gesehen: Offene oder verdeckte Widerstände der Patienten gegenüber Veränderung, ihre fehlende oder unzureichende Compliance oder ungünstige Übertragungsmuster gelten für die Autoren als prototypische Merkmale der Persönlichkeitsstörungen. Therapeuten hätten jeweils genau zu untersuchen, ob beobachtbare Erschwernisse im Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung mit dem Patienten wirklich vorrangig in dessen persönlichkeitsbedingten Kooperationsstörungen zu suchen seien, oder ob therapeutische Krisen nicht auch gänzlich anders erklärt werden könnten, wie beispielsweise durch ein ungünstiges oder wenig passendes Setting oder auch durch die Schwierigkeiten der Therapeuten im interaktionellen Umgang mit den jeweiligen Beziehungsstörungen ihrer Patienten.

5.5 Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Gemeinsam ist den unterschiedlichen Therapieverfahren wohl vor allem das Ziel: *Nicht* die Persönlichkeitsstörungen selbst sollten behandelt werden, sondern die mit ihnen gegebenen *komplexen Störungen des Beziehungsverhaltens*. Weiter ist gemeinsam: Die Psychotherapie sollte möglichst realitätsorientiert und gegenwartsbezogen sein, und Therapeuten sollten den häufig gegebenen Störungen der Impulskontrolle besondere Beachtung schenken.

Ansonsten gibt es zwischen den schulspezifischen Therapieansätzen *eine Reihe von Unterschieden*, die sich im wesentlichen aus der Unterschiedlichkeit herleiten, mit der die *methodischen Vorgaben* der verschiedenen therapeutischen Ansätze dem Therapeuten *prinzipiell Flexibilität* zugestehen. So sind beispielsweise die Psychoanalyse und die Interpersonelle Therapie strikter auf ein (einsichtsorientiertes) Gesprächssetting festgelegt, als dies in der (kognitiven) Verhaltenstherapie der Fall ist. Letztere – die kognitive bzw. behaviorale Verhaltenstherapie – empfiehlt dem Therapeuten, das therapeutische Vorgehen und Setting den spezifischen Problembereichen und individuellen Möglichkeiten der Patienten anzupassen. Das heißt z. B.: neue Verhaltensmuster oder emotionale Interaktionsstile, die der Patient nicht kennt oder noch nicht beherrscht, direkt einzuüben; oder auch, wenn dies sinnvoll erscheint, den Therapieraum zu verlassen und die Therapie zu Hause bei den Patienten durchzuführen. Diese Settingänderungen erfolgen nicht theorieelos, sondern sie werden jeweils genau mit der individuell begründbaren Ätiologie- und Bedingungsanalyse abgestimmt. In der Konsequenz eröffnet diese *methodische Flexibilität* einige besondere Möglichkeiten, die in den beiden anderen Verfahren nurmehr mediär und zwar *nur dann* erreichbar sind, wenn die Patienten beabsichtigte Verhaltensänderungen auch tatsächlich von sich aus in den Lebensalltag integrieren.

Besonders bedenkenswert für die beiden einsichtsorientierten Therapieverfahren scheint die Notwendigkeit einer intensiven Nachbetreuung zur Transfersicherung und Erfolgsevaluation, wie sie immer schon zur (kognitiven) Verhaltenstherapie als unverzichtbar dazu gehören. Eine solche gezielte Betreuung und Nachuntersuchung durch professionelle Helfer gilt in empirischen Forschungsarbeiten inzwischen als einer der tragfähigsten Erfolgsprädiktoren in der Behandlung jener Patienten, die wegen ihrer persönlichkeitsbedingten Eigenarten bereits wiederholt mit Gesetz und Recht in Konflikt geraten sind. Und dies – das bleibt zu bedenken – betrifft nicht nur Menschen mit dissozialen Persönlichkeitsstörungen, sondern auch viele andere zur Dissozialität und zu Impulskontrollverlusten neigenden Menschen mit anderen Persönlichkeitsstörungen.

