



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser gesamtes Programm finden Sie unter  
[www.klett-cotta.de/schattauer](http://www.klett-cotta.de/schattauer)

Berberich ■ Zaudig ■ Benecke ■ Saß ■ Zimmermann

## Persönlichkeitsstörungen – Update zu Theorie und Therapie

---

## Mit Beiträgen von

Marc Allroggen  
Cord Benecke  
Götz Berberich  
Reinhard J. Boerner  
Simon Bollmann  
Eva-Lotta Brakemeier  
Peer Briken  
Manuela Call  
Carola Cropp  
Louisa D'Errico  
Sandra Dobiosch  
Johannes C. Ehrenthal  
Jörg M. Fegert  
Kirstin Goth  
Imke Grimm  
Pia Hollerbach  
Susanne Hörz-Sagstet  
Dorothea Huber  
Michael Kaess  
Leonie Kampe  
Johannes Mander  
Philipp Martius

Robert Mestel  
Andreas Mokros  
Ansgar Osewold  
Peter Parzer  
Theo Rein  
Katharina Rek  
Franz Resch  
Eckhard Roediger  
Simone Salzer  
Henning Saß  
Klaus Schmeck  
Ulrike Schmidt  
Dieter Seifert  
Andrew E. Skodol  
Christian Stiglmayr  
Svenja Taubner  
Eva Vogel  
Jana Volkert  
Sindy Weise  
Michael Zaudig  
Peter Zill  
Johannes Zimmermann

# **Persönlichkeitsstörungen – Update zu Theorie und Therapie**

---

**Herausgegeben von**

Berberich ■ Zaudig ■ Benecke ■ Saß ■ Zimmermann

 **Schattauer**

## **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

## **Besonderer Hinweis**

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kennlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

[www.schattauer.de](http://www.schattauer.de)

© 2018 by J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart  
Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart  
unter Verwendung eines Gemäldes von

© Stevie Taylor/Bridgeman Images  
Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von

Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg  
Lektorat: Marion Drachsel

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani  
ISBN 978-3-608-43224-4

Auch als E-Book erhältlich

# Vorwort

*Persönlichkeitsstörungen – Update zu Theorie und Therapie:* Das verheißt Aktualität und etwas wirklich Neues! Das Feld der Persönlichkeitsstörungen bietet dafür allerdings in den letzten Jahren wahrlich mannigfaltige Anregungen, werden doch Diagnosekriterien und Verständniskonzepte gerade in den neu aufgelegten Klassifikationssystemen DSM-5 (und hier vor allem im Alternativen Modell der Persönlichkeitsstörungen) und ICD-11 geradezu revolutioniert. Die grundlegende Strömung hierzu deutete sich seit Jahren an und entsprach dem Desiderat der Forschung, Persönlichkeitsstörungen als dimensionale Konstrukte zu betrachten und dafür die kategoriale Sichtweise zurückzustellen. Und in Jahren intensiver Diskussionen in Taskforces und Arbeitsgruppen schien die dimensionale Diagnostik ihren Siegeszug anzutreten, um aber umso heftiger mit dem Widerstand der Verfechter kategorialer Systeme konfrontiert zu werden. Die Ergebnisse sind häufig Hybridsysteme, deren wissenschaftliche Haltbarkeit und klinische Sinnhaftigkeit erst noch erwiesen werden muss.

Diesen grundsätzlichen Wandel des Verständnisses darzustellen hat sich dieses Buch zur Aufgabe gemacht. Um ihn zu verstehen, bedarf es jedoch der geschichtlichen Fundierung, die im ersten Abschnitt dieses Buches über Ideengeschichte und Konzepte der Persönlichkeitsstörung dargelegt ist. Das Nachdenken über Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung fand in durchaus unterschiedlichen Traditionen statt, so in der Psychiatrie, in verschiedenen Schulen der Psychotherapie und schließlich der akademischen Psychologie. Ein (weiteres) Anliegen dieses Viel-Autoren-Buches besteht darin, Spezialisten aus den einzelnen Bereichen mit ihrer jeweiligen Perspektive zu Wort

kommen zu lassen und diese Sichtweisen zu sammeln.

Der Abschnitt über Diagnostik stellt angesichts der oben genannten aktuellen Entwicklungen in den Klassifikationssystemen ein zentrales und weiterhin durchaus kontroverses Feld dar. Der Fokus wird hier zudem auf die Besonderheiten im Kinder- und Jugendlichenbereich sowie im höheren Alter erweitert. Forschungsarbeiten der letzten Jahre weisen zunehmend auf Besonderheiten in verschiedenen Altersspannen hin, die es zu berücksichtigen gilt.

Der Abschnitt über ätiologische Modelle der Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen stellt die Klärungsansätze unterschiedlicher, sich zum Teil überlappender, sich zum Teil aber auch (scheinbar) widersprechender Disziplinen gegenüber. Anstatt eines integrativen, dadurch jedoch auch unscharfen und spekulativen biopsychosozialen Krankheitsmodells werden präzise und evidenzbasierte Modelle aus der Sicht des jeweiligen wissenschaftlichen Fachgebiets dargestellt.

Auch im Abschnitt Therapie finden sich die gängigen evidenzbasierten Verfahren, ebenfalls durch die altersspezifische Perspektive bereichert. Dem Leser wird allerdings sofort auffallen, dass dieses Buch der dimensionalen Sichtweise konsequent folgt: Statt einer Darstellung der Therapie einzelner Kategorien von Persönlichkeitsstörungen wird das Vorgehen aus der Sicht der jeweiligen Verfahren und in unterschiedlichen Altersklassen beschrieben, wobei entsprechend der Literaturlage die Borderline-Persönlichkeitsstörung nun doch ein besonderes Gewicht bekommt. Tatsächlich ist allerdings die Evidenz für die Therapie einzelner Störungskategorien äußerst dünn, wie im abschließenden Therapikapitel im Überblick dargelegt wird.

Auf die besondere Bedeutung der Persönlichkeitsstörungen im Gebiet der Forensik weist der letzte Abschnitt des Buches hin. Gernade im komplexen Überschneidungsbereich zwischen Psychowissenschaften und Recht ist eine umfangreiche Spezialliteratur über Störungsverständnis, Begutachtung und Implikationen für die Therapie zu berücksichtigen.

*Persönlichkeitsstörungen – Update zu Theorie und Therapie:* Durch diesen Titel werden die Autoren zu einer umfassenden Darstellung des evidenzbasierten Wissens sowie neuerer Strömungen auf dem Gebiet veranlasst. Der Leser, welcher sich in das faszinierende Thema Persönlichkeitsstörungen erst einlesen will, findet einen klar verständlichen Überblick mit kurzen Zusammenfassungen. Der Spezialist kann seinen Wissensdurst in emsig zusammengestellten Synopsen der Literatur befriedigen, etwa in dem umfassenden Kapitel über empirisch ermittelte Risiko- und Schutzfaktoren. »Wer vieles bringt, wird manchem etwas bringen.« (J. W. v. Goethe)

Um ein solches, von vielen Spezialisten getragenes Buch zum Abschluss zu bringen, müssen zahlreiche Autoren – und mindestens ebenso viele Persönlichkeiten – unter einen Hut gebracht werden, was insbesondere von Verlagsseite eine unendliche Geduld erfordert. Für diese Geduld möchten sich die

Herausgeber herzlich besonders bei Dr. Wulf Bertram und Dr. Nadja Urbani vom Schattauer Verlag bedanken, ohne deren Bereitschaft, stete Förderung und Ermutigung die Fertigstellung des Projekts nicht möglich gewesen wäre. Und schließlich gebührt unser besonderer Dank auch Marion Drachsel, die mit sorgsamer Hand, klarem Blick und ebenfalls ungeheurer Geduld den Texten den letzten Schliff gegeben hat.

Und wie es sich gehört, zum Abschluss ein Hinweis zur Genderfrage: In diesem Buch wurde bewusst auf die politisch korrekte Be rücksichtigung beider (oder auch weiterer) Geschlechter im Text zugunsten einer besseren Lesbarkeit verzichtet. Der Leser und vor allem die Leserin möchten dies den – peinlicherweise noch dazu rein männlichen – Herausgebern nachsehen. Selbstverständlich sind jeweils beide Geschlechter gemeint und eine Entwicklung der deutschen Sprache, die sowohl emanzipationsfördernd als auch stilbewahrend wirken könnte, würde uns ausgesprochen freuen.

**Windach, München, Kassel, Aachen  
und Berlin im August 2018**  
**Götz Berberich, Michael Zaudig,  
Cord Benecke, Henning Saß und  
Johannes Zimmermann**

# Herausgeber- und Autorenverzeichnis

## Herausgeber

**Prof. Dr. Cord Benecke**

Institut für Psychologie  
FB 01 Humanwissenschaften  
Universität Kassel  
Holländische Straße 36–38  
34127 Kassel  
[benecke@uni-kassel.de](mailto:benecke@uni-kassel.de)

**Dr. med. Götz Berberich**

Psychosomatische Klinik Windach  
Schützenstraße 100  
86949 Windach  
[g.berberich@klinik-windach.de](mailto:g.berberich@klinik-windach.de)

**Prof. em. Dr. Henning Saß**

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie  
und Psychosomatik  
Uniklinik Aachen  
Pauwelsstraße 30  
52074 Aachen  
[hsass@ukaachen.de](mailto:hsass@ukaachen.de)

**Prof. Dr. med. Dr. habil. Michael Zaudig**

Privatpraxis  
Briener Straße 54a  
80333 München  
[mzaudig@gmx.de](mailto:mzaudig@gmx.de)

**Prof. Dr. Johannes Zimmermann**

Institut für Psychologie  
Universität Kassel  
Holländische Straße 36–38  
34127 Kassel  
[jz@uni-kassel.de](mailto:jz@uni-kassel.de)

## Autoren

**Dr. med. Marc Allroggen**

Universitätsklinikum Ulm  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie  
89075 Ulm  
[marc.allroggen@uniklinik-ulm.de](mailto:marc.allroggen@uniklinik-ulm.de)

**Prof. Dr. Cord Benecke**

Institut für Psychologie  
FB 01 Humanwissenschaften  
Universität Kassel  
Holländische Straße 36–38  
34127 Kassel  
[benecke@uni-kassel.de](mailto:benecke@uni-kassel.de)

**Dr. med. Götz Berberich**

Psychosomatische Klinik Windach  
Schützenstraße 100  
86949 Windach  
[g.berberich@klinik-windach.de](mailto:g.berberich@klinik-windach.de)

**Univ.-Prof. Dr. med. Dr. scient. pth.**

**Dipl.-Psych. Reinhard J. Boerner**  
Sigmund Freud PrivatUniversität Wien &  
Berlin  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Christliches Krankenhaus Quakenbrück  
GmbH  
Goethestraße 10  
49610 Quakenbrück  
[r.boerner@ckq-gmbh.de](mailto:r.boerner@ckq-gmbh.de)

**Dipl.-Psych. Simon Bollmann**

Fachbereich Psychologie  
Philipps-Universität Marburg  
Gutenbergstraße 18  
35032 Marburg  
[simon.bollmann@uni-marburg.de](mailto:simon.bollmann@uni-marburg.de)

**Prof. Dr. phil. Eva-Lotta Brakemeier**  
Fachbereich Psychologie  
Philipps-Universität Marburg  
Gutenbergstraße 18  
35032 Marburg  
eva-lotta.brakemeier@uni-marburg.de

**Prof. Dr. Peer Briken**  
Institut für Sexualforschung und Forensische  
Psychiatrie  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg  
briken@uke.uni-hamburg.de

**Mag. rer. nat. Manuela Call**  
ZPP Zentrum für Psychologische  
Psychotherapie  
Universität Heidelberg  
Bergheimer Straße 58a  
69115 Heidelberg  
manuela.call@zpp.uni-hd.de

**Dipl.-Psych. Carola Cropp**  
Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters  
37124 Rosdorf  
c.cropp@asklepios.com

**Dipl.-Psych. Louisa D'Errico**  
ZPP Zentrum für Psychologische  
Psychotherapie  
Universität Heidelberg  
Bergheimer Straße 58a  
69115 Heidelberg  
louisa.derrico@zpp.uni-hd.de

**Sandra Dobiosch**  
s\_dobiosch@web.de

**Dr. phil. Dipl.-Psych. Johannes C. Ehrenthal**  
Institut für Medizinische Psychologie  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Bergheimer Straße 20  
69115 Heidelberg  
johannes.ehrenthal@med.uni-heidelberg.de

**Prof. Dr. Joerg M. Fegert**  
Universitätsklinikum Ulm  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie  
89075 Ulm  
Joerg.Fegert@uniklinik-ulm.de

**Dr. phil. nat. Dipl.-Psych. Kirstin Goth**  
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel  
Kinder- und Jugendpsychiatrische  
Forschungsabteilung  
Schanzenstrasse 13  
4056 Basel  
SCHWEIZ  
Kirstin.Goth@upkbs.ch

**M. A. Imke Grimm**  
International Psychoanalytic University IPU  
Berlin  
Stromstraße 3b  
10555 Berlin  
imke.grimm@ipu-berlin.de

**Prof. Dr. Dipl.-Psych. Susanne Hörz-Sagstetter**  
Psychologische Hochschule Berlin  
Am Köllnischen Park 2  
10179 Berlin  
s.hoerz@psychologische-hochschule.de

**Pia Hollerbach**  
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
Klinik für Forensische Psychiatrie  
Lenggstrasse 31  
Postfach 1931  
8032 Zürich  
SCHWEIZ  
pia.hollerbach@puk.zh.ch

**Prof. Dr. med. Dr. phil. Dorothea Huber**  
 International Psychoanalytic University IPU  
 Berlin  
 Stromstraße 3b  
 10555 Berlin  
 dorothea.huber@ipu-berlin.de

**Prof. Dr. med. Michael Kaess**  
 Universitätsklinik für Kinder- und  
 Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
 Universitäre Psychiatrische Dienste Bern  
 Bolligenstrasse 111  
 Stöckli, 3000 Bern 60  
 SCHWEIZ  
 michael.kaess@upd.ch  
 und  
 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
 Universitätsklinikum Heidelberg  
 Zentrum für Psychosoziale Medizin  
 Blumenstraße 8  
 69115 Heidelberg  
 Michael.Kaess@med.uni-heidelberg.de

**M. Sc. Psych. Leonie Kampe**  
 Psychologische Hochschule Berlin  
 Am Köllnischen Park 2  
 10179 Berlin  
 l.kampe@psychologische-hochschule.de

