

## LANGZEIT-KATAMNESEN VON LEICHTEN UND SCHWEREN PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN - THERAPEUTISCHE IMPLIKATIONEN\*

\*Vortrag am 26.6.1996 im Rahmen des psychosozialen Kolloquiums der Abteilung Medizinische Psychologie an der Universität Ulm

*Michael Stone*

### Zusammenfassung

Die Ergebnisse einer Nachuntersuchung nach 10 bis 25 Jahren von vornehmlich aus einer psychotherapeutisch-psychoanalytischen Praxis stammenden Patienten mit Persönlichkeitsstörungen werden dargestellt. Im Gegensatz zu den Katamneseuntersuchungen ehemals stationär psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelter Patienten mit Borderline- und antisozialer Persönlichkeitsstörung fehlen solche Katamnesen in der Literatur. Persönlichkeitszüge, die zu einem guten bzw. schlechten Verlauf prädisponieren, werden beschrieben und Empfehlungen für das therapeutische Vorgehen gegeben.

**Schlüsselwörter** Langzeitkatamnesen - Persönlichkeitsstörungen - private Praxis - Therapie

### Summary

The results are reported of a long-term (10 to 25 year) follow-up study of former patients treated predominantly in private praxis with psychotherapy or psychoanalysis. Contrary to the follow-up studies of former psychiatrically and psychoanalytically treated inpatients with borderline and antisocial personality disorder there is a lack of such follow-up studies. Personality traits predisposing to good or poor outcome are described and recommendations for treatment approaches are given.

**Keywords** Long-term follow-up - personality disorders - private praxis - therapy

### Einleitung

Es ist geradezu paradox: Je mehr klinische Daten über Kurz- und Langzeitverläufe für den Bereich Persönlichkeitsstörungen vorliegen, desto schwerer und therapieresistenter ist das Krankheitsbild.

Zwei Gründe dafür sind denkbar. Zunächst sind Persönlichkeitsabweichungen, die grotesk, morbid und schwer zu behandeln sind, wahrscheinlich interessanter, um nicht zu sagen faszinierender, und das sowohl für Fachleute als auch für Laien. Die therapeutischen Probleme fordern erhebliche gedankliche Anstrengung und Aktivitäten für die Entwicklung neuer Therapieformen geradezu heraus, vergleichbar mit Krebs und anderen tödlichen Erkrankungen, die als „Störenfriede“ in medizinischen Bereich gelten und Mediziner dazu anspornen, oft auch unkonventionelle Behandlungsmethoden zu entwickeln.

Der zweite Grund sind die leichteren Persönlichkeitsabweichungen, die nur knapp die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nach DSM und ICD verfehlen. Die meisten Patienten, die eine psychoanalytische Therapie, sei sie klassisch oder modifiziert, in Anspruch nehmen wollen, zeigen unterschiedliche Abweichungen von einer sogenannten normalen Persönlichkeit. Nur ein kleiner Prozentsatz solcher Patienten weist genügend anomale Züge auf, um die diagnostischen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung zu erfüllen. Viele von ihnen bieten ein klinisches Bild, das Psychoanalytiker der ersten Generation als Charakterstörung bezeichneten. Zu denken ist hierbei an solche Charakterstörungen, von denen Abraham in seinen frühen Schriften berichtete, oder die W. Reich in seinem Buch Charakteranalyse vom Jahre 1929 insbeson-

dere in den ersten 300 Seiten beschrieb, bevor W. Reich selbst an einer schweren (paranoiden) Persönlichkeitsstörung erkrankte! Natürlich ist es auch schwierig festzustellen, ob die masochistischen, aristokratischen, hysterischen, zwanghaften und phobischen Patienten, über die er und andere Analytiker der zwanziger Jahre berichtet haben, so krank waren wie Patienten, die die Kriterien nach DSM-III-Achse II-Persönlichkeitsstörungen erfüllen. Es ist auch nicht gerade einfach, die richtige Bezeichnung für diese leichteren Abweichungen zu finden. „Aberration“ ist ein zu strenges Wort, „Schwierigkeit“ ist ein zu mildes Wort. „Deviation“ hat - im Englischen sowieso - einen etwas unglücklichen Unterton zum sexuell Perversen hin. „Abweichung“ (im Deutschen) ist eine Abweichung von der Norm, eine Divergenz. Ich bin mir nicht sicher, inwiefern dieser Ausdruck etwas Leichteres als eine Persönlichkeitsstörung beinhaltet. Falls es so ist, dann bedeutet „Abweichung“ mehr das, was Psychoanalytiker bei ihren Analysanden als milderen Typ einer Persönlichkeitsstörung behandeln. Aber das entscheidende Problem hier ist folgendes: Analytiker haben nur wenige Patienten und bewahren deren Vertrauen, das sich in der analytischen Mise en scène und in der gesamten therapeutischen Beziehung entwickelt hat. Sie ergreifen nur selten die Initiative, um einer katamnestic Studie willen ihre früheren Patienten Jahre später zu kontaktieren. Ich habe jedoch diesen Schritt gemacht und bin persönlich oder per Telefon mit meinen ehemaligen Patienten in Verbindung getreten - nach 20 bis 25 Jahren. Wegen der subjektiven und persönlichen Natur des wissenschaftlichen Vorgehens war es jedoch sehr schwierig, das

Material in einer Zeitschrift zu publizieren. Denn die Untersuchung wurde ohne blinde Rater und ohne standardisierte Instrumente, wie etwa Fragebögen durchgeführt. Herausgeber von Zeitschriften sind oft mißtrauisch, was solche Daten betrifft: Sie könnten am Ende doch gefärbt oder erfunden worden sein, um die Vorurteile des Autors zu bestätigen.

Als ein Resultat dieser sehr speziellen Bedingungen fand sich eine Menge Informationsmaterial über das Schicksal von Personen mit antisozialer und Borderline-Persönlichkeitsstörung, wenige Informationen über schizotypische, narzißtische und hypomanische Persönlichkeiten und nur sehr spärliche Informationen über die Gruppe von Patienten, die die eine oder andere Form der psychoanalytischen Therapie durchlaufen hat.