Weiterführende Literatur

Beck, A. T., Freeman, A. u. a. (1993). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Fiedler, P. (1995). *Persönlichkeitsstörungen* (2. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Schmitz, B., Fydrich, T. & Limbacher, K. (Hrsg.). (1996). *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Turkat, I. D. (1996). *Die Persönlichkeitsstörungen. Ein Leitfaden für die klinische Praxis*. Bern: Huber.

Literatur

- Adler, A. (1912). *Über den nervösen Charakter. Grundzüge einer vergleichenden Individualpsychologie und Psychotherapie*. Wiesbaden: Bergmann [Wiederabdruck seit (1972). Frankfurt: Fischer-Verlag].
- Adler, G. (1989). Narcissistic personality disorder. In American Psychiatric Association (Ed.), *Treatments of psychiatric disorders* (Vol. 3, pp. 2736–2742). Washington DC: APA.
- Alexander, F. (1928). Der neurotische Charakter. Seine Stellung in der Psychopathologie und in der Literatur. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 14, 26–44.
- Amelang, M. (1986). *Sozial abweichendes Verhalten. Entstehung–Verbreitung–Verhinderung*. Berlin: Springer.
- Amelang, M. & Bartussek, D. (1985). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., revised). Washington, DC: American Psychiatric Association [deutsch: (1989). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R*. Weinheim: Beltz].
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association [deutsch: (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe].
- Anchin, J. C. & Kiesler, D. J. (1982). *Handbook of interpersonal psychotherapy*. New York: Pergamon Press.
- Bastine, R. (1990). *Klinische Psychologie*. (Band 1, 2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer [Neubearbeitung i.V.].
- Beck, A. T., Freeman, A. u. a. (1993). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Bellack, A. (1979). Behavioral assessment of social skills. In A. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Research and practice in social skills training* (pp. 75–104). New York: Plenum Press
- Benjamin, L. S. (1976). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392–425.
- Benjamin, L. S. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Bleuler, E. (1922). Die Probleme der Schizoidie und der Syntonie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 78, 375.
- Bleuler, E. (1937). *Lehrbuch der Psychiatrie* (6. Aufl.). Berlin: Springer [12. Aufl. (1972), neubearbeitet von M. Bleuler (Hrsg.). Berlin: Springer].