**PD Dr. Johannes Mander**  
 ZPP Zentrum für Psychologische  
 Psychotherapie  
 Psychologisches Institut  
 Universität Heidelberg  
 Bergheimer Straße 58a  
 69115 Heidelberg  
 johannes.mander@zpp.uni-hd.de

**Prof. Dr. med. Philipp Martius**  
 Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften  
 Hochschule München  
 Am Stadtpark 20  
 81243 München  
 martius@hm.edu

**Dr. biol. hum. Robert Mestel**  
 Helios Kliniken Bad Grönenbach  
 Sebastian-Kneipp-Allee 3–5  
 87730 Bad Grönenbach  
 robert.mestel@helios-gesundheit.de

**Prof. Dr. phil. habil. Andreas Mokros**  
 FernUniversität in Hagen  
 Lehrstuhl für Persönlichkeitspsychologie,  
 Diagnostik und Beratung  
 Institut für Psychologie  
 Universitätsstraße 33  
 58084 Hagen  
 andreas.mokros@fernuni-hagen.de

**Ansgar Osewold**  
 Alexianer Christophorus Klinik Münster  
 Alexianerweg 60  
 48163 Münster  
 A.Osewold@alexianer.de

**Dipl.-Psych. Peter Parzer**  
 Uniklinik Heidelberg für Kinder- und  
 Jugendpsychiatrie  
 Blumenstraße 8  
 69115 Heidelberg  
 peter.parzer@med.uni-heidelberg.de

**Dr. Theo Rein**  
 Max-Planck-Institut für Psychiatrie  
 Kraepelinstraße 2–10  
 80804 München  
 theorein@psych.mpg.de

**M. Sc. Katharina Rek**  
 Max-Planck-Institut für Psychiatrie  
 Max-Planck-Tagklinik für Psychiatrie und  
 Psychotherapie  
 Schleißheimer Straße 267  
 80809 München  
 katharina\_rek@psych.mpg.de

**Prof. Dr. med. univ. Franz Resch**

Uniklinik Heidelberg für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Blumenstraße 8  
69115 Heidelberg  
Franz.Resch@med.uni-heidelberg.de

**Dr. med. Eckhard Roediger**

Frauenlobstraße 64  
60487 Frankfurt am Main  
kontakt@eroediger.de

**Prof. Dr. rer. nat. Simone Salzer**

International Psychoanalytic University IPU  
Berlin  
Stromstrasse 1  
10555 Berlin  
und  
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen  
Von-Siebold-Straße 5  
37075 Göttingen  
simone.salzer@ipu-berlin.de

**Prof. em. Dr. Henning Saß**

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
Uniklinik Aachen  
Pauwelsstraße 30  
52074 Aachen  
hsass@ukaachen.de

**Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Klaus Schmeck**

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel  
Kinder- und Jugendpsychiatrische Forschungsabteilung  
Schanzenstrasse 13  
4056 Basel  
SCHWEIZ  
Klaus.Schmeck@upkbs.ch

**Dr. med. Ulrike Schmidt**

Universitätsmedizin Göttingen  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Trauma-Ambulanz & FG Stressmodulation der Neurodegeneration  
Von-Siebold-Straße 5  
37075 Göttingen  
ulrike.schmidt@med.uni-goettingen.de

**Prof. Dr. Dieter Seifert**

Alexianer Christophorus Klinik Münster  
Alexianerweg 60  
48163 Münster  
D.Seifert@alexianer.de

**Andrew E. Skodol, MD**

University of Arizona  
College of Medicine, Department of Psychiatry  
1501 N. Campbell Ave  
Tucson, Arizona 85721  
USA  
askodol@gmail.com

**PD Dr. Dipl.-Psych. Christian Stiglmayr**

Arbeitsgemeinschaft für Wissenschaftliche Psychotherapie  
AWP Berlin  
Tempelhofer Damm 227  
12099 Berlin  
christian.stiglmayr@awp-berlin.de

**Prof. Dr. phil. Svenja Taubner**

Direktorin des Instituts für Psychosoziale Prävention Zentrum für Psychosoziale Medizin Universitätsklinikum Heidelberg Bergheimer Straße 54 69115 Heidelberg svenja.taubner@med.uni-heidelberg.de

**Dr. Eva Vogel**

ZPP Zentrum für Psychologische  
Psychotherapie  
Psychologisches Institut  
Universität Heidelberg  
Bergheimer Straße 58a  
69115 Heidelberg  
[eva.vogel@zpp.uni-hd.de](mailto:eva.vogel@zpp.uni-hd.de)

**Dr. phil. Jana Volkert, Dipl.-Psych., B.A. (Hons)**

Instituts für Psychosoziale Prävention  
Zentrum für Psychosoziale Medizin  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Bergheimerstraße 54  
69115 Heidelberg  
[jana.volpert@med.uni-heidelberg.de](mailto:jana.volpert@med.uni-heidelberg.de)

**M. Sc. Psych. Sindy Weise**

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Zentrum für Psychosoziale Medizin  
Blumenstraße 8  
69115 Heidelberg  
[Sindy.Weise@med.uni-heidelberg.de](mailto:Sindy.Weise@med.uni-heidelberg.de)

**Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Michael Zaudig**

Privatpraxis  
Briener Straße 54a  
80333 München  
[mzaudig@gmx.de](mailto:mzaudig@gmx.de)

**PD Dr. rer. nat. Peter Zill**

Psychiatrische Klinik der Ludwig-  
Maximilian-Universität  
Labor für Molekulare Neurobiologie,  
AG Epigenetik  
Nussbaumstraße 7  
80336 München  
[Peter.Zill@med.uni-muenchen.de](mailto:Peter.Zill@med.uni-muenchen.de)

**Prof. Dr. Johannes Zimmermann**

Institut für Psychologie  
Universität Kassel  
Holländische Straße 36–38  
34127 Kassel  
[jz@uni-kassel.de](mailto:jz@uni-kassel.de)

# Inhalt

## I. Ideengeschichte und Konzepte von Persönlichkeitsstörungen

- 1 Konzepte von Persönlichkeitsstörungen in der Psychiatrie ... 3  
*Henning Saß*
- 2 Ideengeschichte und Konzepte in Psychoanalyse, Kognitiver Verhaltenstherapie und Persönlichkeitspsychologie ... 16  
*Götz Berberich*
- 3 Konzepte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ..... 28  
*Franz Resch, Peter Parzer und Michael Kaess*
- 4 Der Übergang zu einem dimensionalen Modell: das alternative DSM-5-Modell ... 42  
*Andrew E. Skodol und Johannes Zimmermann*

## II. Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen

- 5 Kategoriale Diagnostik nach ICD-10 und DSM-5 ..... 55  
*Michael Zaudig*
- 6 Diagnostische Verfahren im Erwachsenenbereich ..... 71  
*Robert Mestel*
- 7 Diagnostische Verfahren im Kinder- und Jugendbereich ..... 83  
*Klaus Schmeck und Kirstin Goth*

- 8 Diagnostische Besonderheiten im Alter – eine Herausforderung ..... 96  
*Imke Grimm und Dorothea Huber*

- 9 Psychodynamische Diagnostik der Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen ..... 107  
*Susanne Hörz-Sagstetter und Leonie Kampe*

- 10 Diagnostische Verfahren zum alternativen DSM-5-Modell ..... 120  
*Katharina Rek und Johannes Zimmermann*

## III. Ätiologische Modelle von Persönlichkeitsstörungen

- 11 Neurobiologie ..... 135  
*Ulrike Schmidt und Theo Rein*
- 12 Epigenetische Mechanismen ... 159  
*Peter Zill*
- 13 Empirisch ermittelte Risiko- und Schutzfaktoren ..... 171  
*Sandra Dobiosch und Cord Benecke*
- 14 Temperament ..... 197  
*Reinhard J. Boerner*
- 15 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung aus Sicht der Bindungs- und Mentalisierungstheorie ..... 212  
*Svenja Taubner und Jana Volkert*
- 16 Psychoanalytische Modelle .... 225  
*Cord Benecke und Johannes C. Ehrenthal*

<b>17</b>	<b>Verhaltenstherapeutische Modelle .....</b>	<b>240</b>	<b>26</b>	<b>Kognitiv-behaviorale Therapien von (Borderline-) Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter .....</b>	<b>377</b>
	<i>Louisa D'Errico, Manuela Call, Eva Vogel und Johannes Mander</i>			<i>Sindy Weise und Michael Kaess</i>	
<b>18</b>	<b>Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen im Alter .....</b>	<b>254</b>	<b>27</b>	<b>Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen bei älteren Patienten .....</b>	<b>390</b>
	<i>Simon Bollmann, Cord Benecke und Eva-Lotta Brakemeier</i>			<i>Imke Grimm und Dorothea Huber</i>	
<hr/>					
<b>IV. Therapie der Persönlichkeitsstörungen</b>					
<b>19</b>	<b>Psychoanalytisch fundierte Verfahren .....</b>	<b>275</b>	<b>28</b>	<b>Kategorien, Verfahren, Programme – Evidenzbasierte Therapie im Überblick .....</b>	<b>400</b>
	<i>Philipp Martius</i>			<i>Götz Berberich</i>	
<b>20</b>	<b>Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen .....</b>	<b>288</b>	<b>29</b>	<b>Forensische Begutachtung .....</b>	<b>415</b>
	<i>Manuela Call, Louisa D'Errico, Eva Vogel und Johannes Mander</i>			<i>Henning Sajß</i>	
<b>21</b>	<b>Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung .....</b>	<b>303</b>	<b>30</b>	<b>Psychopathie .....</b>	<b>430</b>
	<i>Christian Stiglmayr</i>			<i>Pia Hollerbach und Andreas Mokros</i>	
<b>22</b>	<b>Strukturbbezogene Psychotherapie .....</b>	<b>323</b>	<b>31</b>	<b>Sexuelle Devianz .....</b>	<b>440</b>
	<i>Johannes C. Ehrenthal</i>			<i>Peer Briken</i>	
<b>23</b>	<b>Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) von Borderline-Persönlichkeitsstörungen .....</b>	<b>337</b>	<b>32</b>	<b>Therapie im Maßregelvollzug ..</b>	<b>454</b>
	<i>Svenja Taubner</i>			<i>Dieter Seifert und Ansgar Osewold</i>	
<b>24</b>	<b>Die Schematherapie .....</b>	<b>350</b>	<b>33</b>	<b>Forensische Aspekte im Jugendalter .....</b>	<b>468</b>
	<i>Eckhard Roediger</i>			<i>Marc Allroggen und Jörg M. Fegert</i>	
<b>25</b>	<b>Psychodynamische Therapien im Kindes- und Jugendalter .....</b>	<b>365</b>		<b>Sachverzeichnis .....</b>	<b>477</b>
	<i>Carola Cropp und Simone Salzer</i>				

# I. Ideengeschichte und Konzepte von Persönlichkeitsstörungen

---

# 1 Konzepte von Persönlichkeitsstörungen in der Psychiatrie

Henning Saß

## Zusammenfassung

»Persönlichkeitsstörungen«, so lautet heute der neutrale Oberbegriff für frühere Bezeichnungen wie abnorme Persönlichkeiten, Psychopathien oder Charakterneurosen. Die Aufnahme dieser breit ausgestalteten Gruppe in das nordamerikanische DSM-III stellte auch eine Konzession an die große Gemeinde psychoanalytischer Psychiater dar und sollte den umkämpften Verzicht auf das Neurosekonzept kompensieren. In die aktuellen Auffassungen über Persönlichkeitsstörungen fließen ideengeschichtliche Vorläufer der französischen und später der angloamerikanischen sowie der deutschsprachigen Psychiatrie ein. Stets gab es problematische Tendenzen zu sozial abwertenden und pejorativen Sehweisen dieses Bereiches, etwa durch Verquickungen mit der Degenerationslehre und sozialdarwinistische Verirrungen. Erst die operationalisierte Diagnostik brachte eine Objektivierung und ermöglichte eine präzisere wissenschaftliche Bearbeitung dieses wichtigen Übergangsfeldes zwischen einem gedachten Normalbereich psychischer Funktionen und den psychiatrischen Erkrankungen im engeren Sinne. Dies wird paradigmatisch an der Entwicklung der Borderline-Konzepte in der Psychiatrie gezeigt.

## 1.1 Einleitung

Psychische Störungen unterliegen in Entstehung und Verlauf einem komplexen Bedingungsgefüge, das bestimmt wird durch eine vielschichtige Interaktion von genetischen und epigenetischen Faktoren, Lernvorgängen, biografisch gewachsenen Beständen, Haltungen und Einstellungen sowie schließlich der großen Fülle von situativen Einflüssen. Dies gilt in besonderem Maße für die Persönlichkeitsstörungen, die sich konzeptionell, nosologisch und diagnostisch in vielfachen Übergangsreihen bewegen. Schon diese Heterogenität kann das Gebiet als Forschungsgegenstand in den Augen vieler Wissenschaftler diskreditieren. Darüber hinaus sind die verschiedenen Formen abweichender Persönlichkeiten – stärker noch als die anderen Arten psychischer Störungen – anfällig für anthropologi-

sche und sozialpsychologische Missverständnisse sowie Stigmatisierungen.

Inzwischen sind die Persönlichkeitsstörungen arriviert und in Wissenschaft wie Praxis ganz in den Vordergrund der psychiatrisch-psychologisch-psychotherapeutischen Bemühungen gerückt. Insbesondere die Einführung der operationalen Diagnostik mit einer gesonderten Persönlichkeitsachse durch das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) III (APA, 1980; deutsch von Koehler und Saß, 1986) beflogelte die Forschungs- und Publikationstätigkeit in der ganzen Welt bis hin zur Gründung spezieller Zeitschriften und wissenschaftlicher Gesellschaften für das Gebiet der Persönlichkeitsstörungen. Heute ist die Flut der theoretischen Konzeptionen und therapeutischen Ansätze nahezu unübersehbar geworden, sodass eine stringente Gliederung nur schwer möglich ist.

Auch die nachfolgende Darstellung enthält Unschärpen, die in der heterogenen Natur des Gegenstandes begründet sind und sich derzeit weder durch empirisch destillierbare Ordnungskriterien noch durch konzeptionelle und definitorische Setzungen vermeiden lassen.

reiche erhebliche subjektive Beschwerden und/ oder nachhaltige Beeinträchtigungen der sozialen Anpassung entstehen (Saß, 1987).