### **Der Typus der gehemmten Persönlichkeit**

Psychoanalytische Therapien, einschließlich der klassischen Psychoanalyse mit Behandlung im Liegen und einer Frequenz von vier bis fünf Stunden pro Woche, wurden vornehmlich entwickelt, um Hemmungen, insbesondere sexuelle Hemmungen, zu lösen. Die Patienten litten unter der einen oder anderen Neurose, und die Pioniere der Psychoanalyse behandelten hauptsächlich hysterische, Zwangs-, phobische, depressive und masochistische Neurosen. Alle würden heute dem sog. ängstlichen Cluster der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-III bis DSM-IV zugeordnet. Zwar hat DSM den histrionischen Typus in das dramatische Cluster plaziert, aber die Definition ähnelt viel mehr den kränkeren Borderline-Patienten, nicht so sehr denen mit einer hysterischen Neurose, wie sie von Analytikern aus Freuds Tagen beschrieben wurde. Sicher: einige der frühen „hysterischen“ Patientinnen wiesen so viele somatische Symptome und eine solche Ich-Schwäche auf, daß wir dazu neigen, sie histrionisch à la DSM zu nennen. Hysterika, beschrieben von den frühen Analytikern, waren zumeist sexuell gehemmt, aber verführerisch, ängstlich aber kokett, funktionierten gut in den meisten Bereichen des Lebens und lagen in Kernbergs dreigeteilten Schema eindeutig auf der neurotischen Ebene. Einige von W. Reichs „aristokratischen“ Patienten, die wir narzißtisch nennen würden, waren auch mehr gehemmt als „dramatisch“, so daß sie auch gut in das ängstliche Cluster passen würden. Zu Freuds Zeiten war der passiv-aggressive Typ kein anerkannter Persönlichkeitstyp, während des Zweiten Weltkrieges erhielten rebellische oder subtil unkooperative Soldaten diese Diagnose. Dieser „negativistische“ Persönlichkeitstyp wurde dem ängstlichen Cluster zugeordnet, jedoch nicht in DSM-IV aufgenommen.

Entscheidend ist, daß alle gehemmten Patienten, falls sie einigermaßen integriert, d.h. neurotisch sind, gut auf eine psychoanalytische Therapie ansprechen und noch nach Jahren sozial gut angepaßt sind. Eine Ausnahme würde der passiv-aggressive Patient sein, dessen kaum verhüllte Aggressivität und Verachtung des Analytikers (und aller anderen Autoritätspersonen) Barrieren errichtet, die oftmals auch im Verlauf der Therapie nicht abgebaut werden können.

### **Patienten mit neurotischem Funktionsniveau aus der privaten Praxis**

Es gibt nur wenige systematische Katamnesestudien zu diesen Patienten, und die sind von schlechter Qualität (Stone 1993).

Nach jetzt über 30jähriger Erfahrung in privater Praxis kann ich über 33 Patienten mit neurotischem Funktionsniveau berichten, die in zehn Jahresintervallen und länger (10-15 Jahre: N=1; 16-20 Jahre: N=6; 20 Jahre und länger: N=26) von mir weiterverfolgt wurden. Die häufigsten Persönlichkeitstypen waren zwanghafte (8) und depressiv-masochistische (7), gefolgt von hysterischen (4), narzißtischen (4) und „gemischten“ (4) Typen. Zehn Patienten waren in Langzeitanalysen und wurden im Liegen behandelt. Die übrigen erhielten eine psychoanalytisch orientierte Therapie über ein bis fünf Jahre mit zwei bis drei Sitzungen pro Woche.

Mit Ausnahme von zwei Patienten wiesen alle eine ausgeprägte Gehemmtheit auf. Der eine war eine antisoziale Persönlichkeit und ein totaler therapeutischer Mißerfolg. Er stammte aus einer reichen Familie und lebt jetzt von den Zinsen seines treuhänderisch verwalteten Vermögens. Saufend und hurend vagabundiert er durch Las Vegas und Mexiko, zufrieden mit seinem Leben mit einer Menge Geld im Hintergrund.

Der andere war ein Chirurg, den ich über zwei Jahre (auf der Couch liegend) viermal in der Woche sah. Er war ein ansehnlicher, narzißtischer Mann, früherer High School-Football-Star, sehr aggressiv und ehrgeizig, aber mit keinen besonderen Fähigkeiten. Innerhalb von zwei Jahren brachte er es auf die großartige Summe von einem Traum, und der war auch noch ausgesprochen mondän. Er fühlte sich als etwas ganz Besonderes, so daß ihm die Frauen und die Welt im allgemeinen aus lauter Dankbarkeit zu Füßen liegen sollten, weil er so ein Macho und - 20 Jahre früher - ein so grauenhafter Football-Spieler gewesen war. Ich machte mir, was ihn betraf, keine Hoffnung, weil er so leer und eitel erschien. Nach zwei Jahren traf er im Urlaub eine Frau, heiratete sie zwei Wochen später (29 Jahre alt mit vier Scheidungen hinter sich) und brach seine Analyse ab, um bei ihr in Kalifornien zu bleiben. Als ich ihn 20 Jahre später kontaktierte, war er wieder verheiratet mit einer wesentlich stabileren Frau, sehr erfolgreich als Chef einer Chirurgengruppe und lebte in einem großen Haus in Südkalifornien. Er erzählte mir, daß er seiner Unstetigkeit und Aggressivität früherer Tage entwachsen und jetzt ein viel ernsthafterer und seriöserer Mensch sei. Ob dieser exzellente Verlauf und Ausgang irgend etwas mit der damaligen Analyse zu tun hatten, ist äußerst fragwürdig. Aber diese Fallvignette entspricht einem typischen günstigen Lebensweg von Patienten mit neurotischem Funktionsniveau. Dabei spielt die Ausgangssituation keine wesentliche Rolle, solange keine antisozialen Züge vorliegen (wie der Mann aus Las Vegas). Nahezu all diese Patienten entwickelten sich gut, einschließlich jener, deren Prognose zunächst entmutigend schlecht war. Eine solche Frau mit vornehmlich schizoiden und masochistischen Zügen war vier Jahre lang bei mir in Psychoanalyse.

Sie konnte sich jedoch nicht aus einer hoffnungslosen Beziehung mit einem verhassten, kontrollierenden Mann lösen, der ihr das Geld aus der Tasche zog, während sie versuchte, ihre Doktorarbeit in Kunstgeschichte zu beenden. Die Analyse lief vor allem deswegen auf Grund, weil sie es nicht fertigbrachte, sich wegen ihrer Einsamkeit und des mangelnden Selbstwertgefühls von diesem Manne zu trennen (als ob er der beste Mann sei, den sie bekommen könnte). 25 Jahre später erzählte sie, daß sie sich letztendlich doch lösen konnte, ihre Doktorarbeit beendete und einen besser zu ihr passenden Mann kennenlernte, den sie dann auch heiratete und mit dem sie ein zufriedenstellendes Leben führte. Auch hier ist der Zusammenhang mit der früheren Analyse äußerst gering, gibt aber eine Vorstellung von dem natürlichen Verlauf des klinischen Bildes einer Patientin.