- Bornstein, R. F. (1993). *The dependent personality: Developmental, social, and clinical perspectives*. New York: Guilford.
- Bremer, J. (1951). A social psychiatric investigation of a small community in northern Norway. *Acta Psychiatrica et Neurologica, Suppl.* 62, 1–166.
- Brown, G. W. & Harris, T. O. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorders in women*. London: Tavistock.
- Bursten, B. (1982). Narcissistic personalities in DSM-III. *Comprehensive Psychiatry*, 23, 409–420.
- Chodoff, P. (1989). Histrionic personality disorder. In American Psychiatric Association (Ed.), *Treatments of psychiatric disorders* (Vol. 3, pp. 2727–2736). Washington DC: APA.
- Clarkin, J. F., Marziali, E. & Munroe-Blum, H. (Eds.). (1992). *Borderline personality disorder. Clinical and empirical perspectives*. New York: Guilford.
- Cleckley, H. (1941). *The mask of sanity: An attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality*. St. Louis: Mosby [5th ed. (1976)].
- Cloninger, C. R., Reich, T. & Guze, S. B. (1975). The multifactorial model of disease transmission: III. Familial relationships between sociopathy and hysteria (Briquets syndrome). *British Journal of Psychiatry*, 127, 23–32.
- Costa, P. T. & Widiger, T. A. (Eds.). (1993). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1992). *Klassifikation psychischer Krankheiten. Klinisch-diagnostische Leitlinien nach Kapitel V (F) der ICD-10* (2. erweiterte Auflage). Bern: Huber.
- Dolan, B. & Coid, J. (1993). *Psychopathic and antisocial personality disorders. Treatment and research issues*. London: Gaskell – The Royal College of Psychiatrists.
- Eisler, R. M. (1976). The behavioral assessment of social skills. In M. Hersen & A. Bellack (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook* (pp. 369–395). New York: Pergamon Press.
- Essen-Möller, E. (1956). Individual traits and morbidity in a Swedish rural population. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavia, Suppl.* 100, 1–160.
- Eysenck, H. J. (1952). *The scientific study of personality*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Eysenck, H. J. (1977). *Crime and personality*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Eysenck, H. J. (1980). Psychopathie. In U. Baumann, H. Berbalck & G. Seidenstücker (Hrsg.), *Klinische Psychologie – Trends in Forschung und Praxis* (Bd. 3, S. 323–360). Bern: Huber.
- Eysenck, H. J. & Eysenck, S. B. G. (1978). Psychopathy, personality and genetics. In R. D. Hare & D. Schalling (Eds.), *Psychopathic behaviour: Approaches to research* (pp. 197–223). New York: Wiley.
- Eysenck, H. J. & Rachman, S. (1967). *Neurosen – Ursachen und Heilmethoden*. Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Fiedler, P. (1992). Psychosoziale Intervention und Anwendungsfelder der Klinischen Psychologie. In R. Bastine (Hrsg.), *Klinische Psychologie* (Band 2, S. 361–409). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fiedler, P. (1994). Persönlichkeitsstörung. In H. Reinecker (Hrsg.), *Fallbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen* (S. 95–113). Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (1995). *Persönlichkeitsstörungen* (2. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Fiedler, P. (1996 a). *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Psychologische Psychotherapie in der Praxis*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fiedler, P. (1996 b). Psychotherapeutische Ansätze bei Persönlichkeitsstörungen: Gemeinsamkeiten und Unterschiede. In B. Schmitz, Th. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (S. 200–218). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fiedler, P. (1996 c). Dissoziative, vorgetäuschte und Impulskontroll-Störungen. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Band 2, S. 319–336). Heidelberg: Springer.
- Fiedler, P. (1996 c). Psychotherapie. In W. Bungard, G. E. Dlugosch, P. Fiedler, D. Frey, R. S. Jäger u. a. (Autoren), *Perspektiven der Psychologie* (S. 169–201). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fiedler, P. & Mundt, Ch. (1996). Dissoziative Störungen, vorgetäuschte Störungen und Störungen der Impulskontrolle. In K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.), *Psychologische Störungen und ihre Behandlung* (S. 355–436). Göttingen: Hogrefe. [Enzyklopädie der Psychologie: Klinische Psychologie: Band 2].
- Fleming, B. (1996). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung der histrionischen Persönlichkeitsstörung. In B. Schmitz, Th. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (S. 219–243). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Frances, A. J. (1980). The DSM-III personality disorder section: A commentary. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1050–1054.
- Frances, A. J. & Widiger, T. A. (1989). Avoidant personality disorder. In American Psychiatric Association (Ed.), *Treatments of psychiatric disorders* (Vol. 3, pp. 2759–2762). Washington DC: APA.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. & Simon, K. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- Freud, S. (1908). Charakter und Analerotik. In S. Freud (1966), *Gesammelte Werke VII* (4. Aufl., S. 203–209). Frankfurt/M.: Fischer.
- Fromm, E. (1941). *Escape from freedom*. New York: Farrer & Rinehart [Deutsch seit (1973). *Die Furcht vor der Freiheit*. Frankfurt: Europäische Verlagsanstalt].
- Fydrich, T., Schmitz, B., Dietrich, G., Heinicke, S. & König, J. (1996). Prävalenz und Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen. In B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (S. 56–90). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Gunderson, J. G. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J. G. & Phillips, K. A. (1991). A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *American Journal of Psychiatry*, 148, 967–975.
- Gunderson, J. G. & Ronningstam, E. (1991). Is narcissistic personality disorder a valid diagnosis? In J. M. Oldham (Ed.), *Personality disorders: New perspectives on diagnostic validity* (pp. 105–119). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Hare, R. D. (1980). A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality and Individual Differences*, 1, 111–119.
- Hare, R. D. (1985). A comparison of procedures for the assessment of psychopathy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 7–16.
- Hoffmann, S. O. (1979). *Charakter und Neurose. Ansätze zu einer psychoanalytischen Charakterologie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