## 1.2 Zum Begriff der Persönlichkeitsstörung

Der Terminus »Persönlichkeit« gehört zu den schillerndsten Worten unserer Sprache überhaupt (vgl. Saß, 1987). Zum einen meint er einen Wertbegriff in ethisch-pädagogischer Hinsicht, etwa wenn es heißt, jemand habe Persönlichkeit oder sei ein Mensch von Charakter. Auch ist zwar jeder Mensch eine Person, aber nicht jeder eine Persönlichkeit, denn diese ist gekennzeichnet durch bewussten, angestrengten Denk- und Willenseinsatz, so Binder (1964). In das Bedeutungsfeld von Persönlichkeit gehören die Begriffe Temperament und Charakter, wobei sich Temperament eher auf die vitalen Grundeigenschaften von Antrieb und Emotionalität bezieht, während Charakter die langfristigen Einstellungen und Reaktionstendenzen umfasst.

In Psychiatrie und Psychologie gibt es unterschiedliche konzeptionelle Zugangswege zur Ordnung und Beschreibung des Feldes. Das psychiatrische Denken ist darauf gerichtet, die Persönlichkeitsstörungen nach nosologischen, typologischen und charakterologischen Gesichtspunkten einzuteilen (vgl. Saß, 1986). Die einzelnen Persönlichkeitsstörungen sollen als differente Einheiten voneinander, aber auch vom Normalen abgegrenzt werden. Diese Perspektive folgt also weitgehend dem in der Psychiatrie geläufigen kategorialen Vorgehen.

Tiefen- und entwicklungspsychologische Ansätze wie die psychoanalytische Persönlichkeitstheorie von Freud und seinen Schülern vermeiden dagegen eine strikte Klassifizierung und gehen davon aus, dass für jeden einzelnen Patienten ein spezifisches Störungsmuster erkennbar wird, wenn die lebensgeschichtlich bedeutsamen Ereignisse und Einflüsse auf die Ich-Entwicklung nachvollzogen werden (► Kap. 2). Daraus wurden interpersonelle und soziodynamische Ansätze in der klinischen Psychologie weiterentwickelt, die den zwischenmenschlich-interaktiven Anteil an der Persönlichkeitsentwicklung und damit gegebenenfalls auch an der Ausbildung von Persönlichkeitsstörungen stärker betonen (vgl. Fiedler und Herpertz, 2016), ferner die biosozialen Lerntheorien, die von biologischen, von intrapsychischen und auch von umgebungsspezifischen sozialen Einflüssen auf die PersönlichkeitSENTWICKLUNG ausgehen (Millon, 1969). Hier wie auch in der differenziellen Persönlichkeitspsychologie wird ein dimensionaler Ansatz bevorzugt (► Kap. 4).

### Definition

Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Sprachgebrauch definieren wir **Persönlichkeit** zunächst als die Summe aller psychischen Eigenschaften und Verhaltensbereitschaften, die dem Einzelnen seine eigentümliche, unverwechselbare Individualität verleihen, enthalten in Aspekten des Wahrnehmens, Denkens, Fühlens, Wollens und der Beziehungsgestaltung.

Eine **Persönlichkeitsstörung** dagegen liegt dann vor, wenn durch Ausprägungsgrad und/ oder die besondere Konstellation von psychopathologisch relevanten Merkmalen dieser Be-

### 1.3 Zur Geschichte der Konzepte von Persönlichkeitsstörungen in der Psychiatrie

Am Beginn der wissenschaftlichen Beschäftigung mit abnormen Persönlichkeiten stand Pinels Konzept einer »*Manie sans délire*« (1809), mit der erstmals ein Bereich gestörter Persönlichkeit als nosologische Einheit umgrenzt wurde. Entscheidendes Merkmal war eine Beeinträchtigung der affektiven Funktionen bei ungestörten Verstandeskräften. Eines seiner Fallbeispiele zeigte deutliche emotionale Instabilität und dissoziale Tendenzen, also zwei bis heute für dieses Gebiet zentrale Merkmale. Ätiologisch erwog Pinel eine mangelhafte Erziehung oder eine perverse, zügellose Veranlagung, womit schon damals die bis heute aktuelle Streitfrage um eine mehr endogene oder eher biografisch entstandene Verursachung aufgeworfen war. Auch in Esquirols Beschreibungen der Monomanien (1838) finden sich viele Auffälligkeiten, die heute zum Gebiet der Persönlichkeitsstörungen gerechnet werden, insbesondere Veränderungen des Willens und der Gefühle bei unbeeinträchtigter Intelligenz. Allerdings wurde das Konzept insofern überdehnt, als ganz umschriebene Verhaltensstörungen als »Krankheitsbild« aufgefasst wurden, etwa die Pyromanie, die Kleptomanie, die Erotomanie oder die Mordmonomanie. Hieraus sind forensisch bedeutsame Missverständnisse entstanden, die sich zum Teil bis in die heutigen Klassifikationssysteme fortgesetzt haben.

Besonders folgenreich war Morels Lehre von den Degenerationen (1857), die krankhafte Abweichungen vom normalen Bild des Menschen darstellten, entstanden durch schädliche Umgebungseinflüsse und durch weitergegebene Vererbung mit zunehmendem Schweregrad der Störung von Generation zu Generation bis zum Aussterben. Magnan hat

die Konzeption einer gesetzmäßigen Abfolge bestimmter Krankheitsbilder hinzugefügt, wobei für den Zusammenhang der abnormen Persönlichkeiten vor allem die »*Dégénérés supérieurs*« von Bedeutung sind (Magnan und Legrain, 1895). Wie bei den genannten Vorgängerkonzepten waren auch sie durch affektive Besonderheiten bei ungestörter Intelligenz charakterisiert. Ätiologisch postulierte Magnan eine Disharmonie im Zusammenspiel der zerebrospinalen Zentren, wodurch das psychische Equilibrium der Degenerierten gestört und eine besondere Empfindlichkeit verursacht werde. Vorstellungen einer im Nervensystem fundierten Dysbalance und Fragilität tauchten von da an im Denken über abnorme Persönlichkeiten immer wieder auf und führten in der »*Doctrine des Constitutions*« von Dupré (1925) zum Konzept einer »*Déséquilibration mentale*« i. S. einer hereditär verankerten psychopathischen Degeneration. Gemeinsam mit sozialdarwinistischem Gedankengut entstanden daraus in Deutschland im Gefolge des Ersten Weltkrieges folgenschwere konzeptuelle und ethische Verirrungen, z. B. mit der Schrift »*Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens*« des Juristen Binding und des Psychiaters Hoche (1920).

Im angloamerikanischen Sprach- und Kulturräum beschrieb der Amerikaner Benjamin Rush (1812) Fälle, die bei unbeeinträchtigtem Intellekt antisoziales/dissoziales Verhalten zeigten, als »*moral alienation of the mind*«. Ähnlich einflussreich wurde in England das Konzept »*moral insanity*« von Prichard (1835). Aus der zunehmenden Konzentration auf Individuen, die durch amoralisches, gesellschaftsschädigendes Verhalten und Delinquenz auffielen, ergab sich die Frage der Verantwortlichkeit dieser Personen. Dabei kollidierte die Integration der »*moral insanity*« in die psychiatrische Nosologie mit rechtlichen Ordnungsvorstellungen. 1939 ist

Hendersons Begriff des unangepassten bzw. aggressiven Psychopathen in die angelsächsischen Konzepte einer vorwiegend durch antisoziale Züge bestimmten Persönlichkeitsstörung eingegangen. Großen Einfluss auf die amerikanische Psychopathiekonzeption und die empirische Forschung über Psychopathie gewann schließlich Cleckleys Monografie »The Mask of Sanity« (1976 [1941]). Auch er begrenzte seine Definition des Psychopathen, die wegweisend für die heute wichtige Psychopathiekonzeption von Hare (1970, 1991) wurde, auf Personen mit antisozialem Verhalten, das keine adäquate Motivation erkennen lässt und nicht durch eine Psychose, Neurose oder geistige Behinderung bedingt ist.

In Deutschland diente der Ausdruck »Psychopathie« zunächst als unspezifischer Oberbegriff für alle psychischen Abnormitäten. Koch benutzte erstmals die Bezeichnung »Psychopathische Minderwertigkeiten« für ein »psychisches Zwischengebiet« und bereitete mit seiner gleichnamigen Monografie (1891/1893) die trotz aller Kritik immer noch gültigen Konzepte im Sinne einer Typologie vor, wobei der Ausdruck »Minderwertigkeit« ganz im Zusammenhang mit den aus Frankreich stammenden Degenerationslehren zu sehen ist und eher organpathologisch als soziologisch wertend gemeint war. Koch unterschied angeborene von erworbenen psychopathischen Verfassungen; dabei fielen die meisten der späteren Psychopathentypen in die Gruppe der Personen mit angeborener psychischer Belastung.

Kraepelin entwickelte in den verschiedenen Folgen seines Lehrbuchs »Psychiatrie« ab 1883 das Konzept der psychopathischen Zustände allmählich im Sinne des heutigen Verständnisses von abnormen Persönlichkeiten. Der Begriff der »psychopathischen Persönlichkeit« erschien zum ersten Mal in der siebten Auflage dieses Lehrbuchs (1903/1904), wo er vor allem unter dem Gesichtspunkt der

Dissozialität stand. Auch anhaltende Zustände gestörter Stimmung und konstitutioneller Unruhe fielen dort noch in den Bereich psychopathischer Persönlichkeiten und gelangten erst in der achten Auflage (1909) als Dispositionen für Depression, Manie, Erregtheit und Zykllothymie in das Kapitel über die manisch-depressive Erkrankung. Später folgten konstitutionstypologische Entwürfe von Kretschmer (1961 [1921]) und systematische Typenlehren, so z.B. von den Schichttheoretikern Kahn (1928), Schultz (1928) und Homberger (1929), oder Reaktionstypologien von Kretschmer (1961 [1921]) und Ewald (1924).

Mit Kurt Schneiders klassischer Monografie »Die psychopathischen Persönlichkeiten« (1950 [1923]) verloren die systematischen Typologien an Bedeutung; vielmehr ging es ihm um eine deskriptiv-symptomatologische Beschreibung ohne soziologische Wertung. Kurt Schneider definiert als abnorme Persönlichkeiten die Variationen oder Abweichungen von einer uns vorschwebenden, aber nicht näher bestimmten Durchschnittsbreite und hebt sodann die psychopathischen Persönlichkeiten als solche heraus, unter deren Abnormalität die Betroffenen selbst oder die Gesellschaft leiden. Im Einzelnen unterscheidet Kurt Schneider zehn Typen psychopathischer Persönlichkeiten: die Hyperthymischen, die Depressiven, die Selbstunsichereren (mit den Unterformen der Ängstlichen und Zwanghaften), die Fanatischen, die Geltungsbedürftigen, die Stimmungslabilen, die Explosiblen, die Gemütlosen, die Willenlosen und die Asthenischen. Seine Lehre hat die Klassifizierung der Persönlichkeitsstörungen bis in die Gegenwart entscheidend beeinflusst.

## 1.4 Die Sonderentwicklung »Borderline«

Für das neuere Verständnis von Persönlichkeitsstörungen nimmt der Borderline-Bereich eine paradigmatische Stellung ein. Als »Grenzgebiet oder Niemandsland« (Saß und Koehler, 1983) lässt es in exemplarischer Weise den Weg aus konzeptionell ganz heterogenen, zumeist vagen und wenig trennscharfen historischen Vorläufern in die relative Klarheit der gegenwärtigen Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen erkennen.

In allgemeinerer Form war zuerst von Hughes (1884) von einem »Borderland« psychischer Behinderung gesprochen worden. Als dezidiert nosologischer Begriff wurde »Borderline« erstmals 1938 von dem Psychoanalytiker Stern für Patienten verwandt, die sowohl psychotische als auch neurotische Merkmale aufwiesen.

In der wechselvollen Entwicklung bis zur heutigen Borderline-Persönlichkeitsstörung heben sich vier Linien hervor, die teils auf den Fortschritt empirischer Untersuchungen, teils auf allgemeine Perspektivenänderungen in der psychiatrischen Nosologie und Klassifikation zurückgingen (vgl. Herpertz und Saß, 1999):

1. Die erste Entwicklungsreihe kennzeichnet die Borderline-Störung als **subschizophrene Störung**. Bereits Kraepelin (1903/1904, 1909) beschrieb einen Zwischenbereich zwischen krankhaften seelischen Zuständen und persönlichen Eigentümlichkeiten und stellte das Grenzgebiet einer kleinen Gruppe auffälliger Persönlichkeiten heraus, die er als unentwickelte Fälle, »*formes frustes*«, der Dementia simplex betrachtete. Analog umfasste Bleulers diagnostische Kategorie einer latenten Schizophrenie Fälle von sonderlingshaften, merkwürdigen, exzentrischen Menschen (Bleuler, 1911). Ähnliche Auffassungen ei-
2. Die zweite Entwicklungsreihe kennzeichnet die Borderline-Störung als **emotional instabile und »subaffektive« Störung** im Grenzgebiet zu den affektiven Erkrankungen. Grundzüge hierfür waren klassische Beschreibungen von Menschen mit labilen, rasch und unvermittelt wechselnden Stimmungslagen sowie leichter Erregbarkeit. »Konstitutionelle Verstimmungen« beschrieb Kraepelin ab der fünften Auflage seines Lehrbuches »Psychiatrie« (1896) innerhalb der »psychopathischen Zustände« als Verdünnungsformen der manisch-de-

nes Übergangsbereiches zwischen abnormalen Persönlichkeiten und Schizophrenien finden sich danach in zahlreichen klinischen Schilderungen (vgl. Saß und Koehler, 1983). Besonders folgenreich wurde das Konzept der pseudoneurotischen Schizophrenie von Hoch und Polatin (1949), das als untypische Form der Schizophrenie gedacht war und multiple neurotische Symptome einer »Panneurosis«, »Panxiety« oder »Pansexuality« enthielt, vor allem auch mikropsychotische Episoden mit vorübergehenden Depersonalisations- und Derealisationserscheinungen, Beziehungs-ideen und hypochondrischen Befürchtungen. Diese vielschichtige Symptomatologie ging in die psychoanalytischen Konzepte des Borderline-Syndroms ein. Die Auffassungen eines Borderline-Syndroms im Übergangsbereich zu den Schizophrenien sind Vorläufer des heutigen DSM-III-/DSM-IV-/DSM-5-Konzeptes der Schizotypischen Persönlichkeitsstörung. In der ICD-10 wird sie als schizotype Störung bezeichnet, die allerdings bei der WHO als Unterform der schizophrenen Erkrankungen zählt, da Familienuntersuchungen und biologische Befunde auf eine enge genetische Verwandtschaft innerhalb eines schizophrenen Spektrums verweisen (Kandler et al., 1984; Kenneth et al., 1995).