Die andere schizoide Patientin stammte aus einer Familie mit vielen schizophrenen Angehörigen. Sie kämpfte mit ihrer sexuellen Identität als primär homosexuelle Frau, wurde aber von der Familie dazu gezwungen, ein heterosexuelles Leben zu führen. Die Analyse war, wie ich glaube, ziemlich erfolgreich, nämlich ihr dabei zu helfen, ihren Weg als homosexuelle Frau zu gehen. Sie lernte außerdem, Männer als menschliche Wesen und nicht als „stick figures“ anzusehen. Schließlich kam sie viel besser mit der Arbeit zurecht. Sie ist jetzt Herausgeberin in einem angesehenem Verlag und lebt mit ihrer Partnerin seit über 20 Jahren zusammen, mit der sie ein Kind aufzieht, das sie nach einer künstlichen Insemination auf die Welt gebracht hatte.

Die dritte schizoide Patientin - eine Frau mit einer nach heutiger Nomenklatur sozialen/ emotionalen Lernstörung - hat sich nicht gut entwickelt. Ich sehe sie gelegentlich, 30 Jahre nach Beginn ihrer Analyse. Ihrer Stimme fehlt der melodische Klang; sie klingt affektiert oder gestelzt. Sie scheint sich von den Menschen zurückzuziehen. Ihr Selbstvertrauen ist niedrig, teilweise aufgrund ihrer Isolation, was dazu geführt hat, daß sie die Begleitung wildfremder Männer - z.B. in Bars - sucht, die sie übervorteilen und vielfältig mißbrauchen. Sie lebte noch dazu mit einem Vagabunden zusammen, der sie ausnahm, und wäre, wenn er nicht gestorben wäre, wahrscheinlich noch immer mit ihm zusammen. Sie ist Lehrerin in einer höheren Schulklasse, führt aber ein zurückgezogenes Leben, manchmal mit dem Gedanken spielend, sich das Leben zu nehmen, ohne jedoch jemals einen Versuch unternommen zu haben.

### **Patienten mit Verläufen entgegen der klinischen Intuition**

Obgleich nur die antisozialen Männer einen so schlechten Verlauf hatten, wie ich vermutete, gab es sieben Patienten mit einem Verlauf, den ich „kontraintuitiv“ nennen möchte. Einer von ihnen war der narzißtische Chirurg. Außerdem gehörten dazu eine hysterische Stewardess, ein hysterischer, homosexueller Medizinstudent, zwei ausgesprochen zwanghafte Männer (ein Chemiker und ein Flugzeuginspektor), eine depressiv-masochistische Frau und ein Rechtsanwalt mit (passiv) abhängiger Persönlichkeit.

Die Stewardess und der Inspektor sind von besonderem Inter-

esse. Die Patientin hatte einen verführerischen, aber, wie ich glaube, nicht inzestuösen Vater. Sie hatte zwei Freunde, als ich mit ihr zu arbeiten begann. Einer lebte 3000 Meilen westlich, der andere 3000 Meilen östlich von New York. Als Stewardess konnte sie den Soldaten in Kalifornien an einem und den europäischen Geschäftsmann am anderen Wochenende besuchen, war aber nicht in der Lage, sich zur Heirat eines der beiden Männer zu entscheiden. Sie erzählte mir einen eindrucksvollen Traum, in dem sie ekstatisch auf dem Rasen ihres Elternhauses mit einem ausgewachsenen Tiger herumtollte, während ihre Mutter zornig von der Haustür aus zusah. Als ich den Traum so deutete, daß sie durch ihre unmögliche Zwillingsromanze emotional an ihren Vater gebunden bliebe und sie keinen ihrer beiden Bewerber liebe, entschwand sie nach Australien und wurde von einem Piloten schwanger, ließ abtreiben und gab ihre Analyse auf. Ich ging davon aus, daß ihr Leben weiter chaotisch verlaufen würde. Zwanzig Jahre später erfuhr ich, daß sie nach einer mißlungenen Ehe fünf bis sechs Jahre durch die USA gezogen war, aber dann einen viel besser zu ihr passenden Mann geheiratet hatte. Sie lebt nun ein ruhiges und angenehmes Leben mit dem zweiten Ehemann und ihrer heranwachsenden Tochter.

Ich war noch viel pessimistischer, was den Flugzeuginspektor anging. Er mußte sich einer gerichtlich verfügbaren Psychotherapie unterziehen, nachdem er wegen Erregung öffentlichen Ärgernisses als Exhibitionist vor Mädchen auf einem Schulhof angeklagt worden war. Er war ein rigider und wenig kommunikativer Mann mit ausgeprägter Feindseligkeit gegenüber Frauen, der nur Prostituierte gelegentlich kontaktierte. Er erzählte mir einen Traum nach dem anderen, in denen die Welt explodierte, riesige Feuersbrünste tausende von Frauen verschlangen oder Vulkane aufbrachen und ihre heiße Lava über die gesamte Menschheit ausschütteten. Die größte Quelle seiner Feindseligkeit war seine Mutter. Eine bedeutende Kindheitsszene war folgende: Im Alter von acht Jahren schlenderte er mit seiner Mutter durch ein stark besuchtes Einkaufszentrum. Als er einen ziemlichen Druck auf der Blase verspürte und dies seiner Mutter erzählte, antwortete sie: „Pinkle zwischen die Autos, du hast sowieso nichts zu verbergen!“ Die nächsten 30 Jahre verbrachte er damit, zu überprüfen, ob er nicht doch etwas zu verbergen hatte, was schließlich zu seiner Verhaftung und Verurteilung führte. Ich arbeitete zwei Jahre lang mit diesem Mann; als er die Therapie aufgab, hatte er noch immer keine Frau mit konventionellem Hintergrund kennengelernt und äußerte immer noch feindselige Gefühle gegenüber Frauen, obgleich er jetzt einiges über die Hintergründe seiner Haltung verstanden hatte. Ich konnte mir nicht vorstellen, daß er ein zufriedenstellendes Leben führen können würde. Als ich 20 Jahre später mit ihm in Verbindung trat, stellte sich heraus, daß er seinen alten Job aufgegeben hatte und in einer Reiseagentur arbeitete; im Alter von 42 Jahren hat er geheiratet, 1 1/2 Jahre nach Beendigung der Therapie, ist Vater von zwei heranwachsenden Kindern und mittlerweile Leiter der Reiseagentur. Dies war zweifellos die bemerkenswerteste Veränderung, die ich bei einem Patienten mit neurotischen Strukturniveau beobachtet habe:

Bei Beendigung der Therapie waren bestimmt keine Fortschritte in seinen interpersonellen Fähigkeiten vorzuweisen

gewesen. Es ist nicht meine Aufgabe, über die Effektivität dieses oder jenes therapeutischen Vorgehens zu spekulieren, sondern vielmehr zu zeigen, was mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen über längere Zeitperioden hinweg passiert. Man kann anscheinend generell den Schluß ziehen, daß Patienten mit einem neurotischen Strukturniveau ohne antisoziale Persönlichkeit (und nicht ausgeprägt schizoid im Sinne von Abgeschottetsein und Desinteresse an engen Beziehungen) im Leben recht gut zurechtkommen. Ich kann sogar Beispiele von neurotisch strukturierten Patienten mit kürzeren Katamneseintervallen von sieben bis neun Jahren hinzufügen, die sich sehr gut entwickelten, obgleich sie leicht paranoide und aggressive Züge in Verbindung mit einer zwanghaften Persönlichkeit aufwiesen. Normalerweise sind paranoide und aggressive Züge verbunden mit einer fraglichen oder schlechten Prognose; aber dies muß nicht der Fall sein, wenn diese Tendenzen nicht zu stark ausgeprägt sind.