- Hoffmann, S. O. (1986). Psychoneurosen und Charakterneurosen. In K. P. Kisker, H. Lauter, J. E. Meier, C. Müller & E. Strömngren (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 1: Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie* (3. Aufl., S. 29–62). Berlin: Springer.
- Horney, K. (1937). *The neurotic personality of our time*. New York: Norton [Deutsch seit (1964). *Der neurotische Mensch unserer Zeit*. München: Kindler].
- Kass, F., Spitzer, R. & Williams, J. (1985). An empirical study of the issue of sex bias in the diagnostic criteria of DSM-III axis II personality disorders. *American Psychologist*, 38, 799–801.
- Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641–685.
- Kernberg, O. F. (1971). Prognostic considerations regarding borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 19, 595–635.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson [deutsch (1980). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus* (4. Aufl.). Frankfurt/M.: Suhrkamp].
- Kernberg, O. F. (1976). *Object relation theory and clinical psychoanalysis*. New York: Aronson [deutsch (1981). *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta].
- Kernberg, O. F. (1977). The structural diagnosis of borderline personality organization. In P. Hartocollis (Ed.), *Borderline personality disorders* (pp. 87–121). New York: International Universities Press.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders*. New Haven: Yale University Press. [dt. (1991). *Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta].
- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C. & Appelbaum, A. H. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York: Basic Books. [dt. (1993). *Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten*. Bern: Huber].
- Kety, S. S., Rosenthal, D., Wender, P. H. & Schulsinger, F. (1971). Mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. *American Journal of Psychiatry*, 128, 302–306.
- Keupp, H. (1972). *Psychische Störungen als abweichendes Verhalten*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Keupp, H. (1976). *Abweichung und Alltagsroutine. Die Labelingperspektive in Theorie und Praxis*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Keupp, H. (1988). Psychische Störungen im gesellschaftlichen Lebenszusammenhang. In G. C. Davison & J. M. Neale (Autoren), *Klinische Psychologie* (3. Aufl., S. 69–92). München: Psychologie Verlags Union.
- Kiesler, D. J. (1986). The 1982 interpersonal circle: an analysis of DSM-III personality disorders. In T. Millon & G. L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: towards DSM-IV* (pp. 571–597). New York: Guilford.
- Knight, R. P. (1953). Borderline states. *Bulletin of the Menninger Clinics*, 17, 1–12.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self. A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York: International Universities Press [deutsch (1973). *Narzißmus. Eine Theorie der Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen* (2. Aufl.). Frankfurt/M.: Suhrkamp].
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press [deutsch (1979). *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt/M.: Suhrkamp].

