

SAND SIEBEN IN DER WÜSTE ODER KANN HANS LERNEN, WAS HÄNSCHEN NIE KONNTE?

KOGNITIVE THERAPIE BEI ANTISOZIALER PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Can the Leopard Change his Spots? Cognitive Therapy with Antisocial Personality Disorders

James Pretzer

Zusammenfassung

Grundannahme des kognitiven Störungsmodells ist, dass kognitive Schemata, Verzerrungen der Attributionen und der Kognitionen die wichtigsten Quellen dysfunktionaler Affekte und dysfunktionalen Verhaltens sind. Nach dem kognitiven Modell der antisozialen Persönlichkeit sehen sich entsprechende Personen als stark und autonom und als von der Gesellschaft schlecht behandelt. Die Sicht anderer umfasst danach deren Schwäche und Verletzbarkeit. Eigene Grundannahmen sind danach etwa "Ich muss angreifen, sonst werde ich zum Opfer", "Ich bin berechtigt, andere auszubeuten" und "Regeln sind willkürlich". Im Rahmen eines Fallbeispiels wird der Behandlungsansatz der kognitiven Therapie für Patienten mit antisozialer Persönlichkeit dargestellt und erläutert. Ziel der Therapie ist dabei, antisoziales Verhalten zu reduzieren und prosoziales Verhalten zu fördern.

Schlüsselwörter Persönlichkeitsstörung – antisoziale Persönlichkeit – dissoziale Persönlichkeit – kognitive Therapie – prosoziales Verhalten - Falldarstellung

Patienten mit Persönlichkeitsstörungen gehören zu den komplexesten und anspruchsvollsten Patienten, die einem Therapeuten begegnen können. Dabei gilt die Behandlung von Personen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung als besonders schwierig. Frosch (1983) vertritt eine weit verbreitete Meinung, wenn er schreibt: „Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung sind am wenigsten beliebt. Viele würden bezweifeln, ob sie überhaupt als Patienten und nicht viel eher als Verbrecher angesehen werden sollten. Es ist bekannt, dass sie kein Schuldempfinden haben, zu Empathie nicht in der Lage und unempfänglich für Therapie sind. [...] Es besteht nahezu Einigkeit darüber, dass ambulante Therapie, wenn sie die einzige Therapieform ist, wenig nutzt ganz gleich welchen Ansatz man wählt.“

Dieser Pessimismus stellt für den im ambulanten Setting arbeitenden klinischen Praktiker ein Dilemma dar. Wenn ein

Summary

The basic premise of the cognitive therapy model is that attributional bias and schemas as well as cognitive distortions are the main source of dysfunctional affect and behavior. The cognitive model of antisocial personality includes the view of self as being strong, autonomous, mistreated by society and entitled to break rules. The view of others includes their weakness and vulnerability, core beliefs are "I need to be an aggressor, or I will be the victim", "I am entitled to exploit others", "rules are arbitrary". A case report is presented to illustrate intervention methods of cognitive therapy for patients with antisocial personality in order to decrease antisocial and to increase pro-social behavior.

Keywords personality disorder – antisocial personality – cognitive therapy – prosocial behavior - case report

Ein Patient mit antisozialer Persönlichkeitsstörung beginnt eine Therapie, sei es auf Drängen anderer oder freiwillig, was soll der Therapeut dann tun? Froschs Sichtweise betrachtet ambulante Therapie als fruchtlos. Manche würden sogar sagen, es sei unethisch, eine bekanntermaßen unwirksame Behandlung anzubieten. Ist es aber andererseits für einen Therapeuten vernünftig oder ethisch vertretbar, eine Behandlung zu verweigern in der Erwartung, dass die Person verhaftet wird und einem der wenigen stationären Behandlungsprogramme zugeteilt wird, die als wirksam gelten (z.B. Carney, 1986; Matthews und Reid, 1986; Reid, 1981; Reid und Solomon, 1986)? Glücklicherweise gibt es seit kurzem Hinweise, nach denen kurzzeitige ambulante kognitive Verhaltenstherapie zumindest bei einigen Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung wirksam sein kann (Davidson und Tyrer, 1996; Kristiansson, 1995; Woody et al., 1985). Dieses Kapitel stellt einen aktuel-

len kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz zur Behandlung der antisozialen Persönlichkeitsstörung vor.

Warum kognitive Therapie?

Kognitive Therapie ist ein aktiver, problemorientierter Ansatz der Psychotherapie auf der Basis von Verständnis der Funktionen von Gedanken, Gefühlen und Verhalten für die Psychopathologie. Sie bietet möglicherweise besonderes Potenzial zur Überwindung einiger Probleme, die bei dem Versuch, Menschen mit Persönlichkeitsstörungen zu verstehen und zu behandeln, auftreten können (Beck et al., 1990; Freeman et al., 1990; Pretzer, 1996; Pretzer & Beck, 1996). So ist es zum einen schwer, ein klares Konzept für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen zu erstellen. Die kognitive Therapie bietet hier ein leicht verständliches Konzept, welches helfen kann, die Therapie mit komplexen Patienten weniger verwirrend und frustrierend zu machen. Zum Zweiten haben Menschen mit Persönlichkeitsstörungen oft eine ganze Bandbreite von Symptomen, die unmittelbare Aufmerksamkeit erfordern. Kognitive Therapie verfügt über ein kohärentes Konzept, welches eine ganze Reihe flexibel und strategisch nutzbarer Interventionen umfasst. Sie beinhalten spezielle kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken als überzeugende Instrumente zur Linderung des Leids einerseits und zum Erreichen langfristiger Veränderungen andererseits, um zukünftige Schwierigkeiten abzuwehren. Schließlich verfügen viele psychotherapeutische Ansätze nur über eine begrenzte empirische Grundlage. Kognitive Therapie wird durch einen großen Korpus empirischer Forschung gestützt, der sowohl die Theorie als auch die Wirksamkeit der Behandlung untersucht. Auch wenn die Forschung im Bereich der kognitiven Therapie bei Persönlichkeitsstörungen noch am Anfang steht, so gibt es dennoch vorläufige Anzeichen, die sie als wirksame Behandlungsmethode bei antisozialer Persönlichkeitsstörung und anderen Persönlichkeitsstörungen ausweisen.

Antisoziale Persönlichkeitsstörung erkennen

Die Diagnose der antisozialen Persönlichkeitsstörung gründet nicht nur auf dem kriminellen Verhalten der Betroffenen. Die Störung ist durch verantwortungsloses und antisoziales Verhalten gekennzeichnet, welches in der Kindheit oder frühen Jugend beginnt und sich im Erwachsenenalter fortsetzt (vgl. diagnostische Kriterien nach ICD-10 und DSM-IV). Dennoch umfasst sie auch Probleme, die über kriminelles Verhalten hinausgehen. Typischerweise sind die Betroffenen in einem Maße reizbar und impulsiv, dass bei ihnen ein positiver Versuch, sich sozialen Normen anzupassen, erschwert ist. Entgegen der landläufigen Meinung, dass „Soziopathen“ und „Psychopathen“ keinerlei Schuldgefühle haben und unter ihrer Störung nicht leiden, klagen sie über Anspannung, die Unfähigkeit, Langeweile auszuhalten, Depressionen sowie über Probleme in ihren Beziehungen zu Familie, Freunden und Sexualpartnern. Diese emotionalen und interpersonellen Probleme bestehen eher fort, auch wenn das eklatant antisoziale Verhalten im späteren Erwachsenenalter abnimmt.

Ein Beispiel:

„Rex“ war ein durchschnittlich gebauter, dunkelhäutiger Mann, der zu seinem ersten Termin in eng anliegenden Hosen kam. Er trug ein groß bedrucktes, weit aufgeknöpftes Hemd, mehrere Goldketten und Krokodillederschuhe. Sein Arzt hatte ihn zum Konsil überwiesen, denn die Schmerzen und Beeinträchtigungen, die Rex als Folge seiner rheumatoiden Arthritis angab, standen nicht im Verhältnis zu dem physischen Befund und Rex hatte sich selbst mehrfach als „Krüppel“ und „alterschwach“ bezeichnet. Der Arzt vermutete, dass diese „negative Einstellung“ die durch Rex Erkrankung verursachten Schmerzen verstärken und zu weiteren Beeinträchtigungen führen würden. Rex hatte diese Vermutung zurückgewiesen, sich aber dennoch zu der Konsiliarüberweisung bereit erklärt.

Rex war in der ersten Sitzung kooperativ, aber vage und schaffte es, wenig Informationen zu geben, ohne allerdings verschlossen zu wirken. So beschrieb er zum Beispiel einen normalen Tag: „Wissen Sie, ich treffe 'n paar Leute, mach Besorgungen, mach 'n paar Geschäfte ... Sie wissen schon.“ Später, während der Sitzung schien er sich zu entspannen und genoss es zunehmend, Geschichten über seine Heldentaten zu erzählen. Als Kind hatte er mit älteren Kindern „auf der Straße rumgehungen“, und er erzählte, er wisse ziemlich gut, wie es läuft, würde gute Deals machen, die Schwächen im System nutzen und die Regeln zu seinen Gunsten anwenden. Als Junge kam er mit illegalem Glücksspiel in Berührung, zuerst als Botenjunge, dann stieg er immer weiter auf, bis er beinahe vor einem Geschworenengericht angeklagt worden wäre und „für eine Weile die Stadt verlassen musste“. Er hatte früher seinen Lebensunterhalt als Buchmacher verdient und später einen lukrativen Posten, von dem er nur vage sprach, für den er aber oft in exotische Gebiete reiste. Ab diesem Punkt entschied sich der Therapeut, nicht weiter ins Detail zu gehen, es sei denn, Rex würde dies von sich aus tun.