### **Assoziierte Züge und ihre Bedeutung**

Eine andere generelle Tendenz scheint sich in Langzeitkatamnesen zu bestätigen: Der Langzeitverlauf ist abhängig von der Anzahl und der Art der Persönlichkeitstypen, die mit dem dominierenden Typus assoziiert sind, wenn ein individuelles Persönlichkeitsprofil erstellt wird. Das heißt z.B., daß ein Patient mit einer vermeidenden Persönlichkeit und assoziierten abhängigen Zügen einen besseren Verlauf und Ausgang aufweist als ein Patient mit zusätzlichen paranoiden und schizoiden Zügen. Aber viel hängt auch von dem Schweregrad der assoziierten Züge, der Therapiemotivation und den gesunden Persönlichkeitszügen (wie Durchhaltevermögen, geistiges Innenleben, Gewissenhaftigkeit) ab. Wenn jemand eine sozial verträgliche Persönlichkeit aufweist und diese Tendenzen stark ausgeprägt sind, können diese die krank machenden Effekte gewisser pathologischer Züge überdecken. Bei Patienten mit neurotischem Funktionsniveau haben weitere hervorstechende Persönlichkeitsauffälligkeiten (sofern es sich nicht um antisoziale Züge handelt) allerdings weniger Einfluß auf Verlauf und Ausgang als bei Borderline- oder psychotischen Patienten. Ein zwanghafter Patient mit depressiven und narzißtischen Zügen wird sich im Langzeitverlauf weder besser noch schlechter entwickeln als ein zwanghafter Patient mit vermeidenden und abhängigen Zügen. Bei Borderline-Patienten hingegen haben diese assoziierten Züge mehr Gewicht und helfen uns, Subtypen mit gutem und schlechtem Verlauf zu bilden. Wie bei Oldham und Mitarbeitern (1995) zu lesen ist, neigen Borderline-Patienten zu besonders zahlreichen pathologischen Persönlichkeitszügen, so daß sie häufig die Kriterien von drei oder mehr Persönlichkeitsstörungen erfüllen. Im Gegensatz dazu zeigten nur wenige meiner Patienten mit neurotischem Funktionsniveau eine Mixtur aus pathologischen Zügen, deren Unterbringung in nur einer Kategorie schwierig war.

### **Ungehemmte Persönlichkeitstypen**

Wie für den gehemmten Persönlichkeitstypus haben DSM-III bis DSM-IV auch für den ungehemmten eine eigene Grup-

pe gebildet, nämlich das dramatische Cluster, das die histrionische, Borderline-, antisoziale und narzißtische Persönlichkeit einschließt. Die ersten drei Persönlichkeitsstörungen tendieren dazu, dramatisch und ungehemmt zu sein, narzißtische Patienten teilen jedoch nicht alle dieser Qualitäten. Manche von ihnen sind z.B. scheu und ohne Selbstvertrauen, obgleich sie auch egozentrisch, übermäßig ehrgeizig, gierig nach Macht und Ruhm sowie gleichgültig gegenüber den Gefühlen anderer sind.

Ansprechbarkeit auf Psychotherapie im Sinne einer klassischen Psychoanalyse ist in dieser Gruppe eher gering ausgeprägt. Im Fall von antisozialen Persönlichkeiten geht sie auf Null zu und erreicht absolut Null, wenn diese Persönlichkeiten die Faktor I-Kriterien nach der Checkliste von Hare (1992) erfüllen, nämlich Kriterien, die mit Narzißismus, Herzlosigkeit und unbarmherzig-rücksichtsloser Ausbeuterei zu tun haben. Vom prognostischen Standpunkt aus machen diese psychopathischen Züge den Unterschied. Obgleich antisoziale Persönlichkeiten selten von irgendeiner Psychotherapie profitieren, muß ihr Lebensverlauf keineswegs ungünstig sein, wenn man diese psychopathischen Züge berücksichtigt. Voraussetzung ist allerdings, daß man sie bis ins Alter von über vierzig Jahren verfolgt. Mit anderen Worten, ein impulsiver, antisozialer Mann, der trinkt, in nicht allzugroße Schwierigkeiten gerät (Verlust des Arbeitsplatzes, Inhaftierung wegen Alkohols am Steuer, viele Scheidungen), aber niemals Gewaltverbrechen begeht, „brennt“ in den späten Dreißigern oder frühen Vierzigern „oftmals aus“. Er kann ein zumindestens respektabler, wenn nicht sogar untadelhafter Bürger werden. Tatsächlich haben einige solcher antisozialen Männer, die als Jugendliche Probleme mit dem Gesetz wegen Alkohol- und Drogenmißbrauchs, kleineren Diebstählen etc. hatten, später als Erwachsene ein gesetzestreu und moralisch einwandfreies Leben geführt.

Ein Beispiel dafür ist ein Patient aus meiner New York State Psychiatric Institute-Studie: Seine Mutter verstarb in seinem Alter von sieben Jahren. Sein Vater heiratete wieder, und zwar eine Frau, die für ihn zur grausamen Stiefmutter wie im Märchen wurde. War er vor dem Tod der Mutter ein Musterschüler und ein ergebener Sohn gewesen, so rannte er nun von zu Hause weg, fixte, wurde ein kleiner Drogendealer und kam in Konflikt mit dem Gesetz. Er wurde mit gerichtlicher Auflage zu uns auf die Station gebracht und war ein totaler Therapieversager. Er floh von der Station und nahm sein Leben auf der Straße wieder auf. Einige Jahre später landete er mit einer Überdosis Heroin auf der Intensivstation und entkam dem Tod nur um Haaresbreite. Dank der Rettung durch die moderne Intensivmedizin, hatte er, wie Freud es nannte, ein Aha-Erlebnis und realisierte, daß er im Begriff war, sein Leben wegzuworfen. Von diesem Moment an nahm er keine illegale Droge mehr ein, ging regelmäßig zu den Narcotics Anonymous und wurde schließlich einer ihrer wichtigsten Sprecher. Er reiste durchs Land und warnte junge Leute vor den Gefahren des Drogenkonsums. Schließlich heiratete er und gründete eine Familie mit zwei Kindern - 20 Jahre nach Verlassen unserer Station.

Lee Robbins und ihre Mitarbeiter aus St. Louis (1966) und andere Autoren haben über das Phänomen des Nachreifens

nicht-gewalttätiger antisozialer Persönlichkeiten vom impulshaften Typ geschrieben. Robert Hare (1988) und Sheilagh Hodgins (1993) aus Vancouver konnten zeigen, wie im Gegensatz dazu sadistische Faktor I-Psychopathen ein ganz anderes Schicksal nehmen. Sie fügen sich mit zunehmendem Alter keineswegs in die Gesellschaft ein, äußern sich weiterhin geringschätzig über die Psychiatrie und über jede Bemerkung, daß etwas mit ihnen nicht in Ordnung sei. Diejenigen von ihnen, die wegen Gewaltverbrechen inhaftiert waren, haben eine hohe Rückfallrate.

### **Histrionische Persönlichkeiten**

Die Diagnose einer histrionischen Persönlichkeitsstörung erzeugt erhebliche Verwirrung, weil die Persönlichkeitszüge nur teilweise dem Begriff „hysterisch“ entsprechen, der den Begriff „histrionisch“ ersetzen sollte. Die histrionische Persönlichkeit weist einige klassische hysterische Züge auf (Theatralik, fehlende emotionale Tiefe, Eitelkeit), aber auch andere Züge wie provokatives, gereiztes und infantiles Verhalten (dies gilt allerdings mehr für DSM-III als für DSM-IV). Eine histrionische Persönlichkeit kann als eine hysterische Persönlichkeit auf dem Borderline-Niveau (in Kernbergs Terminologie) gesehen werden. Die Patienten neigen mehr zur Impulsivität und, wenn sie in Analyse sind, zum Ausagieren der Übertragung. Die Prognose ist zum großen Teil abhängig von dem habituellen Aggressionsniveau. Chronisch aggressive Personen erschöpfen die Geduld ihrer Mitmenschen, von denen sie abhängig sind, und haben generell einen schlechten Lebensverlauf, es sei denn, sie bekommen auf die eine oder andere Weise ihre Aggressivität in Griff. Hingegen arbeiten jene, die zumeist Rücksicht auf andere nehmen, gut in der Therapie mit und machen Fortschritte.

Ich möchte zwei diametral entgegengesetzte histrionische Persönlichkeiten aus meiner Praxis mit konträrem Verlauf schildern. Eine war eine theatralische trockene Alkoholikerin, ursprünglich aus dem Süden der USA, die einen europäischen Adligen heiratete. Sie hatte eine Bipolar-II-Erkrankung (ihr Vater war eine hyperthyme Persönlichkeit, der mit Glücksspielen Millionen gewann und verlor) mit schweren depressiven Attacken (mit Suizidalität) und aggressiven Ausbrüchen (nur gegen den Ehemann) kurz vor Beginn ihrer Periode. In solchen Augenblicken kämpfte das Paar wie Hund und Katze, beschmiß sich mit Gegenständen. Mit Hilfe einer analytisch orientierten Therapie und anxiolytischen Medikamenten machte sie große Fortschritte, die sie aber zum großen Teil ihrem nachdenklichen, freundlichen, generösen und sehr charmannten Wesen verdankt, mehr noch ihrem trällernden südlichen Akzent.

Die andere war eine ebenso theatralische, verführerische, aber verbitterte und cholerische Frau, die ich zusammen mit ihrem Ehemann wegen der Frage einer Ehepaartherapie sah. Sie war körperlich, aber nicht sexuell von ihrem Vater mißbraucht worden und machte dem Ehemann das Leben zur Hölle, als ob sie sich symbolisch für erlittenes Unrecht an ihm rächen mußte. Einmal erwähnte sie den Besuch der 12jährigen Tochter ihres Mannes: wegen einer Kleinigkeit sei sie

ihrer Stieftochter gegenüber so in Rage geraten, daß sie ihr ein Haarbüschel ausgerissen habe. Die Stieftochter war außer sich und gelobte, nie mehr in das Haus des Vaters und der Stiefmutter zu kommen, so daß der Vater seine Tochter kaum mehr zu sehen bekam. Als ich ihr klarmachte, wie destruktiv und selbstdestruktiv ihre Wut war, denn sie bedrohte auch ihre Ehe, und ihre Krankheit als das benannte, was sie in früheren Zeiten war, nämlich die Krankheit des Zornes (ich hielt das Buch von Johann Weyer „De Ira Morbo“ in der Hand), schrie sie mich an: „Du bist ein Arschloch, ich habe nicht die Krankheit des Zornes“. Danach rannte sie aus dem Zimmer, verließ ihren Mann und die zwei Kinder und lebte die nächsten zehn Jahre ein unbefriedigendes und schwieriges Leben, wie mir ein Kollege berichtete.

### **Borderline-Patienten**

Für Borderline-Patienten gibt es mehr Daten und mehr Literatur zu Langzeitverläufen als für jede andere Persönlichkeitsstörung. Viele Daten stammen aus Studien in den späten Achtzigern von Plakun aus Austin Riggs (1985), McGlashan aus Chestnut Lodge (1986), Paris aus Montreal (1987) und Kroll aus Minnesota (1985) und meiner aus New York (1987). Die Studien mit der höchsten Ausschöpfungsrate und den größten Patientenzahlen sind die von McGlashan und mir: Die Ausschöpfungsrate bei ihm war 86%, bei mir 95%. Alle Arbeiten stimmten darin überein, daß nach 10 bis 25 Jahren Patienten mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-III-Kriterien (BPS) ca. zwei Drittel einen guten Ausgang haben mit Werten von über 60, gemessen mit der Global Assessment Scale (Endicott et al. 1976). Bezogen auf das eine Drittel mit schlechtem Ausgang, variierte die Suizidrate zwischen 3% und 9%, je nach Alter bei Erstaufnahme in die Klinik. Die Suizidrate von Personen im Alter von 20 bis 30 Jahren ist in westlichen Gesellschaften seit 20 Jahren hoch. Patienten, die nach dem 30. Lebensjahr zum ersten Mal stationär aufgenommen und dann nachuntersucht wurden, hatten eine niedrigere Suizidrate; sie waren Überlebende welcher Stressoren auch immer, denen sie in ihren zwanziger Jahren ausgeliefert waren. In den USA sind die meisten Patienten mit einer BPS Frauen, während in den skandinavischen Ländern die BPS oft mit schizotypischen Zügen auftritt und das Geschlechterverhältnis nahezu ausgeglichen ist.