2. Die zweite Entwicklungsreihe kennzeichnet die Borderline-Störung als **emotional instabile und »subaffektive« Störung** im Grenzgebiet zu den affektiven Erkrankungen. Grundzüge hierfür waren klassische Beschreibungen von Menschen mit labilen, rasch und unvermittelt wechselnden Stimmungslagen sowie leichter Erregbarkeit. »Konstitutionelle Verstimmungen« beschrieb Kraepelin ab der fünften Auflage seines Lehrbuches »Psychiatrie« (1896) innerhalb der »psychopathischen Zustände« als Verdünnungsformen der manisch-de-

pressiven Erkrankung, womit sowohl andauernd trübe als auch wechselhaft erregte Verfassungen gemeint waren, die zu Unstetigkeit und Rastlosigkeit im Lebenswandel führen, ähnlich der affektiven Instabilität der heutigen Borderline-Störung. Kurt Schneider (1950 [1923]) beschrieb solche Persönlichkeitszuspitzungen in seinen Typen des stimmungslabilen und explosiven Psychopathen, charakterisiert durch unberechenbar auftretende moros-depressive Stimmungsauslenkungen als Reaktion auf minimale Reize und eine triebhafte Sucht nach Veränderung und Neuem. Von hier aus bestehen Beziehungen zu den heutigen Konzepten der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung von ICD-10 bzw. der Borderline-Persönlichkeitsstörung von DSM-IV und DSM-5. Allerdings handelt es sich bei den affektiven Besonderheiten im Rahmen der Borderline-Persönlichkeitsstörung weniger um langwellige, autonome Auslenkungen der Stimmung wie bei den affektiven Störungen, sondern vielmehr um ein verstärktes emotionales Reagieren auf Reize (Cowdry et al., 1991). Diese ausgeprägte Reaktivität der Stimmung wurde inzwischen als Kriterium in den DSM-IV-/DSM-5-Merkmalskatalog der Borderline-Persönlichkeitsstörung aufgenommen.

3. Die dritte Entwicklungslinie betrifft die Auffassung der Borderline-Persönlichkeitsstörung als **Impulskontrollstörung**, die sich in verschiedenen Formen autodestruktiver Impulshandlungen äußert und als zentrales Merkmal der Borderline-Persönlichkeitsstörung diskutiert wird (Clarkin et al., 1993; Herpertz und Saß, 1997). Das Konzept der Impulskontrollstörung geht auf die alten Krankheitskonzepte der Willensstörung zurück, bei denen dem subjektiven Erleben eines freiheitseinschränkenden Dranges eine zentrale Bedeutung zukommt (vgl. Berrios und Gili,

1995; Scharfetter, 1976). Vorläufer waren die »*fureur sans délire*« des Schweizer Psychiaters Matthey (1816) sowie die Monomanie-Lehren von Esquirol (1838), die bei Kraepelin zum Konzept des »impulsiven Irreseins« führten. Derartiges Verhalten lässt sich zum einen als Funktion einer Impulskontrollstörung, andererseits aber auch als Ausdruck eines erhöhten impulsiven Antriebes auffassen (Herpertz und Saß, 1997). Empirische Daten zeigen, dass sich impulsive Verhaltensweisen bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht auf einzelne Ereignisse beschränken, sondern als krisenhafte Zuspitzungen einer überdauernden impulsiven Verhaltensbereitschaft angesehen werden können (Herpertz et al., 1997).

4. Eine vierte, gegenwärtig stark beachtete Entwicklungslinie kennzeichnet die Borderline-Persönlichkeitsstörung als **Posttraumatische Belastungsstörung**, wie sie im DSM-III erstmals aufgrund von Beobachtungen an Veteranen des Vietnamkrieges formuliert worden war (APA, 1980). Bis zu einem Drittel aller Patienten, welche die Borderline-Kriterien nach DSM-III erfüllten, zeigten auch die Merkmale einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Coryll und Zimmerman, 1989). Auf der Kriterienebene weisen die Instabilität des Selbstbildes und die dissoziativen Erlebnisweisen einen deutlichen Bezug zu psychopathologischen Folgen von gravierenden traumatischen Ereignissen auf. Zunehmend wird das klinische Erscheinungsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung, zumindest partiell, als Folge kindlicher traumatischer Erfahrungen angesehen. Auch wurde nachgewiesen, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung zur Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung bzw. Traumafolgestörung disponiert, wenn Stressoren auftreten, die für andere Individuen

noch unterschwellig sind und asymptatisch bewältigt werden können (Gunderson und Sabo, 1993; Sack et al., 2013). Allerdings findet sich eine Häufung von Traumata ebenso bei anderen psychiatrischen Erkrankungen (Zanarini et al., 1997); auch begegnet man Patienten, welche die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeit erfüllen, aber nicht über gravierende traumatische Erfahrungen in ihrer Kindheit berichten.

In der Zusammenschau handelte es sich also bei dem großen Gebiet der früheren Borderline-Syndrome weniger um spezifische Störungsbilder, sondern um eine aus verschiedenen historischen Vorläufer-Konzeptionen entstandene Sammelbezeichnung für schwierige Patienten. Den entscheidenden Durchbruch zur Klärung und Ordnung der unterschiedlichen Entwicklungslinien brachte dann die Arbeit von Spitzer et al. (1979) mit der dichotomen Aufteilung des Feldes in eine emotional instabile bzw. Borderline-Persönlichkeitsstörung auf der einen und eine Borderline-Schizophrenie bzw. Schizotypische Persönlichkeitsstörung auf der anderen Seite (vgl. Saß und Koehler, 1983). Inzwischen ist aus der heterogenen Restkategorie des »Borderline« mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine der empirisch am besten belegten Formen in der gegenwärtigen Diagnostikforschung geworden, die eine Beispielfunktion für die Weiterentwicklung im gesamten Bereich der Persönlichkeitsstörungen erhalten hat.

## 1.5 Persönlichkeitsstörungen und typologische Diagnostik

Für die psychiatrische Erfassung von Persönlichkeitsstörungen war der typologische Ansatz bislang von größter theoretischer und praktischer Bedeutung. Bestimmte Gruppie-

rungen von Persönlichkeitseigenschaften werden von klinisch erfahrenen Untersuchern aufgrund langjähriger Beobachtung intuitiv gesehen, als Eindruck analysiert und in einer solchen Form als Typus beschrieben, dass sie von Personen, die in ähnlichem Feld tätig sind, als Gestalt wiederzuerkennen sind. Kurt Schneider, dessen unsystematische Typologie psychopathischer Persönlichkeiten dauerhafter war als alle anderen Ordnungsversuche, bezeichnet Typen als leicht schematisierte, anschauliche Musterbegriffe, die aus der Erfahrung immer wieder herausspringen können, an denen man sich orientiert und die konkrete Erscheinung messen kann (K. Schneider, 1929). Jaspers (1959 [1913]) unterschied methodologisch die Ideal- von den Realtypen und sah in den typologischen Systemen die Möglichkeit, einer »fließenden Mannigfaltigkeit« eine Struktur zu geben. Die »Randunschärfe« der Typusbegriffe begünstigt nach von Zerssen (1973) ihre Anwendung in der Psychiatrie, da dort die Komplexität der untersuchten Erscheinungen einer Erfassung durch logisch-präzise Begriffe im Wege steht. Unkorrektiverweise wird allerdings aus dem typologischen Ansatz in der klinischen Praxis meist eine Zuordnung zu Persönlichkeitsdiagnosen, die ähnlich kategorial aufgefasst werden wie Diagnosen für psychiatrische Krankheiten. Vermutlich neigen Ärzte zu einer solchen Perspektive, weil sie dem Denken gemäß dem Krankheitsmodell in der allgemeinen Medizin entspricht.

Für Widiger (1991) liegen die Vorteile der kategorialen und typologischen Ansätze in ihrer einfachen Konzeptualisierung und Kommunizierbarkeit, dem hohen Bekanntheitsgrad und einer allgemeinen menschlichen Tendenz zu kategorialen Wahrnehmungen und Entscheidungen. Diesen Vorteilen stehen jedoch gravierende Mängel gegenüber: Die Cut-offs haben zumeist willkürlichen Charakter und Merkmalsausprägungen, die nur

knapp unter der künstlich festgelegten Grenze liegen, bleiben unberücksichtigt, was zu einer relativ geringen Interrater-Reliabilität bei den Diagnosen der Persönlichkeitsstörungen führt. Die Validität eines kategorial-typologischen Modells wird weiterhin durch die häufige Vergabe multipler Diagnosen infrage gestellt, was insbesondere als Nachteil der polythetischen Kriteriensests eingeräumt werden muss.

Inzwischen ist die operationalisierte Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen in den modernen Klassifikationssystemen durch die Vielfalt der Kriterien so kompliziert geworden, dass eine systematische Erfassung nur noch mit standardisierten Untersuchungsinstrumenten möglich ist, etwa dem »Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV, Achse II« (SKID-II) oder der »International Personality Disorder Examination« (IPDE). Zwischen der Selbsteinschätzung der Patienten und dem Urteil von Bezugspersonen oder Besuchern können wegen des Problems der Ich-Syntonie bzw. Dystonie der Persönlichkeitsmerkmale erhebliche Diskrepanzen bestehen. Deshalb sind Selbstbeurteilungsverfahren bei der Diagnostik von geringem Wert, vielmehr muss der Untersucher häufig Fremdinformationen heranziehen. Ganz besonders gilt dies bei der Persönlichkeitserfassung im forensischen Bereich, wo stärker noch als in medizinisch-therapeutischen Kontexten finale Interessen und Verzerrungen im Selbstbild verfremdend einwirken können.

## 1.6 Persönlichkeitsstörungen in den modernen Diagnosesystemen der Psychiatrie

Die heutige Konzeption von Persönlichkeitsstörungen verlässt die alte Kontroverse um die mehr lebensgeschichtlich geprägten Neurosen einerseits und die mehr konstitutionell fundierten Psychopathien andererseits. In

den möglichst voraussetzungsarmen, deskriptiven Klassifikationssystemen des DSM und der ICD dient der Terminus »Persönlichkeitsstörung« nunmehr als neutraler Oberbegriff für alle behandlungsbedürftigen Abweichungen der Persönlichkeitsentwicklung. Er löst mehr oder weniger theoriebeladene, wertende Bezeichnungen aus dem neurotisch-psychopathischen Übergangsbereich wie Soziopathie oder Charakterneurose ab. Im Kern geht auch die heutige Definition der Persönlichkeitsstörungen auf Kurt Schneider zurück, wenn sie das Leiden der betroffenen Person und/oder die soziale Beeinträchtigung aufgreift. Diese beiden Elemente finden sich – in leicht unterschiedlichen Formulierungen – sowohl in der ICD-10 wie auch im DSM-System wieder:

### Definition

Etwas vereinfacht formuliert kann eine **Persönlichkeitsstörung** dann diagnostiziert werden, wenn Persönlichkeitszüge unflexibel und wenig angepasst sind und in klinisch bedeutsamer Weise zu subjektivem Leiden oder zu Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen führen.

Im DSM-IV/DSM-5 und in den ICD-10-Forschungskriterien folgt die Diagnosestellung einer operationalen Beschreibung mit Formulierung expliziter Ein- und Ausschlusskriterien (Habermeyer und Mokros, 2017; Rauchfleisch und Dittmann, 2017). Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung darf nur gestellt werden, wenn die Person aus der Liste von Kriterien eine vorgegebene Mindestzahl erfüllt. Es wird jedoch kein spezifisches Muster vorgeschrieben, sodass zwei Personen dieselbe Diagnose erhalten können, obwohl sie unterschiedliche Kombinationen von Kriterien aufweisen. Ein solcher polythetischer Algorithmus trägt einerseits der Komplexität

des Persönlichkeitskonstrukts Rechnung, führt aber andererseits zu einer Randunschärfe, da jeder Einzelfall eine gewisse Ähnlichkeit mit dem theoretisch angenommenen Konzept aufweist. Gleichzeitig entstehen Überlappungen, denn zum einen tauchen gleichlautende Kriterien in den Merkmallisten verschiedener Persönlichkeitsstörungen auf, zum anderen können manche Personen einzelne Kriterien für verschiedene Persönlichkeitsstörungen, aber nicht die jeweils geforderte Mindestzahl erfüllen. Häufig weist auch eine Person die geforderte Mindestzahl von Kriterien für verschiedene Persönlichkeitsstörungen auf, sodass per definitionem mehrere Diagnosen gestellt werden müssen. Ein solches Zusammentreffen verschiedener Störungskategorien wird Komorbidität genannt, obwohl »gemeinsames Vorkommen« gerade im Persönlichkeitsbereich mit seinem ungeklärten Morbiditätsstatus begrifflich vorzuziehen wäre.

Seit Erscheinen des DSM-III (APA 1980) werden die spezifischen Persönlichkeitsstörungen drei übergeordneten Clustern zugeordnet:

- Cluster A beschreibt Persönlichkeitsstörungen, die sich durch sonderbares, exzentrisches Verhalten auszeichnen, nämlich die Paranoide, die Schizoide und die Schizotypische Persönlichkeitsstörung.
- In Cluster B finden sich die durch emotionales, dramatisches oder launisches Verhalten gekennzeichneten Persönlichkeitsstörungen, also die Antisoziale, die Borderline-, die Histrionische und die Narzissstische Persönlichkeitsstörung.
- Cluster C schließlich umfasst diejenigen Formen, die sich als ängstlich und furchtsam bzw. asthenisch im Sinne von Kurt Schneider umschreiben lassen, also die Vermeidend-Selbstunsichere, die Dependente und die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung.

Ein Problem bilden terminologische und konzeptionelle Unterschiede zwischen den Klassifikationssystemen. Die Gegenüberstellung der Persönlichkeitsklassifikation gemäß DSM-IV, ICD-10 und der traditionellen Differenzialtypologie zeigt, dass sich einige der schon von Kurt Schneider, Kretschmer und Kraepelin beschriebenen Typen von Persönlichkeitsstörungen in den Kategorien von DSM-IV und ICD-10 wiederfinden, ebenso wie es zwischen den beiden Klassifikationssystemen untereinander Entsprechungen, aber auch erhebliche Abweichungen gibt (Tab. 1-1).