Auf die Frage nach Stressoren antwortete Rex, ein neueres Problem beschäftige ihn ständig, und sein Arzt habe wahrscheinlich Recht mit der Vermutung, dass emotionale Faktoren seine Gesundheit beeinflussten. Kurz bevor seine Arthritis angefangen hatte, „Zicken zu machen“, hatte Rex unter der Hand erfahren, dass ein Partner, mit dem er sich angefreundet hatte, ihn hintergangen hatte. Er meinte, er solle „das Schwein kaltmachen“, wollte es aber nicht. Er konnte nicht aufhören, darüber nachzugrübeln, auch wenn er befürchtete, dass der daraus resultierende Stress seine Gesundheit langfristig schädigen würde. Er schloss daraus, dass „dieses Schwein mich zum Krüppel machte!“ Diese Sicht der Situation führte zu noch mehr Wut und verstärkte Rex' Konflikt, was zu tun sei.

Auf vielfache Art erfüllt Rex die gängigen Stereotypen für eine antisoziale Persönlichkeitsstörung, einschließlich der offensichtlichen Schuld- und Reuelosigkeit. Das bedeutete aber nicht, dass er nicht leidet. Zusätzlich zu den physischen Symptomen, an denen er litt, und den Folgen, die das für sein Leben hatte, litt er deutlich unter dem Zwiespalt zwischen Trauer und Wut als Antwort auf den Verrat durch einen Mann, den er als engen Freund ansah.

Die *Diagnose der antisozialen Persönlichkeitsstörung* ist nicht schwierig, wenn man die notwendigen Informationen bekommen kann. In der klinischen Praxis mag es allerdings einige Zeit dauern herauszufinden, ob die Betroffenen alle Kriterien einer antisozialen Persönlichkeitsstörung erfüllen oder lediglich einige antisoziale Züge zeigen. Betroffene aus dem kriminellen Milieu werden zögern, detaillierte Informationen über ihre Aktivitäten zu liefern, oder sie werden die Prahlerei mit ihren Heldentaten in einem Maße genießen, welches die Glaubwürdigkeit der Geschichten in Frage stellt. Einige Therapeuten sind bei der Exploration vorsichtig, weil sie nicht „zu viel wissen“ oder den Patienten verärgern wollen, während andere vom Lebensstil der Patienten so beeindruckt sind, dass sie weit mehr Informationen als nötig sammeln, wegen der faszinierenden Geschichten. Natürlich ist keines der Extreme förderlich. Im Idealfall erhebt der Therapeut so viel Informationen, wie er für die Diagnostik und die Therapie braucht – ohne übertriebene Furcht, aber auch ohne sich von Anekdoten ablenken zu lassen. Einige Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung werden persönliche Probleme schnell von sich weisen und ihre Schwierigkeiten der schlechten Behandlung durch andere anhängen. Als Therapeut ist es daher wichtig, solche Details aufmerksam zu beobachten, die entsprechenden Leugnungen widersprechen, und offensichtlichen Widersprüchen auf den Grund zu gehen. Wenn aus anderen Quellen, z.B. durch Familienmitglieder, Arbeitgeber oder Bewährungshelfer, Informationen erhältlich sind, hat der Therapeut es leichter, den Erlebnisbericht des Patienten auf seine Genauigkeit hin zu prüfen.

Nicht wenige Verfasser unterscheiden zwischen „kriminellen Soziopathen“ oder „erfolglosen Soziopathen“ (d.h. Personen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung, die „erwischt“ werden) und „kreativen“ oder „erfolgreichen Soziopathen“, die schlau genug sind, aus ihrer Unabhängigkeit von sozial auferlegten Verhaltensbeschränkungen Kapital zu schlagen, ohne eingesperrt zu werden. Es ist natürlich unmöglich, den empirischen Nachweis für die Hypothese zu erbringen, dass es viele Menschen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung gibt, die unentdeckt bleiben (wie kann man Menschen ausmachen, die per definitionem der Entdeckung entfliehen?). Die Verfasser des DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) bemerken, dass jene, die vorausschauend und mit der notwendigen Planung antisozial oder „zweifelhaftig“ handeln, so dass sie konstant aus diesem Handeln Nutzen ziehen können, nur selten alle Kriterien der antisozialen Persönlichkeitsstörung erfüllen. Auch wenn diese Bemerkung im DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) nicht wiederholt wird, ist klar, dass Menschen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung typischerweise erhöhte Impulsivität und Verantwortungslosigkeit sowie einen Mangel an Vorausschau zeigen, was langfristigen Erfolg in Beruf oder Politik ausschließen würde.

Andere Verfasser (z.B. Cleckley, 1976; Hare, 1970) unterscheiden zwischen Personen, welche die diagnostischen Kriterien für eine antisoziale Persönlichkeitsstörung erfüllen, und einer wichtigeren Untergruppe, welche gemeinhin als „Psychopathen“ bezeichnet werden (s. Tabelle 1 als Liste der hy-

pothetischen Charakteristika von „Psychopathen“). Die Literatur über Psychopathie ist recht ausladend und würde den Rahmen dieses Aufsatzes sprengen (vgl. Millon et al., 1998, für eine aktuelle Übersicht). Oft werden die Charakteristika der Psychopathie als biologisch begründet angesehen, und die Betroffenen gelten als unbehandelbar. Dennoch zeigt eine jüngere Untersuchung (Kristiansson, 1995), dass Psychopathen mit kognitiver Verhaltenstherapie bei gleichzeitiger Psychopharmakagabe effektiv behandelt werden können. Auch wenn es noch weiterer Forschung bedarf, so gibt Kristianssons Ergebnis Grund zu der Hoffnung, dass Psychopathen nicht so unbehandelbar sind, wie viele glauben.

Tabelle 1: Merkmale von Psychopathie (Hare, 1991)

Glätte / oberflächlicher Charme
Übersteigertes Selbstwertgefühl
Drang nach Stimulation / anfällig für Langeweile
Pathologisches Lügen
Befehlen / Manipulieren
Mangel an Reue oder Schuld
Flacher Affekt
Gefühllosigkeit / Mangel an Empathie
Parasitäre Lebensführung
Geringe Verhaltenskontrolle
Promiskuitives Sexualleben
Frühe Verhaltensauffälligkeiten
Mangel an realistischen, langfristigen Zielen
Impulsivität
Verantwortungslosigkeit
Keine Übernahme von Verantwortung für das eigene Handeln
Viele kurzzeitige eheliche Beziehungen
Jugendstraffälligkeit
Widerruf des Bewährungsvollzugs
Vielfältig straffällig

Die anschließende Diskussion befasst sich sowohl mit Menschen, die alle Kriterien der antisozialen Persönlichkeitsstörung erfüllen, als auch mit jenen, die nur einige Merkmale dieser Störung zeigen. Kristiansson (1995) argumentiert, dass für eine effektive Nutzung des psychotherapeutischen Ansatzes bei der oft als „Psychopathen“ bezeichneten Untergruppe eine angemessene zusätzliche Pharmakotherapie notwendig ist.

Kognitive Betrachtung der antisozialen Persönlichkeitsstörung

Die traditionelle Sichtweise der antisozialen Persönlichkeitsstörung geht davon aus, dass es den Betroffenen nicht gelungen ist, familiäre und soziale Verhaltensstandards zu internalisieren, und dass sie daher kein Gewissen und keine Schuldgefühle haben. Damit wird impliziert, dass ohne ein Gewissen, welches einen an nicht akzeptiertem Handeln hindert, und ohne ein Gefühl für Schuld, welches als Strafe für solches Handeln fungiert, jeder ständig nach seinen aggressiven, selbstzentrierten und antisozialen Impulsen handeln würde. Die verschiedenen Vertreter dieser Sichtweise sind sich nicht einig, ob nicht ein ausgebildetes Gewissen und fehlendes Schuldgefühl durch genetische Faktoren, durch familiäre Einflüsse oder durch ein Zusammenspiel der beiden verur-

sacht werden¹. Doch, was auch immer die Ursache sein mag, diese Sichtweise impliziert, dass eine Behandlung auf irgendeine Art ein Gewissen vermitteln müsse, wenn sie Erfolg haben will. Leider ist hierfür bisher keine effektive Methode entwickelt worden.

Stimmt es, dass die antisoziale Persönlichkeitsstörung auf einen Mangel an Gewissen zurückzuführen ist? Halten Sie für einen Moment inne und überlegen Sie mal, ob man Schuld fühlen muss, um *nicht* antisozial zu handeln. Was hält Sie davon ab, eine Bank auszurauben, wenn Sie mehr Geld ausgeben wollen? Würden Sie sich primär schuldig fühlen, wenn Sie so etwas täten, oder gibt es andere Gründe? Selbst wenn jemandem Schuldbewusstsein fehlt, ist die Wahrscheinlichkeit für antisoziales Handeln gering, solange derjenige weiß, dass prosoziales Verhalten hilft, bestimmte Ziele zu erreichen, und wenn er weiß, dass die Risiken antisozialen Verhaltens gegenüber dem Nutzen überwiegen, und/oder wenn er die negativen Folgen antisozialen Verhaltens für Dritte erkennt. Die kognitive Sichtweise menschlichen Handelns und Erlebens unterstreicht drei Aspekte der Kognition (s. Abbildung 1). Erstens, die „automatischen Gedanken“, die unmittelbare und spontane Beurteilung einer Situation, die eine zentrale Rolle bei dem Auslösen und der Ausformung einer emotionalen Reaktion und des Verhaltens in einer Situation spielt.