- Kraepelin, E. (1903–1904). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (7. Aufl.). Leipzig: Barth [8. Aufl. (1909–1915). Leipzig: Barth].
- Kretschmer, E. (1921). *Körperbau und Charakter*. Berlin: Springer [25. Aufl. (1967). Berlin: Springer].
- L'Abate, L. & Milan, M. A. (1985). *Handbook of social skills training and research*. New York: John Wiley and Sons.
- Langner, T. S. & Michael, S. T. (1963). *Life stress and mental health. The midtown Manhattan study*. New York: Glencoe.
- Leary, T. (1976). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald Press.
- Lescz, M. (1989). Group therapy. In American Psychiatric Association (Ed.), *Treatments of psychiatric disorders* (Vol. 3, pp. 2667–2678). Washington DC: APA.
- Liebowitz, M. R., Stone, M. H. & Turkat, I. D. (1986). Treatment of personality disorders. In A. J. Frances & R. E. Hales (Eds.), *American Psychiatric Association annual review* – (Vol. 5, pp. 356–393). Washington: American Psychiatric Press.
- Lilienfeld, S. O., VanValkenburg, C., Larntz, K. & Akiskal, H. S. (1986). The relationship of histrionic personality disorder to antisocial personality and somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 718–722.
- Limbacher, K. & Schmitz, B. (1996). Stationäre Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (S. 318–343). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Linehan, M. (1993 a). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. (1993 b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Livesley, W. J. (1986). Trait and behavioral prototypes of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 143, 728–732.
- Livesley, W. J. (1987 a). A systematic approach to the delineation of personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 772–777.
- Livesley, W. J. (1987 b). Theoretical and empirical issues in the selection of criteria to diagnose personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 1, 88–94.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavana, S. M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R. W. F., Ferguson, B., Jacobsberg, L. B., Mombour, W., Pull, C., Ono, Y. & Regier, D. A. (1994). The International Personality Disorder Examination: IPDE. The WHO/ADAMHA international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215–224.
- Maier, W., Lichtermann, D., Klinger, T., Heun, R. & Hallmayer, J. (1992). Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community. *Journal of Personality Disorders*, 6, 187–196.
- Meissner, W. W. (1989). Paranoid personality disorder. In American Psychiatric Association (Ed.), *Treatments of psychiatric disorders* (Vol. 3, pp. 2705–2711). Washington DC: APA.
- Mertens, W. (1992). *Psychoanalyse* (6. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Mervis, C. & Rosch, E. (1981). Categorization of natural objects. *Annual Review of Psychology*, 32, 89–115.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III, Axis II*. New York: Wiley.
- Millon, T. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond* (2nd. ed.). New York: Wiley.
- Millon, T. & Everly, G. S. Jr. (1985). *Personality and its disorders. A biosocial learning approach*. New York: John Wiley.

- Müller, C. (1981). *Psychische Erkrankungen und ihr Verlauf sowie ihre Beeinflussung durch das Alter*. Bern: Huber.
- Nielsen, J. & Nielsen, J. A. (1977). A census study of mental illness in Samsø. *Psychological Medicine*, 7, 491–503.
- Ogata, S. N., Silk, K. R., Goodrich, S., Lohr, N. E., Westen, D. & Hill, E. M. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1008–1013.
- Oldham, J. M. (Ed.). (1990). *Personality disorders: New perspectives on diagnostic validity*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Parnas, J., Schulsinger, F. & Mednick, S. A. (1990). The Copenhagen high-risk-study: Major psychopathological and etiological findings. In E. R. Straube & K. Hahlweg (Eds.), *Schizophrenia. Concepts, vulnerability, and intervention* (pp. 45–56). Berlin: Springer.
- Perry, J. C. (1989 a). Dependent personality disorder. In American Psychiatric Association (Ed.), *Treatments of psychiatric disorders* (Vol. 3, pp. 2762–2770). Washington DC: APA.
- Perry, J. C. (1989 b). Passive-aggressive personality disorder. In American Psychiatric Association (Ed.), *Treatments of psychiatric disorders* (Vol. 3, pp. 2783–2789). Washington DC: APA.
- Perry, J. C. & Flannery, R. B. (1989). Behavior therapy. In American Psychiatric Association (Ed.), *Treatments of psychiatric disorders* (Vol. 3, pp. 2649–2659). Washington DC: APA.
- Pfohl, B., Black, D. W., Noyes, R., Coryell, W. H. & Barrash, J. (1991). Axis I and axis II comorbidity findings: Implications for validity. In J. M. Oldham (Ed.), *Personality disorders: New perspectives on diagnostic validity* (pp. 145–161). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Pollak, J. M. (1979). Obsessive-compulsive personality: A review. *Psychological Bulletin*, 86, 225–241.
- Rado, S. (1953). Dynamics and classification of disordered behavior. *American Journal of Psychiatry*, 110, 406–416.
- Reich, J. H. & Noyes, R. (1987). A comparison of DSM-III personality disorders in acutely ill panic and depressed patients. *Journal of Anxiety Disorder*, 1, 123–131.
- Reich, J. H., Noyes, R. & Troughton, E. (1987). Dependent personality disorder associated with phobic avoidance in patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 323–326.
- Reich, J. H., Yates, W. & Nduaguba, M. (1989). Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24, 12–16.
- Reich, W. (1925). *Der triebhafte Charakter. Eine psychoanalytische Studie zur Pathologie des Ich*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag [wiederabgedruckt in W. Reich (1983). *Frühe Schriften 1: Aus den Jahren 1920 bis 1925* (S. 246–340). Frankfurt/M.: Fischer].
- Reich, W. (1933). *Charakteranalyse*. (Ohne Ort:) Selbstverlag [wiederaufgelegt: (1973). *Charakteranalyse*. Frankfurt/M.: Fischer].
- Renneberg, B. (1996). Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie bei Patienten mit selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung. In B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (S. 344–358). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Robins, L. N. (1966). *Deviant children grown up: A sociological and psychiatric study of sociopathic personality*. Baltimore: Williams & Wilkins.