Zusätzliche Verwirrung kann für Kliniker und Forscher, die nicht auf das Gebiet der Persönlichkeitsstörungen spezialisiert sind, durch die Einführung des »Alternativen Modells« in DSM-5 (APA, 2013; deutsch von Falkai et al., 2015) entstehen. Darin wird zwar mit dem Betonen der dimensionalen Herangehensweise einer lange erhobenen Richtung in der Persönlichkeitsforschung entsprochen (vgl. Saß et al., 1996), doch muss sich die Praktikabilität dieses recht komplexen Modells in der Anwendung erst erweisen (Zimmermann et al., 2013) (► Kap. 4).

## 1.7 Fazit und Ausblick

Resümiert man den gegenwärtigen Wissenstand über die Persönlichkeitsstörungen, so imponiert auch heute die beträchtliche Heterogenität sowohl in konzeptioneller wie in empirischer Hinsicht. Weder über die Zusammenhänge zwischen normaler Persönlichkeit, akzentuierten Persönlichkeiten und ausgeformten Persönlichkeitsstörungen noch über den adäquaten Erfassungsmodus in mehr dimensionaler oder mehr prototypisch/kategorialer Form gibt es Konsens. Die Entstehungsbedingungen sind umstritten, die Kenntnisse zu Komorbidität und Verlauf uneinheitlich,

**Tab. 1-1** Persönlichkeitsstörungen in der klassischen Typologie und in den modernen Klassifikationssystemen

Kraepelin (1903/1904); Kretschmer (1961 [1921]); Kurt Schneider (1950 [1923]); IDC-9	ICD-10	DSM-5	
Fanatisch	Paranoid	Paranoid	A
Schizoid	Schizoid	Schizoid	
–	–	Schizotypisch	
Explosibel gemütsarm	Dissozial	–	B
Stimmungslabil	Emotional instabil	• Borderline-Typ • impulsiver Typ	
Geltungsbedürftig	Histrionisch	Histrionisch	
–	–	Narzistisch	
Selbstunsicher	Selbstunsicher	Selbstunsicher	C
Willenlos	Dependent	Dependent	
Zwanghaft	Anankastisch	Zwanghaft (passiv-aggressiv)*	
Depressiv	–	(Depressiv)*	+
Asthenisch	–	–	
Hyperthym	–	–	
Zyklothym	–	–	

+ »subaffektive« Formen; \* vorgeschlagene Forschungskriterien

die therapeutischen Verfahren eher polypragmatisch. Eine Sicht der Persönlichkeitsstörungen, die mit dem Festhalten am kategorialen Vorgehen verbunden ist, begegnet erheblicher Kritik. Dennoch sind offenbar in Forschung und Praxis die Persönlichkeitsstörungen nicht entbehrlich, trotz immer noch vorhandener Schwächen in der Reliabilität der

Diagnosen und ungeklärter Validität der Konzepte.

Im Kern waren die heute diskutierten Problemzonen der Persönlichkeitsforschung schon Kurt Schneider (1950 [1923]) bei der Abfassung seiner Monografie geläufig. Dessen »Klinische Psychopathologie« (1950, S. 31) enthält eine Mahnung zur Zurückhaltung,

die auch heute Gültigkeit besitzt und deshalb sprachlich leicht aktualisiert an den Schluss gestellt sei:

Persönlichkeitsstörungen sehen aus wie Diagnosen, doch ist dies eigentlich eine ungerechtfertigte Analogie, da man Menschen, Persönlichkeiten nicht genauso diagnostisch etikettieren kann wie Krankheiten und deren psychische Folgen. Allenfalls lassen sich Eigenschaften aufzeichnen, unterstreichen und herausheben, die sie in besonderem Maße kennzeichnen, ohne dass damit etwas den Symptomen von Krankheiten Vergleichbares gefunden ist. Das Hervorheben geschieht unter gewissen Gesichtspunkten, etwa des subjektiven Befindens, des Daseins und Lebensgefühls, der Entwicklungsbedingungen oder spezifischer Schwierigkeiten in einem bestimmten soziokulturellen Umfeld. Neben diesen hervorgehobenen Eigenschaften hat dasselbe Individuum unendlich viele andere, und leicht wird übersehen, dass die Etikettierung einer bestimmten Persönlichkeitsstörung den falschen Anschein erwecken kann, als beziehe sie sich auf das Ganze oder zumindest das Wesentliche in der psychischen Erscheinung eines Menschen.

## Literatur

- American Psychiatric Association (APA) (1952). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (APA) (1968). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd ed). Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (APA) (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed). Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (APA); Falkai, P., Wittchen, H. U. (Hrsg) (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychiatrischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe.
- Berrios, G., Gili, M. (1995). Abulia and impulsiveness revisited: a conceptual history. *Acta Psychiatr Scand* 92: 161 – 167.
- Binder, H. (1964). Die psychopathischen Dauerrzustände und die abnormen seelischen Reaktionen und Entwicklungen. In: Kisker, K. P., Meyer J. E., Müller M., Strömgren E. (Hrsg). Psychiatrie der Gegenwart. Band 2. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 180 – 202.
- Binding, K., Hoche, A. (1920). Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Leipzig: Meiner.
- Bleuler, E. (1911). Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig, Wien: Deuticke.
- Clarkin, J. F., Hull, J. W., Hurt, S. W. (1993). Factor structure of borderline personality disorder criteria. *J Pers Disord* 7: 137 – 143.
- Cleckley, H. (1976 [1941]). The Mask of Sanity. An attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality. 5th ed. St. Louis: Mosby.
- Coryll, W., Zimmerman, M. (1989). DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. *Arch Gen Psychiatry* 46: 682 – 689.
- Cowdry, R. W., Gardner, D. L., O'Leary, K. M., Leibenluft, E., Rubinow, D. R. (1991). Mood variability: a study of four groups. *Am J Psychiatry* 148: 1505 – 1511.
- Dupré, E. (1925). La doctrine des constitutions. In: *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*. Paris: Payot.
- Esquirol, E. (1838). Die Geisteskrankheiten in Beziehung zu Medizin und Staatsarzneikunde. Berlin: Voss.
- Ewald, G. (1924). Temperament und Charakter. Berlin: Springer.
- Fiedler, P., Herpertz, S. (2016). Persönlichkeitsstörungen. 7. Aufl. Weinheim: Beltz PVU.
- Gunderson, J. G., Sabo, A. N. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *Am J Psychiatry* 150: 19 – 27.
- Habermeyer, E., Mokros, A. (2017). Komorbiditäten – einschließlich Differentialdiagnose Cluster A-B-C (ICD/DSM). In: Dulz, B., Briken, P., Kernberg, O. F., Rauchfleisch, U. (Hrsg). Handbuch

- der Antisozialen Persönlichkeitsstörung. Stuttgart: Schattauer; 197 – 207.
- Hare, R. D. (1970). Psychopathy: Theory and Research. New York: Wiley.
- Hare, R. D. (1991). Manual for the Hare Psychopathy Checklist. Revised. Toronto: Multi Health Systems.
- Henderson, D. (1939). Psychopathic States. New York: Norton.
- Herpertz, S., Saß, H. (1997). Impulsivität und Impulskontrolle. Zur psychologischen und psychopathologischen Konzeptualisierung. Nervenarzt 68: 171 – 183.
- Herpertz, S., Saß, H. (1999). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der historischen und aktuellen psychiatrischen Klassifikation. In: Kernberg O. F., Dulz B., Sachsse U. (Hrsg.). Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer.
- Herpertz, S., Gretzer, A., Steinmeyer, E. M., Muehlbauer, V., Schuerkens, A., Sass, H. (1997). Affective instability and impulsivity in personality disorder: results of an experimental study. J Affect Disord 44: 31 – 37.
- Hoch, P. H., Polatin, R. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. Psychiatr Q 23: 248 – 276.
- Homburger, A. (1929). Versuch einer Typologie der psychopathischen Konstitution. Nervenarzt 2: 134 – 136.
- Hughes, C. (1884). Borderland psychiatric records prodromal symptoms of psychical impairment. Alien Neurol 5: 85 – 91.
- Jaspers, K. (1959 [1913]). Allgemeine Psychopathologie. 7. Aufl. Berlin: Springer.
- Kahn, E. (1928). Die psychopathischen Persönlichkeiten. In: Bumke, O. (Hrsg.). Handbuch der Geisteskrankheiten. Spezieller Teil I, Band 4. Berlin: Springer; 227 – 487.
- Kendler, K. S., Masterson, C. C., Ungaro, R., Davis, K. L. (1984). A family history study of schizophrenia related personality disorders. Am J Psychiatry 141: 424 – 427.
- Kenneth, S., Kendler, K. S., Walsh, D. (1995). Schizotypal personality disorder in parents and the risk for schizophrenia in siblings. Schizophr Bull 21: 1.
- Koch, J. L. A. (1891/1893). Die psychopathischen Minderwertigkeiten. Ravensburg: Maier.
- Kraepelin, E. (1896). Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 5. Aufl. Leipzig: Barth.
- Kraepelin, E. (1903/1904). Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 7. Aufl. Leipzig: Barth.
- Kraepelin, E. (1909). Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Band 1: Allgemeine Psychiatrie. 8. Aufl. Leipzig: Barth.
- Kretschmer, E. (1961 [1921]). Körperbau und Charakter. 23./24. Aufl. Berlin: Springer.
- Magnan, V., Legrain, P. M. (1895). Les dégénérés (état mental et syndromes épisodiques). Paris: Rueff.
- Matthey, A. (1816). Nouvelles Recherches sur les maladies de l'esprit précédées de considé. Paris: JJPaschoud.
- Millon, T. (1969). Modern Psychopathology: A Biological Approach to Maladaptive Learning and Functioning. Philadelphia: Saunders.
- Morel, B. A. (1857). Traité des dégénérances physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladiives. Paris, London, New York, Madrid: Baillière.
- Pinel, P. (1809). Traité médicophilosophique sur l'aliénation mentale. 2eme ed. Paris: Brosson.
- Prichard, J. C. (1835). A treatise on Insanity and Other Disorders Affecting the Mind. London: Sherwood, Gilbert, Piper.
- Rauchfleisch, U., Dittmann, V. (2017). Klassifikation und Testdiagnostik. In: Dulz, B., Briken, P., Kernberg, O. F., Rauchfleisch, U. (Hrsg.). Handbuch der Antisozialen Persönlichkeitsstörung. Stuttgart: Schattauer; 208 – 218.
- Rush, B. (1812). Medical inquiries and observations upon the diseases of the mind. Philadelphia: Kimber, Richardson.
- Sack, M., Sachsse, U., Overkamp, B., Dulz, B. (2013). Traumafolgestörung bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Nervenarzt 84: 5608 – 5614.
- Saß, H. (1986). Zur Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen. Nervenarzt 57: 193 – 203.
- Saß, H. (1987) Psychopathie – Soziopathie – Dissozialität. Zur Differentialtypologie der Persönlichkeitsstörungen. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer.
- Saß, H., Koehler, K. (1983). Borderline-Syndrome: Grenzgebiet oder Niemandsland? Nervenarzt 54: 221 – 230.
- Saß, H., Houben, I., Herpertz, S., Steinmeyer, E. M. (1996). Kategorialer versus dimensionaler Ansatz in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In: Schmitz, B., Fydrich, T., Limbacher, K. (Hrsg.).

- Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 42 – 55.
- Scharfetter, C. (1976). Allgemeine Psychopathologie. Stuttgart: Thieme.
- Schneider, K. (1929). Typenbildung in der Kriminalstatistik. Monatsschr Kriminol 20: 332 – 337.
- Schneider, K. (1950 [1923]). Die psychopathischen Persönlichkeiten. Leipzig: Thieme.
- Schneider, K. (1950). Klinische Psychopathologie. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme; 31.
- Schultz, J. H. (1928). Die konstitutionelle Nervosität. In: Bumke O. (Hrsg). Handbuch der Geisteskrankheiten. Band 5. Berlin: Springer; 28 – 111.
- Spitzer, R. L., Endicott, J., Gibbons, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 36: 17 – 24.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neurosis. Psychoanal Q 7: 467 – 489.
- Widiger, T. A. (1991). Personality disorder dimensional models proposed for DSMIV. J Pers Disord 5(4): 386 – 398.
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Soledad, C. C., Marino, M. F., Levin, A., Yong, L., Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. Am J Psychiatry 154: 1101 – 1106.
- Zerssen, D. v. (1973). Typus. In: Müller C. (Hrsg). Lexikon der Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 540 – 542.
- Zimmermann, J., Benecke, C., Skodol, A. S., Krueger, R. S., Leising, D. (2013). Persönlichkeitsdiagnostik in DSM-5. Psychotherapeut 58: 455 – 465.

## 2 Ideengeschichte und Konzepte in Psychoanalyse, Kognitiver Verhaltenstherapie und Persönlichkeitspsychologie

Götz Berberich

### Zusammenfassung

Ein Überblick über die Geschichte der wesentlichen Theorien über Persönlichkeitsstörungen erleichtert das Verständnis aktueller Konzepte und wissenschaftlicher Auseinandersetzungen. Die Herangehensweise an Persönlichkeitsstörungen in der Psychoanalyse hat sich durch den mitunter sehr kontrovers geführten Diskurs zwischen den unterschiedlichen psychoanalytischen Strömungen stark ausdifferenziert und gewandelt. Die Verhaltenstherapie hat sich zu Beginn ihrer Entwicklung wenig mit Persönlichkeitsstörungen auseinandergesetzt, ab den 1970er-Jahren wurden jedoch bedeutende sozial-kognitive Theorien der Persönlichkeitsstörungen erarbeitet. Die sogenannte Dritte Welle der kognitiv-behavioralen Therapie brachte weithin rezipierte Theorien und Behandlungsansätze zum Vorschein. Gerade im Rahmen der neueren Klassifikationen von Persönlichkeitsstörungen gewinnen jedoch auch sogenannte Trait-Ansätze der Persönlichkeitspsychologie zunehmend an Einfluss.

### 2.1 Psychodynamische Konzepte

#### 2.1.1 Triebtheoretische Charakterologie

Zum Verständnis der Begriffs- und Ideengeschichte der Persönlichkeitsstörung in der Psychoanalyse lohnt es sich, einen Blick auf die Charakterkunde seit Freud zu werfen. Die Begriffe Persönlichkeit, Charakter sowie deren Störungen und Struktur erfuhren im Laufe der Differenzierung psychoanalytischer Vorstellungen erst allmählich ihre heutige Bedeutung, parallel zur Entwicklung der dazugehörigen Konzepte. Welche Konzepte prägen aber das Verständnis des Charakters, des neurotischen Charakters, der Charakterneurose, der normalen und abnormen Persönlichkeit, der Psychopathie, der Persönlichkeitsstörung?