Als Rex, zum Beispiel, eines Morgens aufwachte und aufgrund seiner Arthritis Schmerzen hatte und sich steif fühlte, waren seine unmittelbaren, spontanen Gedanken u.a.: „Ich fühl mich beschissen“, „Ich bin ein Krüppel“, „Ich bin altersschwach“ und „Ich komm damit nicht klar.“ Er war dann in depressiver Stimmung und schlief weiter, anstatt zur gewohnten Zeit aufzuste

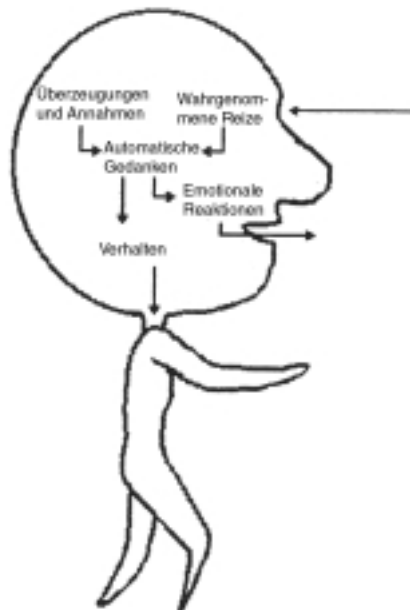


Abbildung 1: Kognitives Grundmodell

Wenn die unmittelbare, spontane Interpretation einer Person in einer Situation richtig ist, dann werden die Reaktionen darauf angemessen sein. Aber oft erleben oder interpretieren die Menschen eine Situation nicht richtig, was häufig zu unangemessenen Reaktionen führt. In der oben beschriebenen Situation, waren Rex' spontane Gedanken in mehrfacher Hinsicht nicht angemessen. Er dachte, er sei ein Krüppel, obwohl er nur mäßige Schmerzen hatte. Er dachte, er sei altersschwach, obwohl er durchaus in der Lage war, alle notwendigen Dinge normal zu erledigen, wenn auch oft mit Mühen. Er dachte: „Ich komm damit nicht klar“, obwohl seine Leistung an anderen Tagen belegte, dass er mit seiner Arthritis und mit den Anforderungen des Alltags gut zurechtkam.

Wie kommt es, dass Menschen ihre Beeinträchtigung massiv über- und ihre Fähigkeit, die Anforderungen des täglichen Lebens zu meistern, deutlich unterbewerten? Viele Fehleinschätzungen und Fehlinterpretationen entstehen durch Schemata - kognitive Strukturen, die individuelle Grundüberzeugungen und Annahmen enthalten -, welche das Erleben eines Ereignisses und die Reaktion darauf mitbestimmen. Rex war fest davon überzeugt, in einer Ellenbogenwelt zu leben, in der es gefährlich ist, Schwächen oder Verwundbarkeit zu zeigen, da andere diese Schwächen sofort ausnutzen. Diese Annahme hatte einen wichtigen Einfluss darauf, wie Rex die oben beschriebene Situation interpretierte. Erstens, da andere eine von ihm gezeigte Schwäche sofort ausnutzen, war er sehr empfindlich für jegliche Anzeichen von eigener Schwäche, die für andere sichtbar sein könnten. Diese selektive Aufmerksamkeit führte dazu, dass er selbst kleinste Anzeichen eigener Beeinträchtigung bemerkte und sehr ernst nahm. Da aber in seiner Sicht der Welt der eigene „Ruf“ besonders wichtig war, wichtiger als seine tatsächlichen Fähigkeiten, war er nicht im gleichen Maße empfänglich für Anzeichen, die ihm Hinweise hätten geben können, dass er in seiner „Ellenbogenwelt“ gut zurechtkam. Entsprechend führte seine Weltsicht zu einer hohen Wachsamkeit für Zeichen von Behinderung und zu einer Unaufmerksamkeit für Belege seiner Fähigkeiten. Dabei kam es zu einer Selbsteinschätzung, die ihn als deutlich stärker behindert und weitaus unfähiger erscheinen ließ, als er tatsächlich war. Dies wiederum bestärkte seine Sicht, dass er in der Ellenbogenwelt verletzlich war, was wiederum zu erheblichem Stress und starker Angst führte.

Ein dritter Aspekt von Kognition, der zu hartnäckigen Fehleinschätzungen von Situationen beitragen kann, sind systematische Denkfehler, sog. kognitive Verzerrungen. Die Menschen sind für eine Reihe von Logikfehlern anfällig, die zu Fehlinterpretationen von Ereignissen und einer verstärkten Wirkung der Schemata führen können. So hat beispielsweise Rex' allgemeine Selbsteinschätzung „Ich bin ein Krüppel“ eine stärkere emotionale Wirkung, als wenn er sich etwas realistischer gesagt hätte: „Morgens, wenn ich aufstehe, bin ich für ein, zwei Stunden steif und habe Schmerzen.“ Wenn Menschen Situationen in Schwarz-weiß-Mustern sehen, selektiv auf einen Teil einer Situation fokussieren, übergeneralisieren

¹ vgl. Rutter, 1997 bezüglich einer neueren Diskussion der komplexen Interaktionen von Genen und Umwelt bei der Entstehung antisozialen Verhaltens

oder andere kognitive Verzerrungen vornehmen, dann trägt das oft entscheidend zu Fehlinterpretationen oder Fehlverständnis einer Situation bei (vgl. Liste kognitiver Verzerrungen bei Beck et al., 1979).

Das kognitive Modell geht davon aus, dass die Interpretation von Ereignissen die emotionale Reaktion auf eine Situation bestimmt, und wir argumentieren weiter, dass der emotionale Zustand des Einzelnen einen wichtigen Einfluss auf die Kognition hat. Eine Vielzahl von Forschungsarbeiten hat belegt, dass Affekte sowohl die Gedanken als auch das Verhalten auf stimmungskongruente Weise beeinflussen können. Unterschiedliche Studien haben gezeigt, dass schon eine leichte, experimentell induzierte depressive Stimmung die Wahrnehmung wie auch Erinnerungen in depressiv-kongruenter Weise verändern kann (vgl. die Übersicht von Watkins et al., 1992). Die depressive Stimmung erhöht also die Wahrscheinlichkeit, sich auf negative Aspekte einer Situation zu konzentrieren und vorzugsweise negative Erfahrungen aus der Vergangenheit zu erinnern. Obwohl dieses Phänomen für die meisten anderen Stimmungen nicht detailliert untersucht worden ist, darf man doch annehmen, dass eine Vielzahl von Stimmungen die Wahrnehmung und Erinnerung auf entsprechende Weise beeinflussen. Demzufolge werden beim Einzelnen Aufmerksamkeitsprozesse auf Bedrohungssignale hin ausgerichtet, wenn die Angst zunimmt (Watkins et al., 1992). Ein solches Phänomen legt den Grundstein zu einem potenziell sich selbst perpetuierenden Kreislauf, in dem automatische Gedanken eine Stimmung hervorrufen, die Wahrnehmungen und Erinnerungen auf stimmungskongruente Weise beeinflusst. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit der Entstehung weiterer stimmungsauslösender, automatischer Gedanken, was noch mehr von der besagten Stimmung hervorruft, was dann wiederum die Wahrnehmung und Erinnerung beeinflusst und so weiter, bis etwas geschieht, das diesen Kreislauf durchbricht (s. Abbildung 2).

Affekte können auch auf andere Art für das Funktionieren eines Individuums eine wichtige Rolle spielen. Wie Taylor und Reichmann (1991, 1992) bemerken, fürchten sich manche vor Emotionen und bemühen sich, die Emotion selber zu vermeiden, versuchen dem Erleben von Emotion so schnell wie möglich zu entkommen, oder versuchen, Gedanken, Erinnerungen oder Situationen zu vermeiden, die für sie Emotionen hervorrufen könnten. Rex war nicht bereit, eine Reihe von Emotionen auszuhalten, die er als „schwach“ ansah, wie etwa Trauer, Einsamkeit und Verletzlichkeit. Entsprechend vermied er Situationen, die nach seiner Einschätzung solche Emotionen hätten hervorrufen können, lenkte seine Aufmerksamkeit absichtlich schnell auf eine wahrgenommene schlechte Behandlung durch andere, um daher eher Wut als Trauer zu empfinden, und weigerte sich, diese „schwachen Gefühle“ anzuerkennen oder zu benennen. Dies führte in anderen, eher alltäglichen interpersonalen Situationen zu weiteren Komplikationen, z.B. zu Problemen, mit der Entfremdung von seiner Freundin klarzukommen.

Es ist wichtig zu behalten, dass das kognitive Modell nicht

besagt, Kognitionen verursachen Psychopathologie. Wir betrachten Kognitionen als wichtige Elemente in dem Kreislauf, mit dessen Hilfe die Menschen wahrnehmen und auf Ereignisse reagieren und die deshalb bei pathologischen Reaktionen auf ein Ereignis eine wichtige Rolle spielen. Wir betrachten Kognitionen allerdings als ein Element in einem Kreislauf und als einen viel versprechenden Ansatzpunkt und nicht als die Ursache.

Die bisherige Betrachtung hat sich auf die Art konzentriert, mit der dysfunktionale Kognitionen zu emotionalen und Verhaltensproblemen beitragen können. In Momenten, in denen die individuelle Wahrnehmung einer Situation ungünstig beeinflusst ist oder in der die erlebte Situation falsch interpretiert wird, werden die kognitiven, emotionalen und/oder Verhaltensreaktionen der Situation unangemessen oder - bis zu einem gewissen Maß - unangepasst sein. In den meisten Situationen sollte aber die individuelle Wahrnehmung und die Interpretation nachfolgender Ereignisse eine Rückmeldung bieten, die das Ausmaß dieser Unangemessenheit oder Unangepasstheit offen legt. Sobald diese Rückmeldung wahrgenommen und interpretiert wird, sollte dies die abgelaufenen Fehlwahrnehmungen und Fehlinterpretationen korrigieren und dem Einzelnen helfen, in Zukunft auf ähnliche Situationen besser zu reagieren. Personen mit antisozialer Haltung (und viele andere Menschen auch) erleben immer wiederkehrende Probleme, die durch Alltagserleben nicht so ohne weiteres korrigiert werden können. Wie kommt es, dass grobe Fehlinterpretationen fortbestehen und zu chronischen Problemen werden?