### **Der Einfluß von einigen positiven und negativen Variablen**

In meiner Katamnesestudie von 299 stationären Patienten mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation nach Kernberg, von denen 206 die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-III erfüllten, konnte ich 95% nachuntersuchen. Das Sample war groß genug, klinisch relevante Untergruppen zu bilden und einige Variablen zu bestimmen, die mit gutem oder schlechtem Ausgang assoziiert sind. Ich möchte daran erinnern, daß zwei Drittel der BPS einen günstigen Ausgang zeigen, wenn man von den Werten

der Global Assessment Scale (GAS) von Endicott et al. (1976) ausgeht, d.h. von 61 und mehr. Aber jeder der Borderline-Patienten, der zusätzlich eine Alkoholerkrankung aufwies und regelmäßig die Anonymen Alkoholiker aufsuchte, gehörte zur gut gebesserten Gruppe. Andere Faktoren, die bei der überwiegenden Mehrzahl einen exzellenten Ausgang hatten, waren künstlerisches Talent (in jeder kreativen Form wie Tanz, Malerei, Belletristik, Musik ...), hoher Grad von Selbstdisziplin, sehr hohe Intelligenz (IQ > 130) und bei Frauen außergewöhnliche Attraktivität. Selbstdisziplin erlaubte es den genesenden BPS, sich an einem einsamen Abend oder am Wochenende mit einem Hobby zu vergnügen, während diejenigen ohne diese Fähigkeiten in Panik gerieten. Schönheit erlaubte es einigen Borderline-Frauen, Interesse und Ergebenheit männlicher Begleiter auf sich zu ziehen. Diese standen ihnen selbst dann hilfreich zur Seite, wenn die Frauen manchmal provokativ, gereizt oder einfach unfreundlich waren. Künstlerisches Talent erleichterte es den ehemaligen Patienten, Arbeit zu finden und ihren Lebensunterhalt zu verdienen, selbst wenn ihre Persönlichkeit in anderen Bereichen wenig ansprechend war. So etwa fanden einige eher paranoide oder griesgrämige BPS mit hohem IQ Stellen als Computerspezialisten, Mathematiker, Wissenschaftler im Labor, wo sie nur mit sich selber beschäftigt waren.

36 Patienten mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation nach Kernberg erfüllten nicht die Kriterien einer BPS und boten ein dysthymes Bild. Sie entsprachen dem anaklitisch-depressiven Typ IV-Borderline-Patient nach Grinker (1968). Von diesen 36 konnte ich 34 ausfindig machen; keiner beging Suizid, der durchschnittliche GAS-Wert betrug 75, 10 Punkte mehr als der Durchschnitt der BPS. Ich schreibe diesen sehr günstigen Ausgang dem Mangel an Aggressivität und Selbstdestruktivität dieser Gruppe zu.

Die höchsten Suizidraten (dreimal so hoch wie in der gesamten Borderline-Gruppe) wiesen die Patienten mit BPS und persistierendem Alkoholmißbrauch bzw. -abhängigkeit auf. Viele verachteten die AA, was bedeutete, daß ihre negativen Persönlichkeitszüge mit der einzigen Behandlung interferierten, die sie vor ihrem Alkoholproblem hätte schützen können. Die Männer mit einer BPS und einer Major Depression zeigten eine zweifach höhere Suizidrate als der Durchschnitt; das gleiche gilt für antisoziale Männer, die Verbrechen begangen hatten und von der Polizei festgenommen worden waren oder werden sollten: Zum Beispiel sprang einer aus dem Fenster, als er die Polizeiautos vorfahren sah, die ihn wieder wegen Brandstiftung festnehmen wollten.

Daneben gab es vier Mörder aus Mittel- bis Oberschichtfamilien, wo (selbst in New York) die Rate sehr niedrig ist. Ein Mann tötete seine ihm chronisch mißbrauchende Mutter, als sie ihn dazu zwingen wollte, anstelle eines von ihm bevorzugten Hamburgers Truthahn zum Erntedankfest zu essen. Ein anderer behauptete, 18 Jahre alt zu sein, und ging mit 17 Jahren zur Armee. Als er vor der Entlassung seine Eltern besuchte, kam es zu einer Auseinandersetzung mit den chronisch zerstrittenen Eltern. Anschließend schoß er aus Wut an einem nahegelegenen Strand drei Männer mit seinem Gewehr nieder und sitzt seit 28 Jahren im Gefängnis.

Am entgegengesetzten Ende des Spektrums befinden sich zehn

Psychologen, zwei Ärzte, zwei Direktoren großer Betriebe. Einige sind Schriftsteller, wurden Opernsänger oder Orchestermitglieder. Andere sind Lehrer, Wirtschaftsprüfer, Geschäftsinhaber usw.

Faktoren, die zu einem schlechten Ausgang prädisponieren, sind also unbehandelter Alkoholismus, antisoziale Persönlichkeit, Inzest (Vater - Tochter und vor allem Stiefvater - Stieftochter) und schizotypische Persönlichkeit. Letztere Patienten litten unter chronischen Problemen im täglichen Leben und einer lebenslangen Isolation, obwohl keine Suizide auftraten. Chronische Feindseligkeit war ein anderer negativer Faktor, der sich auch bei meinen Praxispatienten bestätigte, wobei die feindseligsten mit BPS den schlechtesten Ausgang überhaupt hatten. Unglücklicherweise gibt es immer wieder BPS mit chronischer Feindseligkeit, die ihre sexuellen oder ehelichen Partner vor den Kopf stoßen, wenn sie in die Vierziger kommen.

Sie zeigen dann eine deutliche Verschlechterung ihres klinischen Verlaufes, der manchmal in einem Suizid kulminiert. Glücklicherweise ist dies aber die Ausnahme.

Zur Zeit arbeite ich halbtags in einer Klinik mit armen Patienten. Es handelt sich dabei fast ausschließlich um Frauen, die zu beinahe 100% von dem einen oder anderen Verwandten sexuell mißbraucht worden sind. Viele dieser Frauen führen ein fürchterliches Leben in erbärmlichen Umständen, sind verheiratet oder leben mit einem Mann zusammen, der sie physisch mißbraucht. Ich kann mir einfach nicht vorstellen, daß sich zwei Drittel von ihnen in zehn oder fünfzehn Jahren wohl fühlen werden. Ich will damit sagen, daß die Behauptung, zwei Drittel aller Borderline-Patienten können auf eine Heilung hoffen, zu optimistisch ist. Offensichtlich finden sich Untergruppen von BPS, deren Ressourcen zu mager und deren Erlebnisse von Mißbrauch zu erschütternd sind, um positive Zukunftsaussichten zu haben.