Sigmund Freud spricht vom neurotischen

Charakter (Freud, 1981 [1900a]), der Begriff Charakterneurose wird wohl erstmals bei Wilhelm Reich gebraucht (Reich, 1925). Fenichel verändert diesen Terminus zur »Charakterstörung« (Fenichel, 1967b [1931]) und findet damit Anschluss an den im angelsächsischen Raum gebräuchlicheren Begriff der Persönlichkeitsstörung (personality disorder). Im weiteren Verlauf wurden in Deutschland die Begriffe abnorme Persönlichkeit, Psychopathie, Charakterneurose und Persönlichkeitsstörung weitgehend gleichbedeutend verwendet (Hoffmann und Holzapfel, 1987).

In der psychoanalytischen Literatur ist der Begriff Persönlichkeitsstörung untrennbar verbunden mit dem der psychischen Struktur. Hierunter verstand Freud eine Organisiertheit der Psyche, etwa im Sinne seines Instanzenmodells (Ich, Über-Ich, Es), sowie die Dynamik dieser Organisiertheit (Freud, 1981

[1900a], 1979 [1933a]). Der von der Struktur abgeleitete Charakter sei etwas Beständiges, schwer Veränderbares, andererseits aber auch Dynamisches im Sinne der Verarbeitung von Triebkonflikten (Hoffmann, 1979).

Die Schüler Freuds übernahmen dessen triebgenetische Erklärungsmuster und arbeiteten sie weiter aus. Insbesondere Karl Abraham wies auf die fixierten Verhaltensweisen und Charakterzüge als Resultat eines Compromisses zwischen Impuls und Abwehr hin: »Es genügt uns, von dem Charakter auszusagen, er umfasse die Gesamtheit der triebhaften Reaktionen des Einzelnen auf das Gemeinschaftsleben.« (Abraham, 1969 [1925], S. 218).

Mit Freuds Werk »Das Ich und das Es« (1976 [1923b]) erweitert sich die Sichtweise auf die Funktion des Ich. Charakter und Charakterstörung werden Hinweise auf Ausgestaltung und Qualität des Ich und dessen Fähigkeit, sich mit Trieb, Gewissen und der Außenwelt auseinanderzusetzen.

## Exkurs

### Zur Vertiefung

Insbesondere Wilhelm Reich arbeitet diese Gedanken in seiner »Charakteranalyse« von 1933 aus. Er beschreibt die mögliche Abwehrfunktion der Persönlichkeit, die Bedeutung der Widerstandarbeit des Charakters, aber auch den Einfluss psychosozialer Faktoren auf die Charakterentwicklung (Reich, 1933). Ihm gelingt die Integration von Freuds strukturellem Persönlichkeitsmodell in das Feld der Charakteranalyse. Die Ausdifferenzierung der Ich-Funktionen mittels der Abwehrmechanismen übernahm Anna Freud mit ihrem Werk »Das Ich und die Abwehrmechanismen« von 1936, welches Grundlage für die spätere psychoanalytische Literatur über Persönlichkeitsstörungen wurde (Freud, 1980 [1936]).

Otto Fenichel fasste in den 1930er- und 1940er-Jahren das bisherige Wissen der Psychoanalyse über Charakter und Charakterstörungen zusammen. Im Gegensatz zu Reich sah er den Charakter aber nicht

nur im Rahmen der Abwehrfunktion, sondern beschrieb ihn als »die habituellen Modi des Ichs zur Anpassung an die äußere Welt, das Es und das Über-Ich, und die charakteristischen Arten, diese Modi miteinander zu kombinieren« (Fenichel, 1945, S. 467). Die zentralen Ich-Funktionen prägen jeweils individuell den Charakter, und dies nicht nur im Rahmen der Triebabwehr.

Bis in die 1930er-Jahre beschrieb die psychoanalytische Charakterologie fast ausschließlich den hysterischen und den zwanghaften Charakter, wobei der hysterische Charakter mit den Begriffen der Konversion, der Verdrängung und dem ungelösten ödipalen Konflikt verknüpft war (Berberich, 2016). Erste typologische Ansätze innerhalb der psychoanalytischen Charakterologie stammen von Wilhelm Reich (1925) und Otto Fenichel (1945, 1967a [1931]). Fenichel selbst war mit den Typologisierungsversuchen nicht voll zufrieden und kritisierte, dass eine monofaktorielle Typologie kaum der multifaktoriellen Genese gerecht werden kann (Fenichel, 1945).

Ähnlich wie in der Einteilung Fenichels zeigen die Charaktere in der neopsychoanalytischen Typologie Schultz-Henckes im Sinne einer adaptiven Triebkonfliktverarbeitung inhaltliche Nähe zum Begriff der Neurosenstruktur. Gleichzeitig dient der Charakter jedoch auch der Anpassung an die Gesellschaft (Schultz-Hencke, 1968 [1940]; vgl. auch Fromm, 1954/55 [1947]; Horney, 1939). Der Begriff des Charakters überschritt damit zunehmend die engen Schranken der Triebtheorie; der Einfluss der psychosozialen Bedingungen, der Umwelt und der Gesellschaft wurden bedeutsamer. Es wurden die schizoide, depressive, zwanghafte und hysterische Ausgestaltung unterschieden (Schultz-Hencke, 1970 [1951]).

Neben Fromm und Horney entwickelte insbesondere Harry S. Sullivan eine interpersonale Theorie und Therapie auf psychoanalytischer Grundlage (Sullivan, 1953), von der ein Entwicklungsstrang zur deutlich später formulierten »Strukturanalyse sozialen Verhaltens« (SASB) von Lorna S. Benjamin führt (Benjamin, 1993). Unter Einbeziehung der Objektbeziehungstheorie und der sogenannten Kreis- oder Circumplex-Modelle (Kiesler, 1983; Leary, 1957) untersucht die SASB in einem dreidimensionalen Circumplex-Modell das Verhalten anderen und sich selbst gegenüber sowie den Einfluss auf das Introjekt. Das Ziel ist, maladaptive Interaktionsmuster zu unterbrechen und

entsprechende innere Repräsentanzen zu verändern. Einzelne Persönlichkeitsstörungen werden hier als typische Störungen des interaktionellen Verhaltens aufgefasst. Der Widerstand des Patienten wird dabei jedoch kaum thematisiert.

### 2.1.2 Ich-Psychologie

Auch die Ich-Psychologie Heinz Hartmanns bezog sich auf die Triebtheorie und überwand sie gleichzeitig. Neben der Verarbeitung von Triebimpulsen gebe es auch konfliktfreie Ich-Sphären, autonome, nicht triebgebundene Ich-Apparate. Diese seien durch Veranlagung, jedoch auch Übung und Reifung ausgestaltet worden (Hartmann, 1939). Während sich also – abgesehen von konstitutionellen Merkmalen – der Charakter primär durch Triebabwehr bilde, komme es später zu einem Funktionswechsel, der Charakter werde sekundär autonom und triebunabhängig. Die autonomen Ich-Apparate dienten dann der Anpassung des psychischen Innenlebens an die Außenwelt (Hartmann, 1939).

Die Ich-Psychologie schrieb seit den 1940er-Jahren dem Ich drei wesentliche Funktionen zu: die Binnenregulation, die Adaptation nach außen sowie die Selbstorganisation des Ich (Hartmann, 1939), wodurch Intentionalität, die Strukturierung der Objektbeziehungen und die (Selbst-)Reflexivität ermöglicht werde. Defizite in diesen Ich-Funktionen – in heutiger Begrifflichkeit könnte man auch von strukturellen Fähigkeiten, Skills oder Selbstregulationsprozessen sprechen – liegen bei Persönlichkeitsstörungen in vielfältiger Form vor und führen etwa zu mangelhafter Impulskontrolle, Schwierigkeiten in der Affektregulation und in der Fähigkeit zur Selbstreflexion, sodass eigene Bedürfnisse und berechtigte Interessen von anderen nicht zum Ausgleich gebracht werden können, bis hin zu fremdaggressiven oder selbstschädigenden Verhaltensweisen (Bellak et al., 1973;

Blanck und Blanck, 1974). Je nach Funktionsweise und Reife des Ichs bürgeren sich daher nach Bellak und Hurvich (1969) die Begriffe »Ich-Stärke« bzw. »Ich-Schwäche« ein, um den strukturellen Reifegrad eines Patienten zu kennzeichnen.

Trotz dieser beträchtlichen theoretischen Vorarbeit galten Persönlichkeitsstörungen bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts als schwer zu behandeln. Die Störungen schienen den Standardmethoden der Psychoanalyse zu widerstehen (Heim und Westen, 2014). Die Patienten fielen durch ihren bewussten Zugang zu primärprozesshaften Inhalten auf, andererseits durch ihre mangelnde Fähigkeit zur Introspektion, zur Einsicht und zum Durcharbeiten, durch starke Stimmungsschwankungen und eine Beurteilung von Bezugspersonen als nur gut oder nur böse (Kernberg, 1993). Der zunehmend verwendete Begriff der Borderline-Störung galt damals eher als Synonym für »der schwierige Patient« (Kernberg, 1993). Allerdings entwickelte sich das Interesse an Borderline-Patienten anfangs im angelsächsischen und erst mit einer Verzögerung von ca. 20 Jahren im deutschsprachigen Raum (Rohde-Dachser, 1995).

### 2.1.3 Der Kreis um Melanie Klein

Einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis dieser schweren Störungen leistete die Analytikerin Melanie Klein, die sich weniger um die Ich-Funktionen bemühte als um internalisierte frühe, als destruktiv und vernichtend wahrgenommene Erfahrungen des Kindes mit den Bezugspersonen. Vorsprachliche Affekte und die verschiedenen interpersonellen Abwehrmechanismen wurden von ihr und weiteren »Kleinianern« erforscht (Klein, 1946). Die komplizierten Übertragungsverhältnisse bei schweren Persönlichkeitsstörungen werden oft durch den Abwehrmechanismus der Spaltung erklärt (Rosenfeld, 1964).

Widersprüchliche Ich-Zustände, also beispielsweise einen Menschen gleichzeitig zu lieben und – in gewissen Aspekten – zu hassen, können vom Betroffenen nicht integriert werden. Um die innere Homöostase aufrecht- und den Seelenzustand erträglich zu halten, werden sie aktiv voneinander getrennt und erscheinen nur nacheinander (alternierend). Diese Ich-Zustände können auch in die Außenwelt verlagert – projiziert – werden, sodass es der Patient vermeintlich mit nur guten oder nur bösen Menschen zu tun hat. Dies schafft natürlich neuerlich Probleme, diesmal in der Interaktion mit der Außenwelt. Das Konzept der Spaltung und der interpersonellen Abwehrmechanismen, wie Projektion und projektive Identifizierung (Klein, 1946), fanden weite Verbreitung im Verständnis und der Behandlungstechnik schwerer Persönlichkeitsstörungen.

Die kleinianische Psychoanalyse wurde in der Folge jedoch auch heftig kritisiert: Sie fuße auf Theorien der kindlichen Zuschreibung von Intentionen an die Bezugspersonen bereits im ersten Lebensjahr des Kindes (z.B. eine böse Absicht der Mutter oder deren Körperteile). Dies widerspreche aber der Forschung zur Mentalisierung, die eine solche Zuschreibung entwicklungspsychologisch in diesem Alter nicht zulasse. Auch Introjektionsbildung ließen sich im ersten Lebensjahr nicht nachweisen. Das kleinianische Setting mit langen hochfrequenten Analysen mobiliere die regressiven Bedürfnisse der Patienten und führe zu einer realen Abhängigkeit statt zu einer reflektierbaren Übertragungsbeziehung. Schließlich werde die Ebene der Ich-Funktionen bzw. fehlender struktureller Fähigkeiten vernachlässigt oder nur als Epiphänomen dahinterliegender Konflikte verstanden (Rudolf, 2006).

## 2.1.4 Objektbeziehungstheorie

Ab den 1960er-Jahren entwickelte sich die Objektbeziehungstheorie, die sich im Wesentlichen mit internalisierten Vorstellungen wichtiger Bezugspersonen, sogenannten Objektrepräsentanzen, den korrespondierenden Selbstrepräsentanzen und den zwischen Subjekt und Objekt relevanten Beziehungsrepräsentanzen beschäftigt. Diese Richtung sollte prägend für die weitere Entwicklung der psychoanalytischen Therapie von Persönlichkeitsstörungen werden.

Die umfassendste Theorie entwickelte Otto F. Kernberg ab den 1960er-Jahren mit dem Modell der Borderline-Persönlichkeitsorganisation, wobei er phänomenologische, psychodynamische und genetische Gesichtspunkte einbezog (Kernberg, 1993). Er integriert kleinianische Positionen, die Ich-psychologische Orientierung, Ansätze der britischen Middle-Group und die amerikanischen Objektbeziehungstheorie (Kernberg, 1993). Letztere erweiterte das Verständnis der Internalisierungsprozesse und besagt »im Wesentlichen, dass die Grundeinheiten der intrapsychischen Strukturen Konstellationen von Selbstbildern, Objektbildern und Affektdispositionen sind, die spezifische, durch solche Selbst-Objekt-Affekt-Einheiten repräsentierte internalisierte Objektbeziehungen reflektieren« (Kernberg, 1985). Diese Einheiten bilden wiederum die Grundlage zu komplexeren psychischen Strukturen wie das Ideal-Selbst und die Ideal-Objekte und schließlich das Ich, das Über-Ich und das Es.