Das Zusammenspiel individueller Überzeugungen und Vermutungen, das interpersonale Verhalten und die Reaktionen anderer führen oft zu einem perpetuierenden Kreislauf, der sehr lange andauern kann. Da Rex, zum Beispiel, überzeugt war, es sei riskant, anderen gegenüber Anzeichen von Schwäche oder Verletzlichkeit zu zeigen, setzte er alles daran, derlei Anzeichen durch ein rüdes Auftreten zu überdecken. Wodurch es für ihn wenig Gelegenheit gab festzustellen, dass die meisten Leute seine Schwächen oder Verletzlichkeiten gar nicht bemerkten oder gar ausnutzten. Seine dauernde Tendenz, sich selbst als rau und großspurig darzustellen, löste

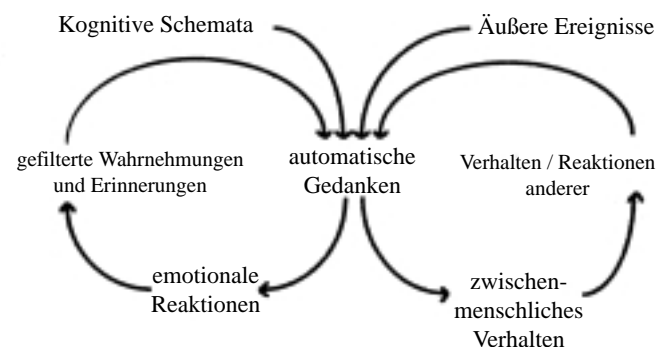


Abbildung 2: Kognitiv-interpersonale Kreisläufe

bei vielen der ihn umgebenden Personen Zurückhaltung oder ebenfalls Feindseligkeit aus. Diese Reaktion der anderen bestärkte ihn in der Überzeugung, sie würden ihn ausnutzen, sobald er ihnen dazu Gelegenheit gäbe.

Das allgemeine kognitive Psychopathologie-Modell kann auch bei der konzeptuellen Erfassung von Persönlichkeitsstörungen direkt angewendet werden. Kehren wir zum Fall „Rex“ zurück. Es ist wichtig festzuhalten, dass Rex' Überzeugungen und Annahmen, seine Interpretation einer Situation, seine Affekte, sein interpersonales Verhalten und die Reaktionen, die er bei anderen auslöste, auf stark selbst perpetuierende Weise miteinander interagierten. Diese Art eines kognitiv-interpersonalen Kreislaufs kann recht lange andauern und ist damit stark veränderungsresistent. Wenn ein solches Muster erst einmal etabliert ist, werden die jeweiligen Schemata die Wahrnehmung von Ereignissen derart verändern, dass Erlebnisse, welche den jeweiligen Annahmen widersprechen würden, übersehen, nicht berücksichtigt oder fehlinterpretiert werden.

Zugleich münden die Interpretationen von Erlebnissen und das interpersonale Verhalten in Erfahrungen, welche die dysfunktionalen Schemata wiederum bestätigen. Die kognitiven und interpersonalen Prozesse bei Patienten mit DSM-Achse-II-Diagnosen sind unserer Meinung nach die gleichen wie jene bei nicht-psychotischen Patienten, außer dass Erstere stark selbst aufrechterhaltende, dysfunktionale kognitiv-interpersonale Kreisläufe entwickelt haben. Die kognitive Konzeptualisierung von Persönlichkeitsstörungen sieht diesen Begriff lediglich als eine Bezeichnung für solche Patienten, bei denen fortdauernde, sich selbst aufrechterhaltende interpersonelle Kreisläufe vorkommen, die so „dysfunktional“ sind, dass die Personen auffällig werden.

Das *kognitive Modell der antisozialen Persönlichkeitsstörung*² findet sich in Abbildung 3. Typischerweise beschreiben Personen mit antisozialer Haltung andere Menschen als solche, die „für sich herausholen, was sie können“, und betrachten die Welt folglich als feindlich, in der man auf sich besonders

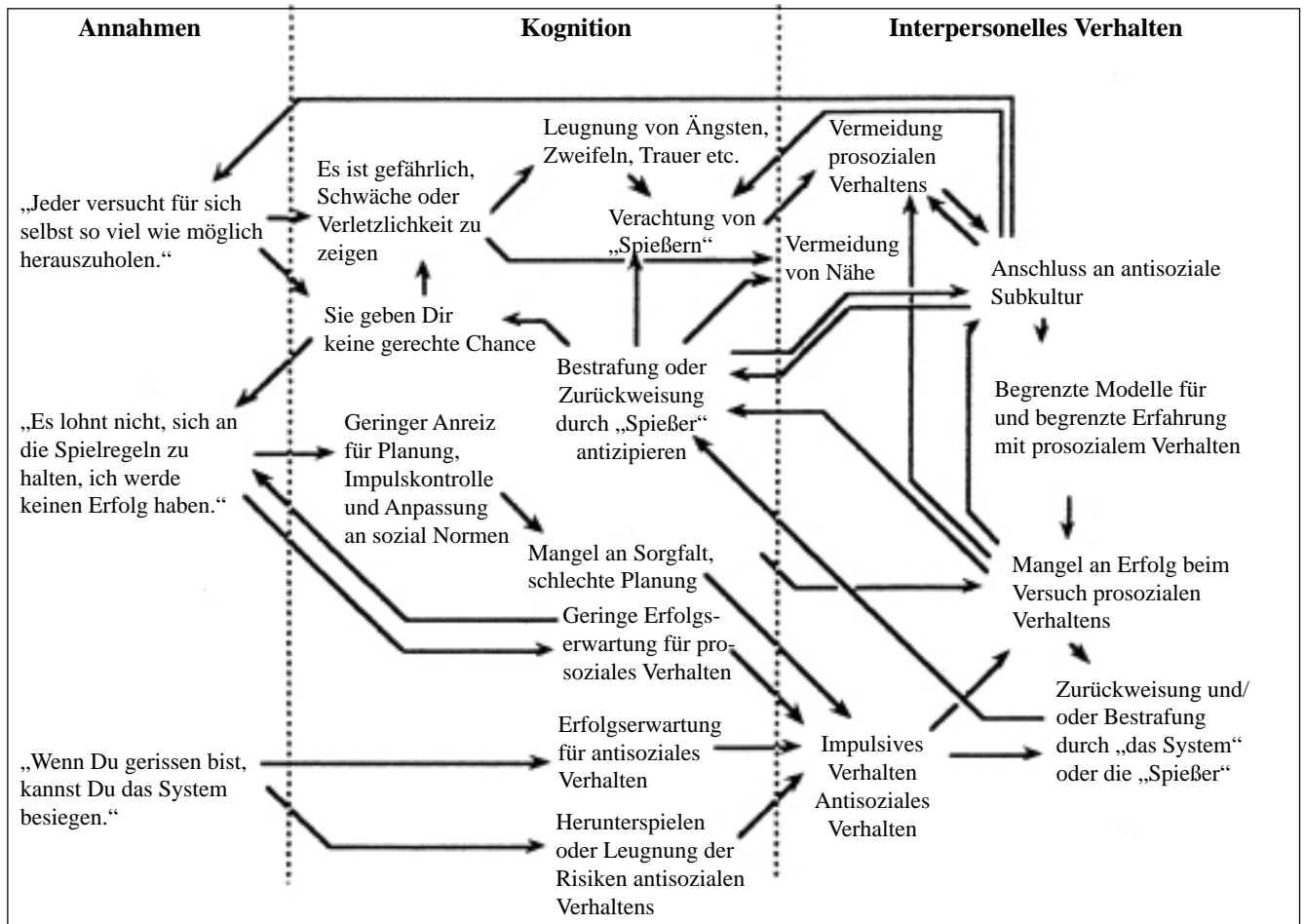


Abbildung 3: Kognitives Modell der antisozialen Persönlichkeitsstörung

² Es ist wichtig anzumerken, dass das zusammengefasste Konzept aus Abbildung 2 spezifisch für Rex ist und dass die Details eines kognitiven Konzepts der Persönlichkeitsstörung diesem nur ähneln, sofern es sich um Betroffene mit antisozialer Persönlichkeitsstörung handelt. Bei anderen Persönlichkeitsstörungen gäbe es große Unterschiede bei bestimmten Schemata, Überzeugungen und Annahmen, die besonders betont wären. Ebenso bei dem Zusammenspiel von Kognition und interpersonalem Verhalten, von denen man ausgehen könnte, und bei den vorgeschlagenen Interventionen. Zur Diskussion über kognitive Therapie bei anderen Persönlichkeitsstörungen vgl. Freeman et al., 1990, oder Beck et al., 1990.

aufpassen muss. Als Folge erahnen und erwarten Menschen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung schlechte Behandlung durch andere, geben sich stark und rauhbeinig und grob, vermeiden es, Verletzlichkeit zu zeigen, und neigen dazu, in Beziehungen Nähe zu vermeiden. Des Weiteren gehen sie davon aus, dass sich Vorausplanung oder das hartnäckige Arbeiten für ein Ziel als uneffektiv herausstellen werden und man stattdessen den Augenblick nutzen sollte. Daraus resultiert die Tendenz, momentanen Impulsen zu folgen oder aufgrund kurzfristig zu erwartender Konsequenzen zu handeln. Dies führt zu sprunghaftem oder impulsivem Verhalten, das oft zum Scheitern verurteilt ist. Dadurch wird es schwer, konsequent an langfristigen Zielen zu arbeiten. Solche Menschen bleiben im Allgemeinen gerade dann erfolglos, wenn sie versuchen, voranzuplanen oder „sich an die Regeln zu halten“, was ihre Erfahrung, dieser Versuch sei sinnlos, nur verstärkt.

