

Schizophrenien, Borderline und das Dissoziationsmodell

■ Ch. Scharfetter

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Summary

Scharfetter C. Schizophrenia, borderline and the concept of dissociation. Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2000;151:100–104.

The historical roots of the concept of schizophrenia are on the one hand the nosographical and nosopoietic act of Kraepelin, but on the other the dynamic concept of dissociation. This latter concept is related to psychasthenia as the predisposed personality. The concept of dissociation gave Eugen Bleuler the idea of proposing the name schizophrenia. The central experience of the schizophrenic's ego disorder is presented in the ego psychopathology. In the course of Kraepelinian tradition this very idea of dissociation of the ego was overshadowed by a rigid descriptive psychopathology.

In borderline disorders the central feature is an instable, fluctuating, shifting ego, rarely with a breakdown as seen in schizophrenic syndromes. One can even imagine that the instability of the borderline's ego acts as a schizoprotective mechanism whereas the prerequisite for a schizophrenic ego fragmentation is a quite rigid ego structure.

Keywords: dissociation; schizophrenia; borderline

Zusammenfassung

Schizophrenie und Borderline-Persönlichkeitsstörung werden mit Blick auf die Geschichte der nosologischen Konstruktion und Namensgebung skizziert. Vor Hintergrund von Denkmodellen wie Disposition, Vulnerabilität, Psychasthenie, Dissoziation i. S. von Schwäche der psychischen Synthese sowie in Hinblick auf Gemeinsamkeiten und Un-

terschiede der mittels Dissoziation zu deutenden Symptomatik wird die Trennung der beiden Krankheitsgruppen in der heute akzeptierten Nosologie (DSM-IV, ICD-10) kritisch hinterfragt.

Schlüsselwörter: Dissoziation; Schizophrenie; Borderline

Einleitung

Die sogenannten Schizophrenien haben historisch zwei Wurzeln, die Nosographie des 19. Jahrhunderts und das Konzept einer Störung der Einheit und des Bestandes der Person, also das Dissoziationsmodell. Dieses ging in bezug auf die Schizophrenien in der rigiden Nosologie und formalen deskriptiv-pathognostischen Psychopathologie im 20. Jahrhundert weitgehend unter.

Was heute in ICD-10 und DSM-IV den Namen Borderline trägt, ist nicht neu. In ihrem Ich-/Selbstgefühl und hinsichtlich autonomer Selbststeuerung labile Persönlichkeiten, z.T. mit dramatischem Austrag ihrer Instabilität, kannte und beschrieb man schon um die Mitte des 19. Jahrhunderts. Canstatt (1841) [1] hatte die «Psychische Vulnerabilität» als Prädisposition für psychopathologische Manifestationen beschrieben. Das entspricht weitgehend dem Konzept der Psychasthenie aus der französischen Psychiatrie der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Psychasthenie wurde als Syntheseschwäche aufgefasst. Man sah in ihr die Grundlage der Hysterie mit ihren verschiedenen dissoziativen Störungen. Die polymorphe und fluktuierende Pathologie, die Psychastheniker manifestieren konnten, manche marginale Persönlichkeiten, «Sonderlinge» (die heute als schizoid und schizotypisch etikettiert würden), manche «Neuropsychosen» (Freud 1894) [2], ja schliesslich Eugen Bleulers (1911) «latente» Schizophrenie [3] – sie sind die Vorgänger der Menschen, die heute den Namen «borderline» tragen.

Diese drei Themenfelder – Schizophrenie, Borderline, Psychasthenie – sollen im folgenden unter der Perspektive des Bezugs zum Dissoziationsmodell erörtert werden.

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Christian Scharfetter
Psychiatrische Universitätsklinik
Forschungsabteilung
Lenggstrasse 31
Postfach 68
CH-8029 Zürich

Die Schizophrenien Kraepelins und E. Bleulers

Emil Kraepelin steht in der nosographischen Tradition der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts. Von 1896 [4] an fasste er in einem rigorosen nosopoietischen Akt die heute Affektkrankheiten genannten Störungen in eine Gruppe zusammen – und subsumierte gleichzeitig die hinsichtlich Erscheinungsbild, Ersterkrankung, Verlauf und Ausgang so vielgestaltigen non-affektiven, d.h. nicht von vorwiegend depressiven und manischen Stimmungsschwankungen gekennzeichneten Störungen in eine Gruppe, der er als Gemeinsames frühen Beginn und ominösen Verlauf in psychische Schwäche i. S. des damaligen Begriffs von Dementia zuschrieb: deshalb nannte er sie im Anschluss an Morel «Dementia praecox».