- Robins, L. N. (1978). Study of childhood predictors of adult antisocial behaviour: Replication from longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 8, 811–816.
- Rohde-Dachser, C. (1986). Borderlinestörungen. In K. P. Kisker, H. Lauter, J. E. Meier, C. Müller & E. Strömgen (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 1: Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie* (3. Aufl., S. 125–150). Berlin: Springer.
- Rohde-Dachser, C. (1989). *Das Borderline-Syndrom* (4. Aufl.). Bern: Huber.
- Romoff, V. (1987). Management and control of violent patients at the Western Psychiatric Institute and Clinic. In L. H. Roth (Ed.), *Clinical treatment of the violent person* (pp. 235–260). New York: Guilford Press.
- Rosenthal, D., Wender, P. H., Kety, S. S., Welner, J. & Schulsinger, F. (1971). The adopted-away offspring of schizophrenics. *American Journal of Psychiatry*, 128, 307–311.
- Roth, L. H. (1987 a). *Clinical treatment of the violent person*. New York: Guilford Press.
- Roth, L. H. (1987 b). Treating violent persons in prisons, jails, and security hospitals. In L. H. Roth (Ed.), *Clinical treatment of the violent person* (pp. 207–234). New York: Guilford Press.
- Safran, J. & Segal, Z. (1990). *Interpersonal processes of cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Salzman, L. (1989). Compulsive personality disorder. In American Psychiatric Association (Ed.), *Treatments of psychiatric disorders* (Vol. 3, pp. 2771–2782). Washington DC: APA.
- Saß, H. (1987). *Psychopathie, Soziopathie, Dissozialität. Zur Differentialtypologie der Persönlichkeitsstörungen*. Berlin: Springer.
- Schepank, H., Hilpert, H. et al. (1984). Das Mannheimer Kohortenprojekt. Die Prävalenz psychogener Erkrankungen in der Stadt. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 30, 43–61.
- Schmitz, B., Fydrich, T. & Limbacher, K. (Hrsg.). (1996). *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Schneider, K. (1923). *Die psychopathischen Persönlichkeiten*. Leipzig: Thieme [9. Auflage (1950). Wien: Deuticke].
- Schulte, W. & Tölle, R. (1977). *Psychiatrie* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Seipel, K. H. (1996). Falldarstellung einer ambulanten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung eines Patienten mit narzißtischer Persönlichkeitsstörung. In B. Schmitz, Th. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (S. 244–258). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Shapiro, E. R., (1989). Family and couples therapy. In American Psychiatric Association (Ed.), *Treatments of psychiatric disorders* (Vol. 3, pp. 2660–2666). Washington DC: APA.
- Shea, M. T. & Hirschfeld, R. M. A. (Eds.). (1993). The NIMH Williamsburg Conference on Personality Disorders: What have we learned? *Journal of Personality Disorders (Special Supplement, Spring 1993)*. New York: Guilford.
- Siever, L. J. (1981). Schizoid and schizotypal personality disorders. In J. R. Lion (Ed.), *Personality disorders. Diagnosis and management* (2nd ed., revised for DSM III, pp. 32–64). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Solomon, K. (1981). Personality disorders and the elderly. In J. R. Lion (Ed.), *Personality disorders. Diagnosis and management* (2nd ed., revised for DSM III, pp. 310–338). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Spitzer, R. L. & Endicott, J. (1979). Justification for separating schizotypal and borderline personality disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 5, 95–100.

- Spitzer, R. L., Endicott, J. & Gibbon, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 36, 17–24.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467–489.
- Stone, M. H. (1985). Schizotypal personality: psychtherapeutic aspects. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 576–589.
- Stone, M. H. (1989 a). Schizoid personality disorder. In American Psychiatric Association (Ed.), *Treatments of psychiatric disorders* (Vol. 3, pp. 2712–2718). Washington DC: APA.
- Stone, M. H. (1989 b). Schizotypal personality disorder. In American Psychiatric Association (Ed.), *Treatments of psychiatric disorders* (Vol. 3, pp. 2719–2727). Washington DC: APA.
- Stone, M. H. (1992). Treatment of severe personality disorders. In A. Tasman & M. B. Riba (Eds.), *Review of psychiatry* (Vol. 11, pp. 98–115). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Strupp, H. H. & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books [dt. (1991). *Kurzpsychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta].
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton [Deutsch seit (1980). *Die interpersonelle Theorie der Psychiatrie*. Frankfurt: Fischer].
- Süllwold, L. (1983). *Schizophrenie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Tölle, R. (1966). *Katamnestiche Untersuchungen zur Biographie abnormer Persönlichkeiten*. Berlin: Springer.
- Tölle, R. (1986). Persönlichkeitsstörungen. In K. P. Kisker, H. Lauter, J. E. Meier, C. Müller & E. Strömgen (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 1: Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie* (3. Aufl., S. 151–188). Berlin: Springer.
- Turkat, I. D. (1996). *Die Persönlichkeitsstörungen. Ein Leitfadens für die klinische Praxis*. Bern: Huber.
- Turner, S. M. & Beidel, D. C. (1989). Social phobia: Clinical syndrome, diagnosis, and comorbidity. *Clinical Psychological Review*, 9, 3–18.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Bordern, J. W., Stanley, M. A. & Jacob, R. G. (1991). Social phobia: Axis I and II correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 102–106.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. & Keys, D. J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 389–394.
- Vogelsang, M. (1996). Ein Modell kognitiv-behavioraler Gruppentherapie bei dependenten Persönlichkeitsstörungen. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 17, 233–249.
- Weltgesundheitsorganisation WHO (Hrsg.). (1992). *Klassifikation psychischer Krankheiten. Klinisch-diagnostische Leitlinien nach Kapitel V(F) der ICD-10* (2. erweiterte Auflage, dt. Bearbeitung: H. Dilling, W. Mombour & M. H. Schmidt). Bern: Huber.
- Widiger, T. A. & Frances, A. J. (1985). The DSM-III personality disorders. Perspectives from psychology. *Archives of General Psychiatry*, 42, 615–623.
- Widiger, T. A., Frances, A., Spitzer, R. L. & Williams, W. B. (1988). The DSM-III-R personality disorders: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 145, 786–795.

- Wiggins, J. S. (1982). Circumplex models of interpersonal behavior in clinical psychology. In P. Kendall & J. Butcher (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 183–221). New York: Wiley.
- Wong, S. E., Slama, K. M. & Liberman, R. P. (1987). Behavioral analysis and therapy for aggressive psychiatric and developmentally disabled patients. In L. H. Roth (Ed.), *Clinical treatment of the violent person* (pp. 20–53). New York: Guilford Press.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, Florida: Professional Resource Exchange.
- Zimmerman, M. & Coryell, W. H. (1989). DSM-III personality disorder diagnosis in a nonpatient sample. *Archives of General Psychiatry*, 46, 682–689.
- Zimmerman, M. & Coryell, W. H. (1990). Diagnosing personality disorders in the community. A comparison of self-report and interview measures. *Archives of General Psychiatry*, 47, 527–531.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability – a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103–126.