Das Selbstschädigende der antisozialen Verhaltensmuster und die Häufigkeit antisozialen Handelns werden besonders dadurch verstärkt, dass die Betroffenen die Wahrscheinlichkeit überschätzen, „damit durchzukommen“, und dabei gleichzeitig die subjektive Wahrscheinlichkeit negativer Konsequenzen niedrig ist. Deshalb handeln die Betroffenen oft nach ihren Impulsen, so wie diese gerade auftreten. Dies führt zu einem Verhalten, das nicht durch konventionelle Vorstellungen von angemessenem Verhalten geleitet ist. Die Kombination aus einem Mangel an Erfolg bei prosozialem Verhalten und impulsivem antisozialem Verhalten führt zu wiederkehrenden Erfahrungen von Zurückweisung und Bestrafung durch die Arme „des Systems“. Das gibt Anlass dazu, ähnliche Erfahrungen für die Zukunft zu antizipieren und führt zu einer allgemeinen Wut auf die Gesellschaft und auf bestimmte Ereignisse. Die Wut trägt zum antisozialen, destruktiven Wesen der Impulse bei, während die Erwartung von Zurückweisung oder Bestrafung durch jene aus der Allgemeinheit der Gesellschaft die Betroffenen ermutigt, sich in eine antisoziale oder kriminelle Subkultur zu begeben.

Solche selektiven Zusammenhänge nähren die Erfahrung, „alle wollen für sich nur herausholen, was sie können“, liefern wenig Modelle für effektives prosoziales Verhalten und verstärken antisoziales Denken und Verhalten massiv. Die antisoziale Subkultur hat eine schlechte Meinung von „Spießern“, was zu einer geringen Motivation führt, sich prosozial zu verhalten. Dies gilt selbst dann, wenn die Fähigkeiten der Betroffenen, Impulse zu kontrollieren und die Folgen ihres Handelns abzuschätzen, sich so weit verbessert haben, dass sie damit durchaus Erfolg haben könnten. Das trifft im Besonderen dann zu, wenn Versuche prosozialem Verhalten zuvor nicht zum Erfolg geführt haben, und dabei der Wunsch besteht, den Kontakt zu kriminellen Freunden und Bekannten aufrechtzuerhalten.

Die für die antisoziale Persönlichkeitsstörung typischen Verhaltenskonstellationen können ebenso gut durch die Überzeugung bedingt sein, antisoziales Verhalten sei effektiver als prosoziales Verhalten, unverhältnismäßige Impulskontrolle, die Wahl unzureichender Mittel, ein Mangel nützlicher

Wutkontrolle und eine geringe Frustrationstoleranz. Es besteht kein Grund anzunehmen, ein fehlendes „Gewissen“ und die daraus resultierende Schuldfreiheit stünden im Zentrum der Störung. Tatsächlich würde allein ein mangelndes Schuldgefühl das Verhalten von Personen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung keinesfalls erklären. Antisoziales Verhalten ist auf vielfältige Weise für die Gesellschaft und für die Betroffenen kontraproduktiv. Letztere erfahren bei dem Versuch prosozialem Verhalten oder bei der Verfolgung langfristiger Ziele vielfach ein Scheitern. Oft erleben sie Bestrafungen oder Vergeltung durch den „Arm des Gesetzes“, durch Arbeitgeber, Familienmitglieder oder durch Personen aus dem kriminellen Milieu. Wer von den Betroffenen nicht ins Gefängnis muss und einen gewissen finanziellen Erfolg hat, zahlt dennoch durch die Auswirkungen der Störung auf die persönlichen Beziehungen einen hohen Preis. Wer von seinem Gewissen nicht beeinträchtigt ist und nur von Eigeninteresse geleitet wird, wäre eher ein Hedonist denn ein Verbrecher und könnte ein weitaus glücklicheres und erfolgreicher Leben führen als jemand, der antisoziale Verhaltensweisen zeigt.

Eine solche Auffassung der antisozialen Persönlichkeitsstörung hat wichtige Implikationen für die Behandlung. Die Ansicht, die antisoziale Persönlichkeitsstörung resultiere aus einem Mangel an Gewissen, legt es nahe, nach Methoden zu suchen, welche die Betroffenen veranlassen, ein Gewissen zu entwickeln. Wenn wir aber andauerndes antisoziales Verhalten als ein stark selbst perpetuierendes Zusammenspiel zwischen den Überzeugungen und Vermutungen der Betroffenen, ihrem interpersonalem Verhalten und ihrem sozialen Umfeld betrachten, dann ergibt sich daraus ein deutlich anderer Interventionsansatz.

Kognitive Therapie bei antisozialer Persönlichkeitsstörung

Die dargestellte kognitive Sichtweise der antisozialen Persönlichkeitsstörung vermittelt eine ganze Reihe von Behandlungsmöglichkeiten, die u.U. effektiver sein können als der wie auch immer geartete Versuch ein verantwortungsvolles Gewissen anzutrainieren. Wenn es diesen Patienten gelingt, den Blick für ihre eigenen Interessen zu erweitern, und wenn sie erkennen, dass es in ihrem ureigensten Interesse liegen kann, die langfristigen Folgen ihres Handelns abzuschätzen, dann gibt ihnen das möglicherweise einen Anreiz, so lange an ihrer Impulskontrolle zu arbeiten, bis sie die Konsequenzen möglichen Handelns abschätzen können. Da die langfristigen Konsequenzen prosozialem Verhalten typischerweise besser sind als die antisozialen Verhaltensweisen, werden Patienten, welche in der Lage sind, die Folgen ihres Handelns realistisch einzuschätzen, vermutlich zu weniger antisozialen Aktionen neigen. Indem man daran arbeitet, langfristige Ziele effektiver zu verfolgen, werden Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung feststellen, dass es neben der Kontrolle ihrer Impulse und einer Vielzahl anderer Veränderungen notwendig und hilfreich ist, angepasste Formen des Umgangs mit Wut zu entwickeln und die Fähigkeit zur Frustrationstoleranz zu erweitern. Um Patienten zu helfen, weniger im-

pulsiv zu werden, mit Wut angepasster umzugehen, bessere Lösungen bei interpersonalen Problemen zu finden und ihre Frustrationstoleranz zu erhöhen, sind kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen gut geeignet. Dies gilt vor allem dann, wenn Therapeuten und Patienten zusammenarbeiten und die Patienten erkennen, dass es in ihrem eigenen Interesse ist, solche Veränderungen zu Wege zu bringen. Interventionen dieser Art bleiben typischerweise ineffektiv wenn die Patienten nicht klar erkennen können, „was für sie dabei herauspringt“.

Die Idee, bei Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung zu intervenieren, indem man ihnen hilft, ihr Eigeninteresse realistisch und langfristig zu betrachten, scheint zunächst sehr einfach. Die tatsächliche Umsetzung dieser Strategie ist jedoch meist deutlich komplizierter. Schon das Herstellen einer zielgerichteten Arbeitsbeziehung kann eine sehr schwierige Aufgabe sein. Es ist oft kompliziert, mit solchen Patienten zu arbeiten, und das hat mehrere Gründe. Erstens neigen Personen mit antisozialer Einstellung dazu, Therapeuten zu misstrauen, und es ist ihnen unangenehm, Hilfe anzunehmen. Zweitens ist die Therapiemotivation gewöhnlich ein Problem, insbesondere wenn die Behandlung nicht freiwillig erfolgt. Schließlich sind auch die Reaktionen von therapeutischer Seite oftmals ein Problem.

Ein kooperativer Therapieansatz ist bei diesen Patienten wichtig, stellt aber eine große Herausforderung dar. Ein deutlicher Vorteil der oben beschriebenen Therapiestrategie ist, dass sie ein allgemeines Ziel vorgibt, an dem Therapeut und Patient gemeinsam arbeiten: die eigenen Interessen des Patienten zu erkennen. Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung werden nicht einfach nur daran arbeiten, weniger impulsiv zu werden, weil der Therapeut das für eine gute Idee hält oder weil das sozial besser akzeptiert wird. Sie werden diese Bereitschaft aber sehr wohl mitbringen, solange deutlich wird, dass dies zu einem erfolgreicherem Umgang mit anderen führt. Solche Patienten sind hoch motiviert, ihrem Eigeninteresse nachzugehen, und dies lässt sich dazu nutzen, eine Therapiemotivation zu entwickeln. Dazu muss ein Ansatz gewählt werden, der offen legt, dass impulsives Handeln, unangemessener Ausdruck von Wut, fehlendes Abschätzungsvermögen von Handlungskonsequenzen usw. die Patienten darin blockieren, die von ihnen gewünschten Ziele zu erreichen. Der Zusammenhang zwischen therapeutischen Interventionen und den Zielen der Patienten muss vermutlich häufiger betont werden, da ja die Patienten typischerweise Schwierigkeiten haben, langfristige Folgen ihres Handelns zu erkennen. Hierin besteht aber zugleich die Möglichkeit, die kooperative Beziehung zu erhalten.

Oftmals sind antisoziale Patienten wenig motiviert sich zu ändern. Das motivzentrierte Interview (motivational interview; Miller und Rollnick, 1991) war ursprünglich als eine Methode zur Steigerung der Veränderungsmotivation in der Behandlung von Suchtkrankheiten entwickelt worden. Es kann leicht verändert bei antisozialen Patienten angewendet werden (s. Tab. 2). Beim motivzentrierten Interview stellt der Therapeut eine Reihe von Fragen, um den Patienten zu ermöglichen, die

Nachteile ihres Verhaltens für sie selbst herauszuarbeiten und danach zu erkennen, welche negativen Folgen es voraussichtlich hätte, wenn sie sich weiterhin so problematisch verhielten. Durch zusätzliche Fragen hilft der Therapeut dem Patienten zu erkennen, welche Vorteile eine Veränderung für ihn selbst hätte, und hilft ihnen damit, Vertrauen zu fassen und die gewünschten Veränderungen zu Wege zu bringen. Dieser klare und praktische Ansatz basiert auf umfangreichen Forschungen (Miller und Rollnick, 1991) und scheint bei vielen Patienten mit unterschiedlichen Störungen wirksam zu sein (z.B. Harper und Hardy, 2000; Kemp et al., 1998; Swanson et al., 1999).