Damit war durch den kruden Akt der Zusammenfassung heterogener Gruppen die seither dominierende Dichotomie der sogenannten endogenen, funktionellen oder idiopathischen Psychosen in die Gruppe der Affektkrankheiten und die Gruppe der Schizophrenien geschaffen. Sie bestimmt heute, zu Beginn des 21. Jahrhunderts, trotz dürftiger Validitätsargumente als rohe alltagspraktische klinische Einteilung die gängige Nosologie, gespiegelt in der DSM (Diagnostic and Statistical Manual der American Psychiatric Association) und der ICD (International Classification of Diseases der Weltgesundheitsorganisation WHO).

Eugen Bleuler (1902) [5] folgte Kraepelin mit einiger Zurückhaltung gegen das Postulat «praecox» und gegen die durchwegs schlechte Prognose.

Beide, Kraepelin und Bleuler, sahen in der Persönlichkeit, genauer im gestörten Zusammenhang der Persönlichkeit einen Wesenszug dieser Krankheiten. Ähnliche Auffassungen von Inkongruenz, Sejunktion, Dissoziation, Zerfall führten um 1900 zu einer Fülle von Namensvorschlägen. Eugen Bleulers zuerst 1908 [6], später in der Monographie von 1911 [3] vorgeschlagener Name «Schizophrenie», welcher in Substantiv und Adjektiv handlich war, fand rasch allgemeine Aufnahme. Bleulers Theorie der «Zerreissung und Zerspaltung der psychischen Funktionen» [6; S. 436], der Assoziationsschwäche (d.i. Syntheseschwäche) und der Spaltung affektbesetzter Ideenkomplexe [3; S. 296] spiegelt den Einfluss des Dissoziationsmodells, welches in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts verbreitet war. In der Verbreitung des Kraepelinschen Nosologieschemas erstarrte das dynamisch gedachte Schizophreniekonstrukt in einer rigiden, aber erstaunlich zähbeständigen internationalen Nosologie und in einer auf pathognostische Krankheitszeichen fo-

kussierenden unpersönlichen und undynamischen deskriptiven Psychopathologie (Schneider [7]).

Die Auffassung, dass sich hier eine Schwäche der psychischen Synthese in Abhängigkeit von belastenden, kränkenden, krankmachenden Lebensereignissen manifestiere und dass die manifeste Psychose ein Resultat von inneren biographisch verknüpften Entwicklungen sei, die schliesslich zum Zerbrechen des Ich führten, ging dabei weitgehend unter.

Die Schizophrenie als Ausdruck der schwersten Form von Dissoziation, nämlich der Fragmentation des Ich – dieses Denkmodell wurde von der Tradition der Schizophrenielehre im 20. Jahrhundert weitgehend abgespalten.

Das Dissoziationsmodell

Das Denkmodell Dissoziation stammt aus der Elementen- und Assoziationspsychologie des 18. Jahrhunderts, die ein scheinbar rationales, physikalistisches Bild der Psyche und ihrer Bausteine, deren Zusammenhang oder Abspaltung gebrauchte. Von 1880 an verbreitete sich das Denkmodell Dissoziation durch die Schriften von Pierre Janet (1889) [8] rasch: Er interpretierte mit Abspaltung aus dem Gesamtzusammenhang des Bewusstseins damals sogenannte hysterische Phänomene (Anästhesien, Amnesien u.ä.), Vorgänge bei der Hypnose (mit Verdoppelung des Bewusstseins) und dann auch die Vervielfachung der Persönlichkeit, die alternierende, multiple Persönlichkeit (heute dissoziierte Identitätsstörung genannt).

Dissoziation wurde «gesehen», erschlossen nicht nur im Bereich der Psychologie und Psychopathologie, sondern auch der Hirnanatomie. Die Assoziationsbahnen des Gehirns seien in ihrer Verbindung unterbrochen, und dies sei die Ursache für Wahn (Meynert 1890 [9]). Das Dissoziationsmodell wurde um 1900 für viele psychopathologische und neuroanatomische Interpretationen angewandt. Es war weit verbreitet und sollte nicht nur an den Autor Pierre Janet gebunden werden. William James (1890/1896) [10] sprach vom «Split» des Bewusstseins in Teile, ein Vorgang, der nicht nur für die Psychopathologie gelte. Von William James stammt auch das Konzept verschiedener Selbste (körperlich, sozial, spirituell), auch von potentiellen Selbsten.