## **Der Einfluß von einigen spezifischen Persönlichkeitszügen**

Ich bin mir bewußt, daß die Faktoren, die ich im Rahmen meiner Katamnesestudien erfassen konnte, nur ungefähr ein Sechstel der Varianz erklären können. Um ein wenig mehr von dem Geheimnis zu lüften, dachte ich daran, einem weiteren Bereich von Persönlichkeitszügen mehr Aufmerksamkeit zu widmen als dem von 110 Items der DSM-Persönlichkeitsstörungen. Deshalb entwickelte ich eine Liste mit 500 negativen und 100 positiven Zügen, ohne zu realisieren, daß andere vor mir - zumeist Psychologen - schon etwas Ähnliches gemacht hatten.

Es gibt nur ganz wenige Persönlichkeitszüge, die nicht in DSM oder ICD zu finden sind und dennoch prognostisches Gewicht haben. Patienten von welchem hervorstechenden Persönlichkeitstyp auch immer, die speziell eifersüchtig, rachsüchtig, deviant, streitsüchtig oder knauserig sind, haben gewöhnlich ruinöse Beziehungen. Sogar Leute, die mit ihrer Geschwätzigkeit andere in den Wahnsinn treiben, verschlechtern ihre Prognose durch den ununterbrochenen Redefluß.

Auf der positiven Seite stehen Leute, die höflich, bescheiden,

couragiert, überlegt, mitfühlend, ausdauernd, vertrauenswürdig und gewissenhaft sind oder Integrität zeigen. Dabei spielt es keine Rolle, welche anderen Probleme sie haben und ob sie „Borderliner“ sind oder nicht. Der Ausgang wird in der Regel besser sein, als von seiten der Psychopathologie zu erwarten wäre.

Ich glaube, es ist für Psychotherapeuten hilfreich, nach ein paar Monaten ein solches Persönlichkeitsinventar für ihre Patienten auszufüllen. Jahre später könnten Katamnesestudien dadurch bereichert werden, daß man die Züge herausfiltert, die mit einem guten vs einem schlechten Ausgang assoziiert sind. Ich habe eine solche Studie in meiner psychoanalytischen Gruppe (American Academy of Psychoanalysis) begonnen: Ich bat die Kollegen, die BPS behandeln, einen Patienten auszusuchen, der über fünf Jahre nach Beginn der Analyse einen guten Verlauf zeigte und zumindest einen mit einem schlechten Verlauf. Dies sind sozusagen die Ausreißer einer Normalverteilung, bezogen auf die Variabilität von Ausgängen. Ich bat dann, die Liste der Persönlichkeitszüge am Anfang der Therapie auszufüllen. Angesichts der großen Anzahl von Persönlichkeitszügen (600) benötigt man enorm viele Probanden, um statistisch robuste Aussagen über einen guten oder schlechten Ausgang zu erhalten. Meine vorläufigen Ergebnisse lassen weiterhin vermuten, daß mißtrauische, eifersüchtige, streitsüchtige, deviante und gereizte Patienten nach fünf bis zehn Jahren viel häufiger zur Gruppe mit schlechtem Ausgang tendieren.

Was den positiven Persönlichkeitszug „Durchhaltevermögen“ betrifft, so fehlte er laut Robert Cloninger (1993) bei allen Patienten mit einer identifizierbaren Persönlichkeitsstörung. Diese Menschen wissen nicht, was sie gerne in ihrem Leben beruflich machen wollen. Sollte es doch der Fall sein, haben sie Probleme, dabeizubleiben oder das nötige Training zum Erreichen der vorgenommenen Ziele durchzuhalten.

Menschen, die einen guten Charakter haben, entwickeln sich letztendlich besser, auch wenn sie anfänglich ziemlich gehandikapt sind. Das läßt mich vom prognostischen Standpunkt aus sagen: „Charakter ist alles“.

### **Schlußfolgerungen der Katamneseforschung für die Behandlung**

Die Katamneseforschung bei Persönlichkeitsstörungen hat methodisch bessere Studien für Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen, d.h. mit Borderline- und antisozialer Persönlichkeitsstörung, als für Patienten mit milden Persönlichkeitsstörungen hervorgebracht. Ich habe nicht den Eindruck, daß die Forschung großen Einfluß auf die bessere Behandlung der mildereren Formen genommen hat, mit denen Analytiker in ihren Praxen konfrontiert werden. Die Forschung konnte zeigen, daß antisoziale Persönlichkeiten vom impulsiven, aber nicht gemütslosen Typus ihre antisozialen Tendenzen überwinden können. Dies geschieht allerdings durch Anbindung an die AA oder durch verhaltenstherapeutische Gruppen in Institutionen (einschließlich Gefängnissen) oder einfach durch das Älterwerden. Konventionelle Psychotherapie hat antisozialen Persönlichkeiten wenig anzubieten.

Auch die Psychopharmakotherapie ist für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen wenig hilfreich, mit Ausnahme von Borderline- und schizotypischen Persönlichkeitsstörungen, deren Definition überwiegend auf Symptomen basiert und nicht auf Persönlichkeitszügen. Patienten mit BPS benötigen des öfteren Psychopharmaka (Antidepressiva, Anxiolytika, stimmungsstabilisierende Substanzen) während einzelner Episoden der Erkrankung. Schizotypischen Patienten helfen gelegentlich niedrigdosierte Neuroleptika. Bei vielen Patienten mit einer ängstlichen oder depressiven Persönlichkeit zeigt die entsprechende Medikation besonders zu Beginn der psychotherapeutischen Behandlung eine günstige Wirkung.

Davon abgesehen, erweitern die Katamnesestudien unser therapeutisches Wissen hauptsächlich in bezug auf die BPS. Wallersteins (1986) Monographie über das Menninger-Projekt und mein eigenes Buch über das Schicksal der Borderline-Patienten (1990) unterstützen sehr die Annahme, daß viele deutlich von einer supportiven und psychoanalytisch orientierten (expressiven, exploratorischen) Therapie profitieren. Es ist nicht leicht, Leitlinien für die Wahl der einen oder anderen Therapie zu etablieren, da die Brauchbarkeit von der Ausbildung des Therapeuten abhängt, von kulturellen Faktoren sowie vom kognitiven Stil des Patienten. Seit den abgeschlossenen Katamnesestudien wurden kognitiv-behaviorale Therapien zur Behandlung von Borderline-Patienten entwickelt und erprobt, insbesondere von Aaron Beck (1991) und Marsha Linehan (1993). Linehans Dialektische Verhaltenstherapie scheint dabei gute Erfolge bei der Behandlung von selbstschädigendem und suizidalen Verhalten zu zeigen. Kernbergs (1984) expressive Therapie zielt mehr auf ein durchgehendes, tieferes Angehen der Persönlichkeit ab, d.h. auf die Umwandlung einer Borderline-Struktur in eine „neurotische“ Struktur. Nach den Ergebnissen meiner Katamnesestudie findet eine solche Umwandlung tatsächlich statt, denn viele der ursprünglich von Kernberg selbst als „Borderline“ diagnostizierten Patienten erfüllen die Kriterien dieser Diagnose 10 bis 15 Jahre später nicht mehr. Im besten Falle könnten wir Gründe für die Wahl der einen oder anderen Therapiemethode finden, unabhängig von der Ausbildung und den persönlichen Vorurteilen des Therapeuten, sondern nach klinischen, kognitiven und kulturellen Gegebenheiten des Patienten. In der Realität ist dieses Ideal nicht immer zu erreichen. Aber konfrontiert zum Beispiel mit einem Borderline-Patienten, der stark auf suizidales und selbstschädigendes Verhalten fixiert ist, wäre die Aufmerksamkeit auf dieses pathologische Verhalten zu richten, und verhaltenstherapeutische Maßnahmen könnten dann auch von den Therapeuten ergriffen werden, die eine psychoanalytische Ausbildung haben. Stationär oder ambulant wird bei Borderline-Patienten oft eine Gruppentherapie vom expressiven oder behavioralen Typ angewendet. Therapeuten aller Therapierichtungen erkennen den Nutzen einer solchen Gruppentherapie an, besonders bei Patienten mit Substanzabhängigkeit oder bei Patienten, die einen sexuellen Mißbrauch in der Vorgeschichte haben. Auch nehmen wir in den 90er Jahren Abstand von doktrinären Annahmen einer geeigneten Behandlungsmethode und wenden uns einem individuellen Therapieprogramm zu, das sich zusammensetzt aus einer Reihe von therapeutischen Stilen und

Vorgehensweisen, die am besten für unsere Borderline-Patienten geeignet sind.

Da es letztlich der Patient selbst ist, der uns dahin bringt, das für ihn therapeutisch Sinnvollste zu tun, ist es nicht überraschend, daß sich heutzutage Therapeuten mit unterschiedlichem Ausbildungshintergrund und unterschiedlicher Orientierung treffen. Ihre Therapieempfehlungen sind bemerkenswert konvergierend. Linehan spricht von Gegenübertragung, Kernberg von Vertragsschließung und strikten Verhaltensvorgaben für die Anfangsphase der Therapie etc. Auf der anderen Seite arbeitet Linehan nicht mit Traumdeutung, Kernberg gibt keine Hausaufgaben auf, wie es kognitiv-behaviorale Therapeuten tun. Wie es Daniel Stern in seinem Buch „The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy“ (1995) formuliert hat, ist der menschliche Geist so, daß im Rahmen einer Psychoanalyse verändertes Denken zu einem veränderten Verhalten und verändertes Verhalten, auf das die kognitiv-behaviorale Schule abzielt, zu einer Veränderung von gedanklichen Prozessen führen kann, z.B. zur Korrektur von negativen Gedanken. Das dynamische Equilibrium zwischen Denken und Verhalten ist leicht zu beobachten, wenn man mit handlungsorientierten Patienten wie den Borderline-Patienten zu tun hat.

Die Katamnesestudien machen uns nebenbei auch deutlich, daß die Therapie auf längere Zeitperioden ausgedehnt werden muß, d.h. auf fünf bis zehn Jahre und mehr, kontinuierlich oder mit Unterbrechungen. Das Spektrum der therapeutischen Interventionen muß dabei nicht unbedingt dasselbe bei Anfang und Ende der Therapie sein. Dies gilt vor allem dann, wenn der Drang des Patienten zu schädigendem und selbstdestruktivem Verhalten deutlich nachgelassen hat.

## Literatur

- Beck AT, Freeman A: Cognitive therapy of personality disorders. New York, London, Guilford Press, 1990.
- Cloniger CR: A general biosocial model of personality and psychopathology. Presidential address: The 83rd Meeting of the American Psychopathological Association. New York, 1993.
- Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J: The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Arch Gen Psychiatry 1976; 33: 766-771.
- Grinker RR, Werble B, Dry R: The borderline syndrome: a behavioral study of ego functions. New York, Basic Books, 1968.
- Hare RD: The Hare Psychopathy Checklist - Revised. Toronto, Multi-Health Systems, 1992.
- Hare RD, McPherson LM, Forth AE: Male psychopaths and their criminal careers. J Consult Clin Psychol 1988; 56: 710-714.
- Hodgins S: Mental disorder and crime. London, Sage Publications, 1993.
- Kernberg OF: Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies. New Haven, London, Yale University Press, 1984.
- Kroll JL, Carey KS, Sines LK: Twenty year follow-up of borderline personality disorder: a pilot study. In: Shagass C, Hrsg.): IV World Congress of Biological Psychiatry (Bd. 7). New York, Elsevier, 1985, 577-579.
- Linehan MM: Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, Guilford Press, 1993.
- McGlashan TH: The Chestnut-Lodge follow-up study 3: long-term outcome of borderline personalities. Arch Gen Psychiatry 1986; 43: 20-30.
- Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, Hyler SE, Doidge N, Rosnick L, Gallaher PE: Comorbidity of axis I and axis II disorders. Am J Psychiatry 1995; 152: 571-578.
- Paris J, Brown R, Nowlis D: Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. Compr Psychiatry 1987; 28: 530-535.
- Plakun EM, Burkardt PE, Muller JP: 14-year follow-up of borderline and schizotypal personality disorders. Compr Psychiatry 1985; 26: 448-455.
- Robins LN: Deviant children grown up: a sociological and psychiatric study of sociopathic personality. Baltimore, Williams & Wilkins, 1966. Reprinted and published by RE Krieger Publishing Co., Huntington, New York, 1974.
- Stern D: The motherhood constellation: a unified view of parent - infant psychotherapy. New York, Basic Books, 1995.
- Stone MH: The fate of borderline patients. New York, Guilford Press, 1990.
- Stone, MH: Long-term outcome in personality disorders. Br J Psychiatry 1993; 162: 299-313.
- Stone MH, Stone DK, Hurt SW: Natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization. Intensive Hospital Treatment 1987; 10: 185-206.
- Wallerstein RS: Forty-two lives in treatment: a study of psychoanalysis and psychotherapy. New York, Guilford Press, 1986.

**Michael Stone, M.D.**

Professor of Clinical Psychiatry  
Columbia College of Physicians & Surgeons  
Central Park West # 225 New-York City, NY 10024 USA  
Tel: 001-212-758-2000, Fax: 001-212-799-7163

**Deutsche Übersetzung: Thomas Bronisch**