Kernberg versteht den Begriff Borderline-Persönlichkeitsorganisation weit umfassender als die Borderline-Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 oder DSM-III/DSM-IV-R (und in gewisser Nähe zum alternativen DSM-5-Modell): Depressiv-Masochistische, Hysterische oder Zwanghafte Persönlichkeitsstörungen seien häufig auf dem Niveau Neurotischer

Persönlichkeitsorganisation zu verstehen, wobei die Ich-Identität oder das Über-Ich gut integriert und differenzierte tiefgehende Objektbeziehungen möglich seien. Eine verhältnismäßig gut entwickelte Angsttoleranz und Impulskontrolle sowie Sublimationsfähigkeit zeigen eine relative Ich-Stärke an. Dagegen weisen schwere Persönlichkeitsstörungen, wie die sadomasochistische, schwere Narzisstische oder Antisoziale Persönlichkeitsstörungen, eine Identitätsdiffusion, ein Überwiegen von Teillobjektbeziehungen und primitiven Abwehrmechanismen, chaotische Objektbeziehungen, unspezifische Zeichen von Ich-Schwäche, wie fehlende Angsttoleranz, mangelnde Impulskontrolle und geringe Sublimierungsfähigkeit, sowie eine Über-Ich-Pathologie mit infantilem oder unreifem Wertesystem oder antisozialen Zügen auf und seien deshalb einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation zuzuordnen (Kernberg, 1997). Kernberg entwirft damit ein umfassendes Modell für Charakterstörungen, die je nach Ausmaß der Ich-Störung einer Neurotischen Persönlichkeitsorganisation, der Borderline-Persönlichkeitsorganisation oder auch einem psychotischen Niveau zugeordnet werden müssen (Rohde-Dachser, 1995).

## Exkurs

### Zur Vertiefung

Aus der Behandlung schwer narzisstisch gestörter Patienten heraus entwickelte Heinz Kohut (1971) die selbstpsychologische Theorie, nach der die Aufrechterhaltung des narzisstischen Gleichgewichts, also eines gesunden Selbstwertgefühls und Selbstvertrauens, eine eigene Triebkraft des Menschen darstellt. Therapeutisch hält Kohut bei Narzisstischen Persönlichkeitsstörungen ein Nachholen der Strukturentwicklung durch geduldige, selbstwertstärkende Spiegel- und idealisierende Übertragungen für nötig. Kernberg sieht dagegen bei narzisstischen Störungen eine Fehlentwicklung mit einem von Anfang an pathologischen grandiosen Selbst, unter dem heftige

narzisstische Wut verborgen ist. Therapeutisch sei daher frühzeitiges Deuten der Übertragung nötig, um die Wut, den Neid und den Sadismus zum Vorschein zu bringen (Rohde-Dachser, 1995).

In der Nachfolge der Selbtpsychologie entstanden sogenannte supportive Psychotherapiekonzepte für schwere Persönlichkeitsstörungen, bei denen emotionale Unterstützung und Ermutigung gewährt werden, auch direktive und pädagogische Maßnahmen mit dem Ziel der Realitätsprüfung und äußerer Anpassung zum Einsatz kommen und in denen Klärung und Konfrontation verwendet, jedoch keine Deutungen gegeben werden (z. B. Kernberg, 1999; Schmidenberg, 1959). Supportive Psychotherapien waren und sind bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen noch weitverbreitet, werden aber in der Literatur zunehmend als ungenügend kritisiert, da sie sich als wenig erfolgreich erweisen und keine ausreichende Strukturveränderung zur Folge haben (Rohde-Dachser, 1995).

### 2.1.5 Bindungstheorie und Mentalisierungstheorie

Ausgehend von der Bindungstheorie John Bowlbys (1982) sowie der »Theory of Mind« führte die Mentalisierungstheorie zu einer eigenständigen Therapierichtung (Fonagy et al., 2004). Zwar besteht eine hohe Korrelation eines unsicheren Bindungsverhaltens mit dem Vorliegen von Borderline-Phänomenen, allerdings reicht dies nicht aus, um die Psychodynamik oder Phänomenologie einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation zu erklären; zudem ist eine unsichere Bindung ein weitverbreitetes, zum Teil schichtspezifisches Problem. Die Untersuchung der Entwicklung der Affektregulierung und Mentalisierung im Kontext unsicherer Bindung gibt jedoch weiteren Aufschluss. Mentalisierung meint dabei das Begreifen der eigenen und anderen Person als intentionale Wesen, also die Fähigkeit, das Verhalten mit vorausgehenden mentalen Zuständen in einen ursächlichen Zusammenhang zu bringen. Ziel einer Mentalisierungs-

basierten Therapie ist es, die Mentalisierung durch entsprechende Rückmeldungen zu fördern und Affektregulation einzuüben, ohne die Übertragung oder unbewusste Konflikte zu deuten oder die aktuelle Situation aus der Vergangenheit zu klären (Bateman und Fonagy, 2004).

### 2.1.6 Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)

Im deutschsprachigen Raum wurde seit Anfang der 1990er-Jahre eine Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) entwickelt, deren Beziehungs- und vor allem Strukturachse eine valide und reliable Diagnostik der Persönlichkeitsstruktur erlaubt (Arbeitskreis OPD, 2006). Unter einer strukturellen Störung wird dabei ein Entwicklungsdefizit bestimmter Reifungs- und Integrations schritte der Struktur verstanden mit der Folge, dass dem Betroffenen bestimmte Funktionen der intrapsychischen und interpersonellen Regulation nicht verlässlich zur Verfügung stehen. Diese Regulationsmechanismen sind entweder dauerhaft defizitär oder im Sinne einer strukturellen Vulnerabilität störanfällig, bei krisenhaften Lebensumständen oder innerer Konflikthaftigkeit zu versagen. Eine funktionelle Regulation der intrapsychischen Zustände und Vorgänge wie auch der interpersonellen Beziehungen ist dann mehr oder weniger stark eingeschränkt (Rudolf, 2013).

Mit der OPD-Achse IV »Struktur« werden Ich-strukturelle Fähigkeiten (Selbstreflexion, Affektregulation, Impulssteuerung etc.), Abwehrmechanismen, Kommunikations- und Bindungsverhalten untersucht. Strukturelle Beeinträchtigungen werden dabei als eigenständige Phänomene verstanden. Unbewusste Konflikte sind bei geringem Persönlichkeitsniveau nicht primär therapeutisch bearbeitbar, sondern nur als Konflikschemen vorhanden.

Aufbauend auf der OPD und im Gefolge des »Prinzips Antwort« der psychoanalytisch-interaktionellen Methode (Heigl-Evers und Ott, 1995) entwickelten Rudolf und Jakobsen (2004) die Strukturbbezogene Psychotherapie. Rudolf und Jakobsen betonen die Notwendigkeit einer gründlichen und operationalisierten Konflikt- und Strukturdiagnostik. Ziel der Therapie ist der Aufbau der fehlenden persönlichkeitssstrukturellen Fähigkeiten, ohne die Gefahr gefährlicher regressiver Abhängigkeitsbeziehungen und Übertragungsbindungen in langwierigen, hochfrequenten Therapien einzugehen. Der Therapeut versteht sich als entwicklungsförderndes, beelterndes Gegenüber, nicht als Übertragungsobjekt, und geht aktiv im Sinne der gemeinsamen Entwicklungsförderung vor. Im Gegensatz zur Übertragungsfokussierten Therapie Kernbergs werden keine Übertragungsdeutungen gegeben, vielmehr werden, ebenso wie in der mentalisierungsbasierten Therapie von Bateman und Fonagy, strukturelle Funktionen wie Affekterleben und -kommunikation sowie Steuerungs- und Regulationsfähigkeiten gefördert.

### Zusammenfassung

Persönlichkeitsstörungen werden im psychoanalytischen Kontext also zum einen als ein System von distinkten Kategorien mit typischen Triebkonflikten, bestimmter Organisiertheit von psychischen Substrukturen bzw. Internalisierungen verstanden. Dazu gehören die Begriffe der Charakter- und der Neurosenstruktur, die dementsprechend die Definition bestimmter Typologien umschließen. Zum anderen aber – sozusagen senkrecht hierzu – wird mit einer Persönlichkeitsstörung (im Singular!) ein Defizit der Handlungsregulation im Inneren (Ich-Schwäche), der intrapsychischen und interpersonellen Regulationsfunktionen, jedoch auch der Reflexions- und Mentalisierungsfähigkeit beschrieben. Beides – die kategoriale wie die dimensionale Sichtweise von Persönlichkeitsstörung(en) – erklärt

dysfunktionale Selbst-Objekt-Affekt-Repräsentationen mit entsprechender Störung der Selbststeuerung und der Gestaltung der interpersonellen Beziehungen (Berberich und Zaudig, 2015).

## 2.2 Kognitiv-behaviorale Konzepte

Die frühe behaviorale Therapie lehnte den Begriff der Persönlichkeitsstörungen ab oder ignorierte ihn, da Verhalten als Reaktion auf spezifische Reizsituationen der Umwelt i.S. von Konditionierungen (klassisches Konditionieren und Verstärkungsprozesse bei operantem Konditionieren) verstanden wurde. Verhaltensdispositionen durch vererbte Charaktereigenschaften waren in diesem Modell nicht vorgesehen oder wurden durch ein erlerntes Verhaltensrepertoire erklärt.

### 2.2.1 Kognitiv-soziale Theorien

Erst mit der kognitiven Wende in den 1970er-Jahren entwickelte sich ein breites Interesse von kognitiven Verhaltenstherapeuten an diesem Thema. Die kognitiv-sozialen Theorien (oder sozialkognitiven, kognitiv-behavioralen Theorien; Bandura, 1986; Mischel, 1973) stellten erste kognitiv-behaviorale Alternativen zum psychodynamischen Modell von Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen zur Verfügung. Auf der behavioristischen Perspektive fußend werden Verhalten und Emotionen als erlernte Reaktionen auf spezifische Umweltreize erklärt. Wiederholte Lernvorgänge sind die Grundlage für die Persönlichkeitsdispositionen i.S. von habituiertem Verhalten, wobei insbesondere die kognitive Informationsverarbeitung zu einer spezifischen Selbst- und Weltsicht der Person führt (Bandura, 1986). Das Verhalten wird insofern nicht mehr – wie in der behavioristischen Therapie in den 1950er- und 1960er-Jahren –

als rein reiz- bzw. situationsdeterminiert betrachtet. Vielmehr kommt es stets zu komplexen Interaktionsprozessen zwischen diesen situativen Auslösern, individuellen Faktoren i.S. von Dispositionen, dem beobachteten Verhalten und den operanten Verhältnissen i.S. interaktioneller Persönlichkeitsmodelle (Mischel, 1973). Verhaltenserwartungen und -ziele formen somit individuelle Schemata, zu deren Umsetzung jedoch auch spezifische Fertigkeiten (»Skills«) und Kompetenzen nötig sind. Insbesondere der Ansatz Aaron T. Beck's etablierte die Persönlichkeitsstörungstherapie in der kognitiv-behavioralen Ausrichtung. Beck und Mitarbeiter erklärten die Verhaltensauffälligkeiten wesentlich durch kognitive Fehler (Wahrnehmung, Bewertung, Verhaltenssteuerung) und dysfunktionale Überzeugungen (Aussagen über die eigene Person oder die Umwelt), die sich in automatischen Gedanken niederschlagen.

### Exkurs

#### Zur Vertiefung

Beck und Freeman (1999) postulierten für jede Kategorie von Persönlichkeitsstörungen ein typisches Schema mit spezifischem Selbst- und Weltbild, kognitiv-emotionalen Reaktionsmustern und Handlungsstrategien. Die schemageleitete Wahrnehmung, die dysfunktionalen automatischen Gedanken und insbesondere die schemakonformen Verhaltensstrategien führen jedoch in der Regel zur Bestätigung des eigenen Schemas, sodass sich Persönlichkeitsstörungen durch diesen Teufelskreis selbst aufrechterhalten. Beck bestreitet dabei keinesfalls den Einfluss genetischer Grundlagen und biologischer Entwicklungsfaktoren; die starke Betonung kognitiver Gesichtspunkte rechtfertigen aber seine Einordnung als Hauptvertreter der kognitiven Therapie. Bedeutende Beiträge zu dieser Therapierichtung lieferten auch Ellis (1977), Lazarus (1978) und Meichenbaum (1979) sowie Kanfer et al. (1991) mit dem Fokus auf selbstregulative Fähigkeiten.

In der biosozialen Lerntheorie der Persönlichkeitsstörungen nach Theodore Millon (1990) wird die

sozialkognitive Theorie durch eine stärkere Berücksichtigung biologischer Faktoren und schließlich evolutionärer Aspekte erweitert. Genetische und biologische Prädisposition einerseits und Lernerfahrungen aufgrund der prägenden Umwelteinflüsse andererseits stehen in lebenslanger Wechselwirkung, sodass etwa die Lernerfahrungen durch das (angeborene) Temperament, jedoch auch biologische Faktoren (neuronales Wachstum, humorale Reaktionen) durch Umwelteinflüsse verstärkend oder abmildernd modifiziert werden. Eine stärkere Betonung spezifischer, von Individuum zu Individuum unterschiedlicher Vulnerabilitäten bietet das sogenannte Diathese-Stress-Modell (Fiedler, 1995). Vulnerable Individuen weisen dabei eine besondere Empfindlichkeit, Prädisposition, etwa im Sinne hoher Labilität, durch genetische Einflüsse oder die weitere biologische Entwicklung auf, welche mit späteren sozialen Situationen interagiert und zur Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung führen kann.

## 2.2.2 Dialektisch-Behaviorale Therapie

Im Rahmen der sogenannten Dritten Welle der Verhaltenstherapie beschäftigen sich einige Strömungen explizit mit Persönlichkeitsstörungen. Eine herausragende Stellung nimmt die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach Marsha Linehan ein (Linehan, 1996). Linehan beschreibt hier ausführlich, wie Defizite in intrapsychischen und interpersonellen Fertigkeiten (im amerikanischen Original als »Skills« bezeichnet) zu dysfunktionalen Verhalten und letztlich dem Vollbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung führen. Wenn auch nicht deckungsgleich, so weisen die »Skills« doch eine weitgehende Überschneidung mit strukturellen Fähigkeiten auf, wie sie in der psychoanalytischen Literatur beschrieben werden.

Das Skill-Defizit führt zu einer in Linehans Theorie zentralen Störung der Emotionsregulation, zu einer ungenügenden Hemmung inadäquaten Verhaltens bei intensiven Affekten,

daneben zu einer beeinträchtigten Selbststeuerung, einer ungenügenden Regulation des physiologischen Arousal im Rahmen intensiver Emotionen und zu einer erschwerten Refokussierung der Aufmerksamkeit nach emotionaler Stimulation (Heim und Westen, 2014). Das Training der Skills ist daher in der Dialektisch-Behavioralen Therapie neben der kognitiv-behavioralen Einzeltherapie mit dialektischen Strategien ein zentraler Bestandteil. Die Dialektisch-Behaviorale Therapie nimmt in der Historie der für Persönlichkeitsstörungen entwickelten Psychotherapieverfahren insofern eine Sonderrolle ein, als es als eines der ersten seine Effektivität durch Studien belegen konnte.