Freud hat den Dissoziationsbegriff früh übernommen und zur Interpretation verschiedener Vorgänge gebraucht: als Abspaltung aus dem Bewusstsein (als solcher in der Nähe der Verdrängung), als Spaltung des Bewusstseins, des Ich, der Persönlichkeit, als Spaltung zwischen Ich

und Aussenwelt (Zusammenstellung der Quellen s. Scharfetter [11]).

In der späteren Entfaltung der Psychoanalyse spielt der Spaltungsbegriff in der Objektbeziehungstheorie eine besondere Rolle: die Spaltung der Objektrepräsentanzen in «all good» und «all bad» zur Abwehr der für ein schwaches Ich unerträglichen Ambivalenz (Klein 1946 [12], Kernberg 1975 [13]).

Mit dem Stichwort Objektbeziehungstheorie ist eine der wichtigsten Wurzeln des am Ende des 20. Jahrhunderts dominierenden Deutungsmodells der Borderline-Persönlichkeitsorganisation, nämlich Kernbergs Modell, berührt: das Getrennt-Bleiben der internalisierten Objekte, genauer deren innerpsychischer Repräsentanzen, die Spaltung, Dissoziation reduziert und fixiert auf die Trennung «gut» und «böse».

In diesem Borderline-Konzept zeigt sich, wie der dynamische und flexible Gedanke der Dissoziation, als Interpretationsinstrument vieler Beobachtungen in Anspruch genommen, vereinnahmt wird von einem dominanten Thema – und wie dabei die vielen dissoziativen Phänomene von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen nicht einbezogen werden. Dies so sehr, dass heute in DSM-IV [14] und ICD-10 [15] die dissoziativen Störungen als eigene Krankheitsgruppe angeführt werden und dass weder Schizophrenie als schwerste Form der Dissoziation (nämlich Fragmentation des Ich) noch Borderline-Störungen als dissoziierte Ich-Zustände dazu gezählt werden, obwohl bei beiden Gruppen dissoziative Symptome gefunden werden.

Die Schizophrenien repräsentieren die schwerste Form der Ich-Pathologie im Sinne einer Zerstörung der elementarsten Dimensionen des Ich-/Selbst-Erlebens (Scharfetter [16]). Diese betreffen die Ich-Identität, Ich-Demarkation, Ich-Kohärenz und -Konsistenz, die Ich-Aktivität sowie die Ich-Vitalität.

Die genauere Sicht auf das Selbsterleben zeigt deutliche Unterschiede zwischen Schizophrenen und Borderline-Persönlichkeiten. Die Häufigkeit der Ja-Antworten im Ich-psychopathologischen Frage-Inventar ist bei Schizophrenen in allen fünf basalen Dimensionen des Ich-Bewusstseins höher [16]. Dazu kommt als weiterer wichtiger Unterschied: Borderline-Patienten erleben meist Furcht vor dem Verlust der Selbstgewissheit, aber keinen faktischen Verlust in den genannten fünf Dimensionen.

Die Unsicherheit der Identität bei Borderline-Persönlichkeiten wird nicht durch eine wahnhafte Identitätsveränderung (wie machmal bei Schizophrenen) fixiert.

Die Unsicherheit der Abgrenzung des Eigenbereichs führt bei Borderline zu Schwankungen zwischen Verschmelzungserlebnissen und heftig-aggressiven oder entwertenden Abstossungen, oft mit der Folge von Verlassenheitsängsten, aber kaum zu konventionell der Schizophrenie zugeordneten Symptomen wie Gedankenausbreitung, Appersonierung, Transivitivismus.

Ich-Kohärenz- und -Konsistenzstörungen begegnen bei Borderline-Patienten als Angst vor imminenter Desintegration, bei Schizophrenen als faktischer Veränderung der Beschaffenheit, des Strukturzusammenhangs.

Ich-Aktivitätsstörungen bei Schizophrenen entsprechen den bekannten Symptomen der Fremdbeeinflussung, Steuerung des Denkens, Fühlens, Handelns durch Ausseneinflüsse. Bei Borderline ist es eher eine Schwäche der Autonomie der Selbstverfügung, die u.U. mit aggressiver Abwehr und forcierter Demonstration des Eigenen beantwortet wird.

Ich-Vitalitätsstörungen treffen wir bei Schizophrenen in dem Selbsterleben, tot zu sein oder im Prozess einer Mortifikation. Bei Borderline-Störungen bleibt es eher bei Herabsetzungen der Vitalgefühle i.S. von Depersonalisationserlebnissen.

Die Ich-Psychopathologie, die genaue Sicht auf das Selbsterleben und die Reaktionen auf gestörtes Selbsterleben, erlaubt also, Unterschiede, aber auch Verwandtschaften zwischen Schizophrenen und Borderline zu erkennen. Es handelt sich um graduelle Unterschiede. Schizophrenien repräsentieren die schwereren Ausprägungen der Ich-Pathologie mit entsprechend anderen Reaktions-, Austragungsformen.

Viele konventionell als «dissoziativ» bezeichneten Symptome kommen in beiden Gruppen vor, bei den Schizophrenen sieht man sie vor allem bei den ganz akuten Episoden: trance- oder dämmerzustandartiges Weggelassen (Oneiroid), Verlust des Kontakts zur Umgebung, Abgeschottetsein in Unzugänglichkeit, Unerreichbarkeit für Zuwendung, Automatismen und andere katatonen Zeichen. Oft erfährt man später (oder kann es indirekt erschliessen) von lebhaften produktiven Symptomen, Halluzinationen auf verschiedenen Sinnesgebieten, Illusionen usw.

Hier ist die Differentialdiagnose zur «Dissociative Trance Disorder» der DSM-IV besonders schwierig und die Beachtung des kulturellen Kontextes besonders wichtig (Castillo [17]).

Bei Borderline-Störungen treffen wir viele dissoziative Störungen wie Depersonalisation, Derealisation, absenzenartiges Weggelassen mit Analgesie und Automatismen bei Automutilation,

Tabelle 1

Elementare Dimensionen der Ich-Pathologie.

<i>Ich-Vitalität</i>	Angst vor dem oder Erleben vom eigenen Ableben, Tod, Untergang, Nicht-mehr-sein, Weltuntergang, Untergang anderer Menschen
<i>Ich-Aktivität</i>	Fehlen der Eigenmächtigkeit im Handeln und Denken, Fremdsteuerung, -beeinflussung, Kontrolle im Handeln, Erleben, Fühlen, Denken; Lahmgelegt-Sein; Besessensein
<i>Ich-Konsistenz/Kohärenz</i>	Aufhebung des Zusammenhangs und/oder der Beschaffenheit des Leibes oder seiner Teile, der Gedanken-Gefühlsverbindungen, der Gedankenketten, der Willens- und Handlungsimpulse, der Seele, der Welt, des Universums
<i>Ich-Demarkation</i>	Unsicherheit, Schwäche oder Aufhebung der Ich-nicht-Ich-Abgrenzung, Fehlen eines (privaten) Eigenbereichs im Leiblichen, im Denken und im Fühlen; Störung der Innen-aussen- und Eigen-fremd-Unterscheidung
<i>Ich-Identität</i>	Unsicherheit über die eigene Identität, Angst vor Verlust der eigenen Identität; Verlust der Identität; physiognomische und Gestaltänderung, Geschlechtsänderung, Verwandlung in ein anderes Wesen, Änderung der Herkunfts-Identität

Teil-Amnesien, desegoifizierte Impulshandlungen, bulimische Attacken und verschiedene andere.

Bei schizophrener Symptomatologie auf dem Boden einer als Borderline zu bezeichnenden prä-morbiden Persönlichkeit und Polytoxikomanie mit zahlreichen psychedelischen Bewusstseins-Ausnahmeständen treffen wir auf viele beiden Störungen gemeinsame Symptome dissoziativer Art.

Vulnerabilität, Psychasthenie und Psycho-trauma

Mindestens bis Esquirol zurück geht die Suche nach der Erfassung der Prädisposition von bestimmten Persönlichkeiten für psychische Störungen. Früh schon (z.B. Heinroth 1818 [18]) dachte man an Störungen des seelischen Kräftehaushalts, der psychischen Ökonomie. Canstatt (1841) [1] bezeichnete die besondere Gefährdung, aus dem psychischen Gleichgewicht zu geraten, irritiert zu werden, Psychosen zu manifestieren, als «psychische Vulnerabilität». Feuchtersleben (1845) griff dieses Konzept auf, deutete Vulnerabilität als «Lebensschwäche» infolge «schlechter Beschaffenheit der psychischen Ökonomie» [19; S. 189]. Griesinger (1871) [20] sprach von der «reizbaren Schwäche» als Ausdruck eines gestörten Energiehaushalts (S. 44), als Störung des psychischen Gleichgewichts (S. 118), von der Bereitschaft zu überschüssenden Reaktionen (S. 118).

Psychastheniker nannte man Menschen, denen eine geringe psychische Synthesekraft zugeschrieben wurde. Sie waren gefährdet, unter Belastungen die Kohärenz der mentalen Vorgänge zu verlieren. Unter intrinsischen oder extrinsischen Belastungen traten Desintegrationen, Dehiszenzen, Se-junktionen, Abspaltungen, Dissoziation, Split, im schlimmsten Fall Fragmentation ein – flüchtig,

fluktuierend und reversibel oder in schweren Fällen länger anhaltend, gar dauerhaft.

Hier ist die wichtige Verbindung von Verletzlichkeit und Psychotrauma angesprochen. Innere Belastungen (z.B. Triebansprüche) und exogene Traumatisierungen werden je nach der Reaktionsbereitschaft der Persönlichkeit beantwortet. Das Trauma ist keine absolute Grösse, sondern in Bezug zum traumatisierten Menschen zu sehen.

Traumen wirken idiosynkratisch. Sie werden je nach der Stärke, Widerstandsfähigkeit (Resilience) und den Ausbalancierungsmöglichkeiten (Coping) ganz unterschiedlich beantwortet. Dies gilt jedenfalls im Bereich von nicht allzu schweren Traumen, auch in Abhängigkeit von Lebensalter, Geschlecht und Sozialsituation. Schwerste Traumen wie maligner Inzest, Holocaust, Krieg, Folter u.ä. bleiben nie ohne Folgen. Aber auch hier ist es die Persönlichkeit und ihr Bewältigungspotential, welche die Folgen entscheidend mitbestimmen.

Was die Ätiologie der Psychasthenie angeht, so kann sie je nach Zeitgeist als traumatisch oder als konstitutionell (genetische Anlage) oder interaktionell (Zusammenwirken von genetischen und biographisch-experientiellen Faktoren) gedeutet werden.

Wir treffen heute solche Konzepte in der Psychotraumatologie, in der vermuteten Inzest-ätiologie vieler Borderline-Persönlichkeiten, im Denkmodell der Schizotaxie (Meehl [21]), im Stress-Diathese-(Vulnerabilitäts-)Modell von Zubin [22].

Borderline: instabile Ich-Zustände mit vielen dissoziativen Störungen, aber meist ohne Fragmentation des Ich

Die Borderline-Pathologie mit ihren polymorphen Symptomen, Syndromen, Syndromkombinationen

und Komorbiditäten verweist auf einen morbidem, wenig kohärenten, wenig gefestigten, instabilen Ich-Zustand als Fundament. Ein Ich, das von Ängsten des Verlassen-Werdens, der Bodenlosigkeit, des chaotischen Überbordens, der Desintegration und überwältigender Affekte von Angst, Schmerz und Wut bedroht ist – und darauf mit verzweifelten Abwehr- und Fluchtversuchen reagiert.

Gewiss kann man die Borderline-Pathologie nicht auf Identitätsunsicherheit reduzieren. Die Unsicherheit des Bestandes als Ich, Selbst, Person ist viel umfassender. Die vielen psychosenahen Desintegrationsängste sind Zerfallsängste: Angst vor der Dissoziation der Person. Viele dissoziative Phänomene sind Ausdruck davon: Versunkenheit, Depersonalisation, Derealisation, Wegtreten in tranceartige Ausnahmezustände des Bewusstseins, totales passives Preisgegebensein an Affekte von Wut, Angst, Schmerz und Einsamkeit und an Impulse zur Selbstverletzung oder Selbsttötung. Meist aber bleibt es bei Desintegrationsängsten mit höchstens flüchtigen (d.h. Stunden währenden) produktiv-psychotischen Symptomen.

Die Katamnesen (McGlashan [23], Stone et al. [24]) zeigen auch, dass Borderline-Persönlichkeitsstörung keineswegs ein Prodrom einer schizophrenen Erkrankung sein muss. Ich vermute in den so sehr instabilen, fluktuierenden Ich-Zuständen von Borderline geradezu einen schizoprotektiven Mechanismus. Das Ich ist zu «locker», zu fluktuierend, als dass es zu einer Fragmentierung des Ich wie bei der Schizophrenie käme. Bei genauerem Studium der Ich-/Selbsterfahrung von Borderline zeigt sich auch, dass die befürchtete Desintegration, Bodenlosigkeit wohl sehr angstvoll bedrängend sein kann, aber selten faktisch eintritt [16].

Borderline-Persönlichkeiten repräsentieren eine andere Art dissoziativer Störungen als Schizophrenie. Dafür sprechen ausser der Katamnese, der Genetik mit den Schizophrenie-Spektrum-Pathologien, der Nähe zu Affekterkrankungen (Stone [25]) auch die genauere Differenzierung, um welche Dissoziation es sich bei Borderline im Kontrast zur Fragmentation bei Schizophrenien handelt.

Literatur

- 1 Canstatt C. Handbuch der medicinischen Klinik. Bd. 1: Die specielle Pathologie und Therapie vom klinischen Standpunkte aus bearbeitet. Stuttgart: Enke; 1841.
- 2 Freud S. Die Abwehrneurosepsychosen. Weitere Bemerkungen über Abwehrneurosepsychosen (1896). Gesammelte Werke, Bd. 1 (1968). Frankfurt: Fischer; 1894.
- 3 Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: Aschaffenburg G, Hrsg. Handbuch der Psychiatrie. Leipzig: Deuticke; 1911.
- 4 Kraepelin E. Psychiatrie. 5. Aufl. 1896, 8. Aufl. 1913. Leipzig: Barth; 1896/1913.
- 5 Bleuler E. Dementia praecox. J Ment Pathology 1902;3:113–20.
- 6 Bleuler E. Die Prognose der Dementia praecox (Schizophreniegruppe). Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin 1908;65:436–64.
- 7 Schneider K. Klinische Psychopathologie. Stuttgart: Thieme; 1939.
- 8 Janet P. L'automatisme psychologique. Paris: Alcan; 1889.
- 9 Meynert T. Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wien: Braunmüller; 1890.
- 10 James W. Principles of Psychology. New York: Holt & Co; 1890/1896.
- 11 Scharfetter C. Dissoziation, Split, Fragmentation. Nachdenken über ein Modell. Bern: Huber; 1999.
- 12 Klein M. Notes on some schizoid mechanisms. Int J Psychoanal 1946;27:99–110.
- 13 Kernberg OF. Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York: Jason Aronson; 1975.
- 14 DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- 15 ICD-10 Internationale Klassifikation psychischer Störungen. 2. Aufl. Bern: Huber; 1993.
- 16 Scharfetter C. The Self-Experience of Schizophrenics. Empirical studies of the ego/self in schizophrenia, borderline disorders and depression. 2nd ed. Zurich: University of Zurich; 1996.
- 17 Castillo RJ. Culture and Mental Illness. Pacific Grove: Brooks, Cole; 1997.
- 18 Heinroth JCA. Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung. Leipzig: Vogel; 1818.
- 19 Feuchtersleben E. v. Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde. Wien: Gerold; 1845.
- 20 Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart: Krabbe; 1845, 3. Aufl. 1871.
- 21 Meehl PE. Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia. J Personal Disord 1990;4:1–99.
- 22 Zubin J. Chronicity versus vulnerability. In: Nasrallah HA, ed. Handbook of Schizophrenia, vol. 3. Amsterdam: Elsevier; 1988. p. 463–80.
- 23 McGlashan TH. The Borderline: Current Empirical Research. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1985.
- 24 Stone MH, Hurt S, Stone DK. The P.I.-500: long-term follow-up of borderline in-patients meeting DSM-III criteria. J Personal Disord 1987;1:291–8.
- 25 Stone MH. The Borderline Syndromes. Constitution, personality, and adaptation. New York: McGraw-Hill; 1980.