Tabelle 2

<p>Fragen zur Klärung der Veränderungsmotivation</p> <p>Problemerkennung Warum sehen Sie _____ als Problem? Welche Schwierigkeiten bereitet Ihnen _____ ? Wie, glauben Sie, wurde Ihnen durch _____ geschadet? Auf welche Art ist _____ ein Problem für Sie? Wie hat _____ Sie davon abgehalten, zu tun, was Sie tun wollten?</p> <p>Sorgen Was an _____ gibt Ihnen Grund zur Sorge? Welche Nachteile erwarten Sie, wenn Sie mit _____ fortfahren? Was, meinen Sie, wird passieren, wenn Sie mit _____ fortfahren? Wie denken Sie darüber? Was wird Ihrer Meinung nach passieren, wenn Sie sich nicht ändern?</p> <p>Veränderungsabsicht Aus welche Gründen möchten Sie sich ändern? Warum denken Sie, dass Sie sich möglicherweise verändern sollten? Welche Vorteile hätten Sie von einer Veränderung? Wenn Sie 100 % erfolgreich wären und alles würde so gehen, wie Sie es sich wünschen, was wäre anders? Wie würde es sich auszahlen?</p> <p>Glauben an die Veränderung Warum glauben Sie, wenn Sie sich zu einer Veränderung entschließen, dass Sie es dann auch können? Was ermutigt Sie zu denken, Sie können sich verändern, wenn Sie es wollen? Was würde Ihnen gelingen, wenn Sie sich zu einer Veränderung entschlossen?</p>

Antisoziale Patienten beginnen eine Therapie vor dem Hintergrund einer langen Geschichte von Bestrafung und Zurückweisung durch Autoritätspersonen und aufrechte Mitglieder der Gesellschaft sowie mit umfangreichen Erfahrungen bei der Schaffung von Alibis, Widerstand gegen Zwang und dem Verheimlichen ihrer wahren Absichten. Das macht den Beginn und den Verlauf einer Therapie kompliziert. Für den Therapeuten ist es wichtig, den Patienten gegenüber nicht autoritär aufzutreten und die immer neuen Tests der Patienten

ten, ob der Therapeut seinen kooperativen Ansatz ernst meint, vorherzusehen. Andererseits ist es ebenso wichtig, nicht derart unautoritär aufzutreten, dass der Eindruck entsteht, der Therapeut sei schwach und leicht zu täuschen. Auch wenn es Feingefühl braucht, sich als stark, aber nicht als autoritär darzustellen, so kann dies doch erreicht werden, wenn man die Kooperation betont, klare und deutliche Grenzen setzt und für Versuche der Täuschung und Manipulation wachsam ist. Bei Widersprüchen in den Aussagen der Patienten ist es für den Therapeuten allgemein am produktivsten, diese auf nicht bestrafende Art aufzuklären und deutlich zu machen, dass Täuschungsversuche kontraproduktiv sind, weil sie es dem Therapeuten erschweren, den Patienten beim Erreichen der gemeinsamen Ziele zu helfen. So ist es sicherlich kontraproduktiv, die Patienten ins Kreuzverhör zu nehmen, um die Wahrheit zu erfahren, oder den Patienten dazu zu bringen, eine Lüge zuzugeben oder ihn gar dafür zu bestrafen.

Für den Therapeuten ist es besonders wichtig, seine Reaktionen auf die Patienten zu beobachten, da Abscheu, Bestrafungsimpulse, Angst oder Wut auf die Täuschungsmanöver der Patienten oft vorkommen und die therapeutische Interaktion stören. Da die Patienten Bestrafung oder Zurückweisung durch den Therapeuten (als Vertreter der Gesellschaft) erwarten, werden sie für erste Anzeichen solcher Reaktionen aufmerksam sein und recht schnell solche verdeckten Reaktionen des Therapeuten wahrnehmen und darauf reagieren. Wiewohl es für Therapeuten ideal wäre, überhaupt nicht mit schwierigen Emotionen zu reagieren, kann das Offenlegen solcher Reaktionen das Risiko mindern, falsch interpretiert oder hintergangen zu werden. Gleichzeitig bietet der Therapeut dadurch ein Modellverhalten an und zeigt, wie man offen sein kann, ohne dadurch schwach oder verletzlich zu werden.

Antisoziale Patienten übernehmen typischerweise die Rolle des „Raubeins“ und weigern sich, Ängste, Zweifel und Unsicherheiten ebenso wenig wie Zärtlichkeit oder Fürsorge einzugestehen, aus Angst, Schwächen und Verletzlichkeit zu zeigen, die durch andere ausgenutzt werden könnte. Auch wenn es dem Therapeuten dadurch erschwert ist, die benötigten Informationen zu erhalten, ist es wichtig, Eingeständnisse von Schwäche in der Frühphase minimal zu halten, um dem Risiko eines vorzeitigen Abbruchs der Therapie vorzubeugen. Wenn der Therapeut schrittweise am Aufbau von Vertrauen arbeitet, Vertrauliches sensibel behandelt und ausdrücklich die Stärken und Fähigkeiten der Patienten hervorhebt, werden die Schwierigkeiten der Patienten bei der Selbstöffnung und der Annahme von Hilfe entsprechend geringer werden.

In der Anfangsphase der Therapie, sobald die Ziele abgesprochen sind, ist es am besten, sich auf spezifische Problemsituationen zu konzentrieren und ein Problemlösetraining (Coché, 1987) als Ansatz zu wählen. Dabei werden die Besonderheiten einer Situation, das gewünschte Ergebnis und die vorgefundenen Probleme verdeutlicht, um mögliche Lösungen zu erarbeiten. Es werden die zu erwartenden Ergebnisse aller Lösungsalternativen erwogen, die Bewältigung von Hindernissen auf dem Weg zu möglichen Lösungen überwun-

den und die viel versprechendste(n) Alternative(n) praktisch ausprobiert. Erfolgt dies durch kooperative, geleitete Entdeckung, wird der Widerstand gering sein, und die Patienten sind in der Lage, die zur effektiven Problemlösung benötigten Fähigkeiten schrittweise zu etablieren. Zum Beispiel:

Rex' wichtigstes Therapieziel war es, die Auswirkungen seiner medizinischen Symptome für sein Leben auf ein Minimum zu reduzieren. Durch Benennung von Situationen, Gedanken und Gefühlen, welche mit einer Verschlimmerung seiner Arthritis zusammenfielen, wurde es möglich, die offensichtliche Beziehung zwischen subjektivem Stress und Stärke der Schmerzen aufzuzeigen. Rex und sein Therapeut einigten sich daraufhin auf einen Therapieplan, der die Beherrschung von Stressverarbeitungstechniken, den erfolgreichen Umgang mit wiederkehrenden stressauslösenden Situationen und die Entwicklung angepassterer Reaktionen auf Schmerz umfasste.

Durch den Vergleich der Folgen für Rex, wenn er wegen seiner Schmerzen im Bett blieb, mit jenen, wenn er seinen Tag trotz Schmerzen begann, wurde es ihm einerseits möglich, seine körperlichen Symptome besser in den Griff zu bekommen und andererseits zu erkennen, welchen Wert es hatte, mehr als nur die unmittelbaren Konsequenzen seines Handelns zu berücksichtigen. Jeden Tag, wenn er aufwachte, fühlte sich Rex steif und hatte Schmerzen. An Tagen, an denen er darauf reagierte, indem er im Bett blieb, hatte er für den Moment weniger Schmerzen. Die Schmerzen blieben aber für den Großteil des Tages bestehen, er wurde depressiv und begann darüber nachzugrübeln, ob er von seinen Freunden betrogen worden sei. Wenn er aber trotz seiner Schmerzen aufstand und aktiv wurde, hatte er zwar zuerst mehr Schmerzen, diese vergingen aber recht schnell, und er fühlte sich den Rest des Tages deutlich besser.

Als dieses Muster klar war, versuchte Rex sich ausdrücklich zu erinnern: „Ich fühl mich scheiße, aber ich weiß, dass ich mich letzten Endes noch schlechter fühlen und depressiver sein werde, wenn ich im Bett bleibe. Wenn ich aufstehe und mich aufrappele, werde ich mich für kurze Zeit schlechter, aber letztlich doch besser fühlen.“ An Tagen, an denen er das tat, konnte er leichter aus dem Bett aufstehen, und sein Tag verlief besser.

Bei diesem Ansatz ist es für den Therapeuten wichtig, die Aufmerksamkeit der Betroffenen immer wieder auf die tatsächlichen Folgen ihres Handelns zu konzentrieren. Folgt man der Annahme, dass antisoziale Patienten sich weniger als andere durch negative Folgen abhalten lassen (vgl. Marshall und Barbaree, 1984), dann erscheint es besser, sich im Rahmen des Problemlöseprozesses auf das Erreichen gewünschter Ergebnisse anstatt auf die Vermeidung negativer Konsequenzen zu konzentrieren.

Es mag einem als Risiko erscheinen, dass ein Therapeut, der mit Patienten daran arbeitet, dass diese ihre langfristigen Ziele effektiver erreichen, ihnen zugleich hilft, erfolgreichere

Kriminelle zu werden. Dies ist aber in der Praxis für gewöhnlich kein Problem. Das Klischee „Verbrechen lohnt sich nicht“ stimmt manchmal nicht, wenn man nur die unmittelbaren Folgen antisozialen Verhaltens bedenkt. Betrachtet man aber die langfristigen Folgen antisozialen Verhaltens für Beziehungen, die Lebensweise und das Selbstwertgefühl der Betroffenen im Zusammenhang mit dem Risiko, festgenommen zu werden, so „lohnt“ sich antisoziales Verhalten weniger als prosoziales.

Die Gedanken, Überzeugungen und Einstellungen der Betroffenen können mit der Entscheidung für ein Verhalten, welches gewünschte Folgen herbeiführt, interferieren. Falls dies geschieht, ist es wichtig, den Betroffenen dabei zu helfen, Wahrnehmungen wie „Lass dich nicht herumkommandieren“, „Ein Mann muss kämpfen, wenn er respektiert werden will“ oder „Wenn ich mache, was er sagt, habe ich mein Leben nicht mehr im Griff“ herauszuarbeiten und diesen entgegenzuwirken, um den Betroffenen die Möglichkeit zu geben, angepasste Lösungsmöglichkeiten für derartige Problemsituationen zu nutzen (Nauth, 1988).

Impulskontrolle

Sollte eine schlechte Impulskontrolle oder ein unangemessener Ausdruck von Wut ein Problem sein, ist es für den Therapeuten wichtig, kooperativ mit den Betroffenen zu arbeiten, um angepasste Wege der Impuls- und Wutkontrolle zu finden, anstatt die Betroffenen zu belehren oder zu bestrafen. Oft berichten antisoziale Patienten von starken plötzlichen Impulsen, die sie nur schwer kontrollieren oder verarbeiten können. Das kann darauf hindeuten, dass die Betroffenen keinen Zugang zu milderer Gefühls- und Impulsebenen haben und die Impulse erst bemerken, wenn diese schon sehr intensiv sind. In diesem Fall können die Betroffenen davon profitieren, Impulse zu bemerken und zu beherrschen, bevor sie sich zur vollen Intensität aufgebaut haben, und Wahrnehmungen, welche Reaktionen verstärken oder dysfunktionales Verhalten auslösen, zu erkennen und entgegenzuwirken. Antisoziale Patienten haben oft Schwierigkeiten, potenziell angepasste Arten der Impuls- und Wutbewältigung zu erkennen, oder sie sind beim Ausprobieren neuer Formen des Umgangs mit starken Gefühlen zurückhaltend, um nicht schwach oder verletzlich zu erscheinen. Der Therapeut kann den Betroffenen dabei helfen, „starke“, aber angepasste Umgangsformen mit Wut oder Impulsen zu finden und diese im Alltag anzuwenden.

Wenn die Betroffenen anfangen, ihre Impulse zu kontrollieren, und versuchen, Handlungskonsequenzen abzuschätzen, kann der Therapeut auf Situationen achten, in denen ein genaues Verständnis für die Motivation und Gefühle anderer dabei helfen kann, die interpersonalen Folgen des Handelns abzuschätzen. Dadurch entsteht die Möglichkeit einer „Induktion von Empathie“. Fragen wie „Was glauben Sie, wie er

sich gefühlt hat, als Sie das gesagt haben?“ und „Wie würden Sie sich an ihrer Stelle fühlen?“ können dazu genutzt werden, die Aufmerksamkeit der Betroffenen auf die Perspektive anderer zu fokussieren und die Entwicklung von Verständnis oder vielleicht sogar Empathie zu fördern³. Wenn die Betroffenen die Motivation, die Absichten und die möglichen Reaktionen anderer richtig einschätzen, kann dies dazu genutzt werden, einen Plan zu entwerfen, wie man mit der Situation besser umgehen kann. Wenn der Nutzen deutlich wird, der aus der Berücksichtigung der Perspektive anderer entsteht, werden die Betroffenen motiviert, den Standpunkt anderer zu berücksichtigen und die dafür benötigten Fähigkeiten zu verbessern. Das befähigt die Betroffenen, mit anderen besser umzugehen und führt dazu, dass sie andere weniger missbrauchen, hintergehen und ausbeuten.

Im Verlauf der Arbeit zur Verbesserung der Empathie wird es oft zu Situationen kommen, in denen die Betroffenen überzeugt sind, dass sie die Motivation anderer genau verstehen, während der Therapeut meint, sie seien im Irrtum. In einem solchen Falle ist es sinnvoller, wenn der Therapeut die Perspektive der Betroffenen als Hypothese behandelt, welche mittels der Durchsicht verfügbarer Beweise oder durch Verhaltensexperimente geprüft wird, anstatt zu versuchen, die Betroffenen zu überzeugen, dass sie im Unrecht sind.

Es ist wichtig, hinsichtlich der Möglichkeit, Empathie von Patienten für die Motive anderer zu fördern, kritisch und realistisch zu sein. Antisoziale Patienten schreiben eigentlich fast jedem anderen egoistische oder böse Absichten zu. In manchen Fällen – bei Personen, mit denen die Betroffenen regelmäßig Umgang haben – mag die negative Sicht auf andere zutreffen. In einem solchen Fall kann es notwendig sein, den Betroffenen bei der Entwicklung neuer Beziehungen oder bei der Verbesserung geschädigter Beziehungen zu helfen.

Im Verlauf der Therapie wird es wahrscheinlich eine allmähliche Verlagerung von einem deutlich verhaltensorientierten Schwerpunkt, bei dem es nicht nötig ist, dass die Betroffenen ihre eigenen Gedanken und Gefühle detailliert offen legen, hin zu einem eher kognitiven Schwerpunkt geben, bei dem die Wahrnehmungen und Gefühle der Betroffenen große Aufmerksamkeit erhalten. In dem Maße, wie die Betroffenen immer mehr bereit werden, Zweifel, Ängste und Sehnsüchte einzugestehen, wird es leichter, die Überzeugungen und Annahmen, welche den Reaktionen der Patienten in verschiedenen Situationen zugrunde liegen, zu verdeutlichen und diese anzusprechen.

In der ambulanten Therapie sind vorzeitige Abbrüche ein großes Problem. Selbst wenn es dem Therapeuten gelingt, eine kooperative Beziehung mit den Patienten zu schaffen und effektiv zu intervenieren, gibt es ein deutliches Risiko, dass die

³ Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass einige Untersuchungen über die Wirksamkeit von Empathietraining bei den meisten forensischen Patienten von Erfolg berichten, wogegen es bei einer Minderheit von Personen, die die Kriterien für Psychopathie erfüllen, zu einer Verschlimmerung führt (vgl. Rice, 1997; Rugg und Frances, 1995, S.17). Daher ist bei der Anwendung dieser Intervention bei Patienten, die Psychopathiecharakteristika aufweisen, Vorsicht geboten.

Patienten die Therapie beenden, sobald ihr Leid ein wenig gelindert ist. Zum Beispiel:

Nach anfänglichem Zögern stimmte Rex einem Therapieplan zu, der den Stress, der seine körperlichen Symptome verstärkte, lindern sollte. Beim Erkennen der Konsequenzen, die sein typisches Verhalten in Stresssituationen mit sich brachte, und bei der Eröffnung von Alternativen machte er gute Fortschritte. So hörte er z.B., dass sein früherer Freund, der ihn verraten hatte, auch andere bekannte Kriminelle des Landes hintergangen hatte, und dass sie den früheren Freund umbringen wollten. Das half Rex aus dem Dilemma, ob er selber direkt etwas unternehmen sollte, und der Stress und die körperlichen Symptome, die ihn zur Therapie veranlasst hatten, ließen schnell nach. Natürlich entschied er sich sofort, die Therapie zu beenden und war sich sicher, dass solche Probleme in Zukunft nicht mehr auftreten würden.

Einer solchen Situation begegnet der Therapeut am besten, indem er so deutlich wie möglich herausstellt, dass eine Weiterführung der Therapie zum Wohl des Patienten ist, und indem er mögliches verbleibendes Leid, das vom Patienten heruntergespielt oder geleugnet wird, benennt. Es kann dennoch schwierig sein, antisoziale Patienten zur Weiterbehandlung zu motivieren, wenn sie im Moment kein Leid erleben. In einer Untersuchung über die Effizienz von Psychotherapie im Rahmen eines Methadonprogramms mit Süchtigen fanden Woody et al. (1985), dass antisoziale Patienten, die zu Beginn der Behandlung depressiv waren, deutlich von einer kurzzeitigen kognitiven Verhaltenstherapie profitierten, während die Therapie für antisoziale Patienten, die nicht depressiv waren, keinen Erfolg hatte. Wenn die Patienten nicht leiden, werden sie die Behandlung trotz der Bemühungen des Therapeuten beenden oder sie werden wenig Anstrengungen in der Therapie unternehmen. Wenn es aber noch Leid gibt, kann das eine genügende Motivation zur Weiterbehandlung sein.

Besonders gegen Ende der Therapie ist es wichtig, dem sozialen Druck, sich weiter antisozial zu verhalten, welchen die Betroffenen durch Freunde und Bekannte erleben können, besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Die ideale Lösung wäre, dass die Betroffenen neue Freundschaften zu Personen aufbauen, die keinen Bezug zu ihrem vorherigen Leben haben. Um dies aber zu erreichen, müssen die Patienten an den sozialen Fähigkeiten arbeiten, die es braucht, um sich in prosoziale Gruppen einzufügen, sich einer befürchteten Zurückweisung zu stellen und ihre geringschätzigen Einstellungen gegenüber „Spießern“ zu verändern.

In der Rückfallprävention ist es besonders wichtig, diejenigen Situationen vorzubereiten, in denen die Patienten ungerecht behandelt, zurückgewiesen oder bestraft werden, obwohl sie versucht haben, sich „an die Spielregeln“ zu halten. Wenn man sich „an die Spielregeln“ hält, so ist das natürlich noch keine Erfolgsgarantie. Aber Patienten, die sich erst seit kurzem für prosoziales Verhalten entschieden haben, können eine unfaire Behandlung oder Zurückweisung leicht als ein Anzeichen dafür interpretieren, dass die Behandlung keinen Sinn hat.

Der oben dargestellte Interventionsansatz kann sowohl in der Einzeltherapie als auch in Gruppen- oder Familientherapie genutzt werden. Wenn diese Therapieformen indiziert sind, zeigen letztere deutliche Vorteile und sind der Einzelintervention überlegen. Die Familienintervention bietet die Möglichkeit der Informationssammlung mit Hilfe von Familienangehörigen und Patienten und erlaubt ein Feedback durch die Familienmitglieder. Dies kann helfen den antisozialen Patienten, die Konsequenzen ihres Handelns zu erkennen. Weiterhin gestattet dieses Setting eine Veränderung des Familiensystems, welches häufig antisoziales Verhalten perpetuiert. Gruppentherapie mit antisozialen Patienten erlaubt es den Gruppenmitgliedern, sich gegenseitig über die Auswirkungen ihres Verhaltens während der Sitzungen Feedback zu geben und Rollenspiele als Mittel zur Entwicklung von Problemlösestrategien zu verwenden (vgl. Coché, 1987). Außerdem haben die Gruppenmitglieder ein besonderes Interesse daran, andere Gruppenmitglieder offen mit ihren Vermeidungs- oder Manipulationsstrategien zu konfrontieren, und können wahrscheinlich besonders glaubwürdig aufzeigen, inwiefern antisoziales Verhalten kontraproduktiv ist.

Therapiestudien zur kognitiven Therapie bei antisozialer Persönlichkeitsstörung

Der Einsatz kognitiver Therapie und verwandter Ansätze zur Behandlung von Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung wird erst vergleichsweise kurze Zeit praktiziert, und es liegt daher nur eine begrenzte Anzahl von Therapiestudien vor (Pretzer & Beck, 1996). Dennoch gibt es vorläufige Hinweise, dass ein solcher Ansatz bei antisozialen Patienten effektiv genutzt werden kann. Einzelfallstudien zeigen positive Ergebnisse kognitiver Therapie bei Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung (Davidson & Tyrer, 1996) und von kognitiver Therapie in Kombination mit psychotroper Medikation bei Patienten, die nach Hare die Diagnosekriterien der Psychopathie erfüllen (Kristiansson, 1995). Eine kontrollierte Therapiestudie belegt, dass kognitive Therapie bei antisozialen Patienten wirksam sein kann. Woody et al. (1995) untersuchten die Behandlung von Opiatabhängigen in einem Methadonprogramm, in dem sie bei Probanden, welche die DSM-III-R-Diagnosekriterien einer schweren Depression, der antisozialen Persönlichkeitsstörung oder beide erfüllten, zwei Behandlungsansätze verglichen. Dabei stellten sie fest, dass sowohl Probanden mit schwerer Depression als auch jene mit antisozialer Persönlichkeitsstörung gut auf kognitive Therapie und eine unterstützend-expressive Psychotherapie, wie von Luborsky systematisiert (Luborsky et al., 1985), ansprachen. Die Probanden zeigten für 11 der 22 eingesetzten Ergebnisvariablen – u.a. psychiatrische Symptome, Drogenkonsum, Arbeitsverhältnis und illegale Aktivitäten – statistisch signifikante Besserung. Sie sprachen auf die Behandlung sogar beinahe so gut an wie die Probanden mit der Diagnose einer schweren Depression, aber ohne antisoziale Persönlichkeitsstörung. Probanden aber, die die Kriterien für antisoziale Persönlichkeitsstörung, nicht aber die der schweren Depression erfüllten, zeigten wenig Reaktion auf die Behandlung: Eine Besserung zeigte sich lediglich bei 3 von 22 Variablen.

Dieses Ergebnis war in einem Zeitraum eines 7-monatigen Follow-up stabil. Es unterstützt die Beobachtung, dass es bei Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung, die selbst kein Leid erleben, schwierig ist, sie zu einer Veränderung zu motivieren.

Die Tatsache, dass zwei unterschiedliche Behandlungsansätze wirksam waren, lässt vermuten, dass die Besserung auf unspezifische Behandlungsaspekte zurückgeführt werden könnte. Es handelt sich hierbei allerdings nicht um eine Untersuchungsgruppe, bei der man von nachhaltigen Veränderungen aufgrund unspezifischer Behandlungsaspekte ausgehen kann. Die genannte Untersuchung gibt Hinweise darauf, dass die Verbesserung behandlungsspezifisch war. Die Untersucher beurteilten das Ausmaß, in dem sich die Therapeuten an das Behandlungsmanual hielten, und stellten fest, dass dieses mit der Besserung der Symptomatik bei den Probanden korrelierte. Luborsky und Mitarbeiter (1985) ziehen daher den Schluss, dass die beiden Behandlungsansätze jeweils unabhängig voneinander als wirksam anzusehen sind.

Schlussfolgerungen

Bleiben antisoziale Patienten lang genug in Behandlung, um nach dem oben aufgezeigten Behandlungsansatz eine Therapie abzuschließen, kann vieles erreicht werden. Dies gilt nicht nur für die Reduktion antisozialer Verhaltensweisen, sondern auch dafür, die Patienten zu einer Lebensführung zu befähigen, die für sie selbst wie auch für ihr Umfeld positiver ist. Beide Einzelfallstudien (Davidson & Tyrer, 1996; Kristiansson, 1995) und die kontrollierte Therapiestudie (Woody et al., 1985) haben gezeigt, dass kognitive Verhaltenstherapie bei antisozialer Persönlichkeitsstörung wirksam sein kann. Leider brechen Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung die Behandlung oft frühzeitig ab, es sei denn, sie erfolgt nicht freiwillig oder sie erleben selbst einen anhaltenden Leidensdruck. Daher ist die Wirksamkeit ambulanter kognitiver Therapie bei Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung eher begrenzt, es sei denn, die Patienten leiden neben ihrer Persönlichkeitsstörung auch an anderen Schwierigkeiten, die für sie ein Grund sind, in der Therapie besser mitzuarbeiten.

Literatur

- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Third Edition - Revised. Washington, D.C., The American Psychiatric Association, 1987
- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition. Washington, D.C., The American Psychiatric Association, 1994 (deutsch: Saß H, Wittchen HU, Zaudig M: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen [DSM-IV]. Göttingen, Hogrefe, 1996)
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G: Cognitive therapy of depression. New York, Guilford Press, 1979 (deutsch: Kognitive Therapie der Depression. 4. Auflage. Weinheim, Psychologie Verlags Union, 1994)
- Beck AT, Freeman A, Associates: Cognitive therapy of personality disorders. New York, Guilford Press, 1990 (deutsch: Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen (4. Aufl.), Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1999)
- Carney FL: Residential treatment programs for Antisocial Personality Disorders. In: Reid WH, Dorr D, Walker JI, Bonner JW (eds.): Unmasking the psychopath: Antisocial Personality Disorder and related syndromes. New York, Norton, 1986
- Cleckley H: The mask of sanity. St. Louis, Mosby, 1976
- Coché E: Problem-solving training: A cognitive group therapy modality. In: Freeman A, Greenwood V (eds.): Cognitive therapy: Applications in psychiatric and medical settings. New York, Human Sciences Press, 1987
- Davidson KM, Tyrer P: Cognitive therapy for antisocial and borderline personality disorders: Single case study series. Br J Clin Psychol 1996;35:413-429
- Freeman A, Pretzer J, Fleming B, Simon K: Clinical applications of cognitive therapy. New York, Plenum, 1990
- Frosch JP: Personality Disorders. Washington, D.C., American Psychiatric Association Press, 1983
- Hare RD: Psychopathy: theory and research. New York, Wiley, 1970
- Hare RD: The Hare Psychopathy Checklist-Revised. Toronto, Multi-Health Systems, 1991
- Harper R, Hardy S: An evaluation of motivational interviewing as a method of intervention with clients in a probation setting. Br J SocWork 2000;30:393-400
- Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A: Randomized controlled trial of compliance therapy: 18-month follow-up. Br J Psychiatry 1998;172:413-419
- Kristiansson M: Incurable psychopaths. Bull Am Acad Psychiatry Law 1995;23:555-562
- Luborsky L, McLellan AT, Woody G, O'Brien CP, Auerbach A: Therapist success and its determinants. Arch Gen Psychiatry 1985;42:602-611
- Marshall WL, Barbaree HE: Disorders of personality, impulse, and adjustment. In: Turner SM, Hersen M (eds.): Adult psychopathology and diagnosis. New York, Wiley, 1984
- Matthews WM, Reid WH: A wilderness experience treatment program for offenders. In: Reid WH, Dorr D, Walker JI, Bonner JW (eds.): Unmasking the psychopath: Antisocial Personality Disorder and related syndromes. New York, Norton, 1986
- Miller WR, Rollnick S: Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York, Guilford, 1991
- Millon T, Simonsen E, Birket-Smith M, Davis RD (eds.): Psychopathy: Antisocial, Criminal, and Violent Behavior. New York, Guilford, 1998
- Nauth L: The problem is crime. Behav Therapist 1998;21:93-94
- Pretzer JL, Beck AT: A cognitive theory of personality disorders. In: Clarkin JF, Lenzenweger MF (eds.): Major theories of personality. New York, Guilford, 1996

- Pretzer J: Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. In: Schmitz B, Fydrich T, Limbacher K (Hrsg.): Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie. Weinheim, Psychologie Verlags Union, 1996, 149-178
- Reid WH (ed.): The treatment of the antisocial syndromes. New York, Van Nostrand, 1981
- Reid WH, Solomon GF: Community-based offender programs. In: Reid WH, Dorr D, Walker JI, Bonner JW (eds.): Unmasking the psychopath: Antisocial Personality Disorder and related syndromes. New York, Norton, 1986
- Rice ME: Violent offender research and implications for the criminal justice system. *Am Psychol* 1997;52:414-423
- Ruegg RG, Frances A: New research in personality disorders. *J Pers Disord* 1995;9:1-48
- Rutter M: Nature-nurture integration: The example of antisocial behavior. *Am Psychol* 1997;52:390-398
- Swanson AJ, Pantalon MV, Cohen KR: Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *J Nerv Ment Dis* 1999;187:630-635
- Taylor S, Rachman S: Fear of sadness. *J Anx Disord* 1991;5:375-381
- Taylor S, Rachman S: Fear and avoidance of aversive affective states: Dimensions and causal relations. *J Anx Disord* 1992;6:15-25
- Watkins PC, Mathews A, Williamson DA, Fuller RD: Mood-congruent memory in depression: Emotional priming or elaboration? *J Abnorm Psychol* 1992;101:581-586
- Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brian CP: Sociopathy and psychotherapy outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:1081-1086

James Pretzer, Ph. D.
Cleveland Center for Cognitive Therapy
24100 Chagrin Blvd # 470
Beachwood, OH 44122, USA
e-mail: jimpretzer@aol.com