### 2.2.3 Schematherapie

Auch die Schematherapie beschäftigt sich intensiv mit Persönlichkeitsstörungen, insbesondere der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Young et al., 2008). Die dort beschriebenen maladaptiven Schemata werden ebenso als kontinuierlich und dynamisch aufgefasst und verweisen auf die zentrale Bedeutung verinnerlichter Beziehungserfahrungen. Eine Erweiterung des ursprünglich auf der Theorie Beck's (Beck und Freeman, 1999) fußenden Verfahrens führte zur Integration psychodynamischer und bindungstheoretischer Positionen sowie von Strategien der emotionsfokussierten Ansätze (Young et al., 2008). Im sogenannten Modus-Konzept werden unterschiedliche Selbstaspekte beschrieben, die auch als im Rahmen von Lernprozessen integrierte Erfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen verstanden werden können.

### Zusammenfassung

Zusammengefasst konzeptualisieren also auch kognitiv-behaviorale Konzepte Persönlichkeitsstörungen sowohl kategorial als auch zunehmend hinsichtlich intrapsychischer Regulationsmechanis-

men, fußend auf Internalisierungsvorgängen. Dysfunktionales Verhalten wird häufig als Coping-Strategie sowohl im Rahmen genetischer und anderer biologischer Prädispositionen als auch in der Auseinandersetzung mit problematischen Lernerfahrungen verstanden und führt zu sich selbst verstärkenden Regelkreisen. In fast allen Theorien wird die enge Wechselwirkung von genetisch-biologischen Dispositionen, Umwelteinflüssen sowie Lern- und Verarbeitungsprozessen betont. Allerdings fehlt weitgehend ein operationalisiertes dimensionales Diagnostiksystem auf kognitiv-behavioraler Grundlage.

## 2.3 Persönlichkeitspsychologische Konzepte

In bewusster Abkehr von psychodynamischen oder sozial-kognitiven Ansätzen fokussierten persönlichkeitspsychologische Konzepte weniger Ätiologie oder Pathogenese von Persönlichkeitsstörungen, sondern konzentrierten sich auf Merkmale (»**Traits**«) von Persönlichkeiten und Persönlichkeitsstörungen. Auch wenn diese Forschungsrichtung primär einem akademischen, und nicht einem therapeutischen Ziel folgt, zeigte sie sich fruchtbar in der Generierung empirischer Daten, die inzwischen Eingang in die Therapieforschung fanden. Ein Persönlichkeitsmerkmal (Trait) wird dabei als emotional-kognitiv-behaviorales Verhaltensmuster verstanden, beispielsweise die Neigung, vor allem negative Emotionen zu erleben. Nach dem Pionier des Trait-Ansatzes, Gordon Allport (1937), wird mit einem solchen Persönlichkeitsmerkmal oder -faktor (Trait) sowohl ein beobachtbares Verhalten als auch eine davon abgeleitete zugrunde liegende Persönlichkeitsdisposition beschrieben. Letztere wird durch Faktorenanalyse von kovariierenden Persönlichkeitsdeskriptoren ermittelt.

Der bekannteste und einflussreichste Trait-Ansatz ist das **5-Faktoren-Modell der Per-**

**sönlichkeit** (FFM; McCrae und Costa, 1997). Gemäß diesem Modell wird die normale und pathologische Persönlichkeit durch die fünf Faktoren Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit beschrieben, wobei jedem dieser fünf Faktoren weitere Facetten zugeordnet sind, die eine genauere Beschreibung des Persönlichkeitsbildes erlauben.

Weitere Trait-Modelle sind z.B. das dreidimensionale Modell nach Eysenck (1987) oder das Basic-Six-Modell nach Andresen (2000). Auch die Circumplex-Modelle, mit denen habituelle Beziehungsmuster in einem Kreismodell mit den beiden Hauptachsen Dominanz vs. Unterwerfung und Liebe vs. Hass beschrieben werden, können als 2-Faktoren-Modelle verstanden werden (Benjamin, 1993; Kiesler, 1983; Leary, 1957).

Ein stärker psychobiologisch orientiertes Modell ist das **7-Faktoren-Modell** von Cloninger (Cloninger et al., 1993). Die sieben Faktoren werden auf zwei Domänen aufgeteilt, wobei die erste genetisch bedingten, frühmanifesten Temperamenteigenschaften entspricht und die zweite den durch die Umwelterfahrungen determinierten Charakter. Die vier Temperamenteigenschaften werden bestimmten Neurotransmittersystemen zugeordnet (Cloninger, 1998).

Die Unsicherheit der Auswahl adäquater Traits versucht Livesley durch eine verhaltensgenetische Untersuchung der Heritabilität von Traits, die in der Literatur zwischen 30 und 60 % angegeben wird, zu lösen (Livesley et al., 1993). Die von ihm postulierten vier Dimensionen emotionale Dysregulation, dissoziales Verhalten, Hemmung und Impulsivität sowie die zugrunde liegenden 18 (in einem späteren Ansatz 30) Traits zeigten eine hohe Kongruenz zu verhaltensgenetischen Analysen, was wiederum die Faktorenstruktur bestätigt (Livesley, 2011).

Die Trait-Modelle mit wenigen Persönlich-

keitsmerkmalen zeigen ein hohes Abstraktionsniveau, können damit aber keine differenzierte phänotypische oder genotypische Beschreibung von Persönlichkeitsstörungen liefern. Daher zeigt sich in den letzten Jahren ein Trend, hochabstrahierende Traits durch differenziertere und klinisch relevantere Facetten zu ergänzen. Ungeklärt ist zudem das Problem des Cut-off-Wertes für Persönlichkeitsstörungen, wenn sie lediglich als Extremausprägungen der Traits verstanden werden. Eine dimensionale Beschreibung von Persönlichkeitsstörungen ist auch vonseiten der Persönlichkeitspsychologie zu bevorzugen.

## 2.4 Fazit und Ausblick

Neben kategorialen Ansätzen der Erklärung von Persönlichkeitsstörungen war schon in den frühen psychoanalytischen Konzeptiionen eine dimensionale Sichtweise erkennbar. Diese setzte sich in den letzten drei Jahrzehnten zunehmend durch, was sich im deutschen Sprachraum in der Strukturachse der OPD-2 niederschlug. Die Forschung im Rahmen der Persönlichkeitspsychologie fokussierte stärker auf merkmalsbasierte Ansätze, die Persönlichkeitsstörungen in einer übermäßigen Ausprägung einer oder mehrerer Merkmale verorten.

Die Entwicklung von kategorialen zu dimensionalen Konzepten findet ihren vorläufigen Höhepunkt im alternativen DSM-5-Modell der Persönlichkeitsstörungen (APA, 2013), welches das Funktionsniveau der Persönlichkeit mit spezifischen Merkmalen verbindet (► Kap. 4). Diese Entwicklung wird sich voraussichtlich in der ICD-11 (WHO, 2017) fortsetzen.

## Literatur

- Abraham, K. (Hrsg) (1969 [1925]). Zur Charakterbildung auf der »genitalen« Entwicklungsstufe. In: Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung und andere Schriften. Frankfurt a.M.: Fischer; 217 – 226.
- Allport, G. (1937). Personality. A Psychological Interpretation. New York: Henry Holt.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andresen, B. (2000). Six basic dimensions of personality and the 7th factor of generalized dysfunctional personality: a diathesis system covering all personality disorders. *Neuropsychobiology* 41(1): 5 – 23.
- Arbeitskreis OPD (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber.
- Bandura, A. (1986). Social Foundations of Thought and Action. Anglewood Cliffs, NY: Prentice-Hall.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2004). Psychotherapy for Borderline-Personality Disorders. Mentalization-Based Treatment. Oxford: Oxford University Press.
- Beck, A. T., Freeman, A. (1999). Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. 4. Aufl. Weinheim: Beltz Psychologie Verlagsunion.
- Bellak, L., Hurvich, M. (1969). A systematic study of ego functions. *J Nerv Ment Dis* 148(6): 569 – 585.
- Bellak, L., Chassan, J. B., Gediman, H. K., Hurvich, M. (1973). Ego functional assessment of analytic psychotherapy combined with drug therapy. *J Nerv Ment Dis* 157(6): 465 – 469.
- Benjamin, L. S. (1993). Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders. New York: Guilford.
- Berberich, G. (2016). Von der Hysterischen Charakterneurose zur Histriionischen Persönlichkeitsstörung. Eine psychoanalytische Geschichte der Hysterie. *Persönlichkeitsstörungen* 20(3): 169 – 181.
- Berberich, G., Zaudig, M. (2015). Das alternative Modell für Persönlichkeitsstörungen in DSM-5. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 9(3): 155 – 163.
- Blanck, G., Blanck, R. (1974). Ego Psychology: Theory and Practise. New York: Columbia University Press.

- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss*. New York: Basic Books.
- Cloninger, C. R. (1998). The genetics and psychobiology of the 7-factor-model of personality. In: Silk, K. R. (ed). *Biology of personality disorders*. Rev Psychiatry 17: 63 – 92/Oldham, J. M., Riba, M. B. (Series eds). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Cloninger, C. R., Svarkic, D. M., Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 50(12): 975 – 990.
- Ellis, A. (1977). *Die rational-emotive Therapie*. München: Pfeiffer.
- Eysenck, H. (1987). The definition of personality disorders and the criteria appropriate for their description. *J Pers Disord* 1: 2011 – 2019.
- Fenichel, O. (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: Norton.
- Fenichel, O. (1967a [1931]). *Hysterien und Zwangsnurosen*. 3. unv. reprograf. Nachdruck. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Fenichel, O. (1967b [1931]). *Perversionen, Psychosen, Charakterstörungen*. Psychoanalytische spezielle Neurosenlehre. Nachdruck. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Fiedler, P. (1995). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlagsunion.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Freud, A. (1980 [1936]). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. In: *Die Schriften der Anna Freud*. Band I. München: Kindler.
- Freud, S. (1976 [1923b]). *Das Ich und das Es*. GW XIII. 8. Aufl. Frankfurt a. M.: Fischer; 235 – 289.
- Freud, S. (1979 [1933a]). *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. GW XV. 7. Aufl. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Freud, S. (1981 [1900a]). *Die Traumdeutung*. GW II/ III. 6. Aufl. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Fromm, E. (1954/55 [1947]). Über psychoanalytische Charakterkunde und ihre Anwendung zum Verständnis der Kultur (Vortrag und Diskussion). *Psyche* 8: 81 – 91.
- Hartmann, H. (1939). Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. *Int Z Psychoanal Imago* 24: 62 – 135.
- Heigl-Evers, A., Ott, J. (1995). Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Theorie und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Heim, A. K., Westen, D. (2014). Theories of Personality and Personality Disorders. In: Oldham, J. M., Skodol, A. E., Bender, D. S. (eds). *Textbook of Personality Disorders*. 2nd ed. Washington, London: American Psychiatric Publishing; 13 – 38.
- Hoffmann, S. O. (1979). *Charakter und Neurose. Ansätze zu einer psychoanalytischen Charakterologie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Hoffmann, S. O., Holzapfel, G. (1987). *Einführung in die Neurosenlehre und psychosomatische Medizin*. 3. erw. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Horney, K. (1939). *Neue Wege in der Psychoanalyse*. München: Kindler.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (1991). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer.
- Kernberg, O. F. (1985). *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, O. F. (1993). *Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten*. Bern, Göttingen: Huber.
- Kernberg, O. F. (1997). *Wut und Hass. Über die Bedeutung von Aggression bei Persönlichkeitsstörungen und sexuellen Perversionen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, O. F. (1999). *Psychoanalyse, psychoanalytische Psychotherapie und supportive Psychotherapie: Aktuelle Kontroversen*. *Psychother Psycho-som Med Psychol* 49: 90 – 99.
- Kiesler, D. (1983). The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychol Rev* 90: 185 – 214.
- Klein, M. (Hrsg) (1946). Notes on some schizoid mechanisms. In: *Das Seelenleben des Kleinkindes*. Stuttgart: Klett; 109 – 126.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self. A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. New York: International Universities Press.
- Lazarus, A. A. (1978). *Multimodale Verhaltenstherapie*. Frankfurt a. M.: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal Diagnosis of Personality: A Functional Theory and Methodology for Personality Evaluation*. Oxford: Ronald Press.
- Linehan, M. M. (1996). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.

- Livesley, W. J. (2011). An empirically-based classification of personality disorders. *J Pers Disord* 25: 397–420.
- Livesley, W. J., Jang, K., Jackson, D., Vernon, P. A. (1993). Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorder. *Am J Psychiatry* 150: 1826–1831.
- McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr. (1997). Personality trait structure as a human universal. *Am Psychol* 52: 509–516.
- Meichenbaum, D. W. (1979). Kognitive Verhaltensmodifikation. München: Urban & Schwarzenberg.
- Millon, T. (1990). Toward a New Psychology. New York: Wiley.
- Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychol Rev* 39: 351–364.
- Reich, W. (1925). Der triebhafte Charakter. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Reich, W. (1933). Charakteranalyse. Technik und Grundlagen. Berlin: Selbstverlag.
- Rohde-Dachser, C. (1995). Das Borderline-Syndrom. 5. überarb. und erg. Aufl. Bern, Göttingen: Huber.
- Rosenfeld, H. (1964). On the psychopathology of narcissism. A clinical approach. *Int J Psychoanal* 45: 332–337.
- Rudolf, G. (2006). Psychoanalytische Therapie struktureller Störungen. Behandlung »as usual« oder strukturbezogene Modifikation. In: Springer, A., Gerlach, A., Schlösser, A. M. (Hrsg). *Störungen der Persönlichkeit*. Gießen: Psychosozial-Verlag; 93–112.
- Rudolf, G. (2013). Diagnostik struktureller Störungen. In: Schneider, G., Seidler, G. H. (Hrsg). Internalisierung und Strukturbildung. Theoretische Perspektiven und klinische Anwendungen in Psychoanalyse und Psychotherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Rudolf, G., Jakobsen, T. H. (2004). Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Stuttgart: Schattauer.
- Schmideberg, M. (1959). The Borderline Patient. In: Arieti, S. (ed). *American Handbook of Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Schultz-Hencke, H. (1968 [1940]). Der gehemmte Mensch. Entwurf eines Lehrbuchs der Neo-Psychoanalyse. Stuttgart: Thieme.
- Schultz-Hencke, H. (1970 [1951]). Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.
- Sullivan, H. S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: WW Norton.
- World Health Organization (WHO) (2017). ICD-11 Beta Draft. <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f941859884> (letzter Zugriff: 02.07.2018).
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2008). Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann.