

Verlauf und Prognose der schweren Persönlichkeitsstörungen

Klaus Schmeck^a, Susanne Schlüter-Müller^b

^a Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK), Basel, Switzerland

^b Fachhochschule Nordwestschweiz, Institut Spezielle Pädagogik und Psychologie, Basel, Switzerland

Funding / potential competing interests: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Summary

Course and prognosis of severe personality disorders

The stability of the diagnosis “personality disorder” (PD) is lower than expected. This applies more to its categorical and less to its dimensional stability, which is validated by studies on the natural course of PD and its course under treatment. Results of longitudinal studies show that in relation to the natural course of PD some half of disorders are already in remission in the first year. Remarkable, however, is a substantial shift to other diagnoses. Symptoms such as “self-injurious behaviour” undergo more marked changes, whereas personality traits such as “affective lability”, “impulsivity” or “callous-unemotional behaviour” change less. Specialised psychotherapeutic techniques have proved effective (especially for the treatment of borderline PD). The worst course and prognosis and the least effective treatment approaches can be found in antisocial PD, where much more effort is needed to develop effective treatments.

Key words: personality disorder; course; prognosis; treatment; BPD; ASPD

Einleitung

Persönlichkeitsstörungen wurden lange mit einem stabilen Verlauf, schlechter Prognose und weitgehender Unbehandelbarkeit assoziiert. Tatsächlich weisen jedoch die Ergebnisse empirischer Studien eher in eine andere Richtung. Die Ergebnisse der aktuellen Längsschnittstudien zeigen eindeutig, dass Persönlichkeitsstörungsdiagnosen nicht so stabil sind, wie immer erwartet wurde, dass sie gut behandelbar sind und einige der Symptome remittieren, wie im Folgenden gezeigt werden soll. Zur Beurteilung der Stabilität von Persönlichkeitsstörungen ist allerdings entscheidend, ob man von einem kategorialen oder von einem dimensional Diagnosesystem ausgeht. Da bei einem kategorialen System, bei dem Diagnosen durch das Überschreiten von Schwellenwerten definiert sind, schon geringfügige Veränderungen zu einem Verschwinden oder (Wieder-)Auftauchen einer Diagnose führen können, kann man eine überdauernde Stabilität sinnvollerweise nur mit dimensional Diagnosekriterien überprüfen.

Korrespondenz:

Professor Klaus Schmeck, MD
Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik
Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Schaffhauserstrasse 55
CH-4058 Basel
Switzerland
klaus.schmeck[at]upkbs.ch

Bevor man sich der Frage zuwendet, wie stabil Persönlichkeitsstörungen sind, ist es wesentlich zu klären, wie stabil Persönlichkeitsmerkmale an sich sind. Dieser Frage ist in der Persönlichkeitspsychologie in einer grossen Zahl von Studien nachgegangen worden, die in zwei Metaanalysen zusammengefasst worden sind. Roberts und Del Vecchio [1] beschreiben, dass die Stabilität von Persönlichkeitsmerkmalen in der frühen Kindheit noch sehr gering ist ($r = 0,35$; Korrelationskoeffizient) und ab dem Kindergartenalter ($r = 0,52$) über die Lebensspanne hinweg langsam zunimmt (frühes Erwachsenenalter $r = 0,57$, mittleres Erwachsenenalter $r = 0,62$) mit einem Plateau nach dem 50. Lebensjahr ($r = 0,75$). Caspi et al. [2] ziehen aus ihrer Metaanalyse die vergleichbaren Schlussfolgerungen, dass Persönlichkeitsmerkmale in Kindheit und Erwachsenenalter eine mittelgradige Stabilität aufweisen und die Stabilität mit dem Alter steigt.

Von allen Persönlichkeitsstörungen hat die Borderline-Persönlichkeitsstörung das mit Abstand meiste Interesse hervorgerufen und ist von daher auch am besten untersucht. Von den anderen schwerwiegenden Persönlichkeitsstörungen gibt es auch noch für die Antisoziale Persönlichkeitsstörung eine grosse Zahl von Studien, so dass diese beiden Persönlichkeitsstörungen verstärkt im Fokus der weiteren Ausführungen stehen werden.

Verlauf und Prognose von unbehandelten Persönlichkeitsstörungen

Zu den grundlegenden Diagnosekriterien von Persönlichkeitsstörungen zählt, dass es sich bei diesen Störungen um tief verwurzelte und zeitlich überdauernde Verhaltensmuster handelt [3, 4]. Von daher sollten sich Persönlichkeitsstörungen ohne erhebliche therapeutische Interventionen über die Zeit hinweg kaum oder gar nicht verändern. Tatsächlich weisen aber die Ergebnisse von Longitudinalstudien darauf hin, dass die Stabilität von Persönlichkeitsstörungen auch ohne Behandlung nicht so beständig ist, wie es in der in den Diagnosekriterien beschriebenen Konzeptualisierung des Störungsbilds angenommen wird.

Bezogen auf den natürlichen Verlauf von Persönlichkeitsstörungen konnte Perry [5] zeigen, dass es zu einer durchschnittlichen Remission von 3,7% der Persönlichkeitsstörungen pro Jahr kam. Seine Schlussfolgerung lautete: Persönlichkeitsstörungen haben zwar eine hohe kurzzeitige Stabilität, aber über einen Zeitraum von 10 Jahren kommt es zu bedeutsamen Veränderungen.

Zur Untersuchung des Langzeitverlaufs von Persönlichkeitsstörungen wurde die Collaborative Longitudinal Personality Study (CLPS) durchgeführt [6]. In dieser multizentrischen naturalistischen Longitudinal-Studie waren die vier Persönlichkeitsstörungen Borderline, schizotyp, ängstlich-vermeidend und zwanghaft sowie eine Kontrollgruppe mit Major Depression ohne Persönlichkeitsstörung eingeschlossen. Zur Erfassung des Störungsbilds wurde das Diagnostic Interview for Personality Disorders (DIPD) eingesetzt. Follow-up-Untersuchungen wurden nach sechs und zwölf Monaten und danach vier Jahre lang im jährlichen Abstand durchgeführt. Nach einem Jahr waren ca. 50% der Borderline-Störungen remittiert, nach vier Jahren waren es sogar 62%. Vergleichbare Zahlen waren für die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörungen zu finden. Bei der zwanghaften und der schizotypen Persönlichkeitsstörung lagen die Remissionsraten nach vier Jahren sogar bei 70%. Bei der Bewertung dieser Zahlen ist jedoch darauf zu achten, dass von allen Patienten mit remittierter Borderline-Störung 62% mehr als drei Kriterien für eine schizotype, 52% für eine ängstlich-vermeidende und 50% für eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung aufwiesen. Einen Rückfall in die alte Symptomatik erlitten 10% der Patienten mit Borderline-Störungen, 20% derjenigen mit zwanghaften Persönlichkeitsstörungen und 28% der Patienten mit ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörungen.

Wenn sich Persönlichkeitsstörungen tatsächlich in einem so hohen Ausmass auch ohne Behandlung verändern, stellt sich die Frage, welche Auffälligkeiten sich bessern und welche persistieren. In der CLPS war zu beobachten, dass sich bei den Borderline-Persönlichkeitsstörungen diejenigen Diagnose-Kriterien am wenigsten über die Zeit hinweg veränderten, die Persönlichkeits-Traits entsprechen (wie z.B. affektive Instabilität, impulsives Verhalten oder intensives Erleben von Ärger). Am wenigsten stabil waren demgegenüber konkrete Verhaltensweisen wie selbstverletzendes Verhalten oder das Vermeiden von Alleinsein. Wenn von daher Persönlichkeitsstörungen eher als dysfunktionale Traits definiert werden und weniger über spezifische und konkrete Verhaltensweisen, erweisen sie sich als stabiler. Dass dies einen Sinn macht, zeigt sich auch darin, dass in der CLPS die psychosoziale Funktionseinschränkung der Patienten (Global Assessment of Functioning Scale) stabiler war als die einzelnen Diagnosekriterien.

Bezogen auf die Frage der Veränderbarkeit von Persönlichkeitsstörungen muss deshalb unterschieden werden zwischen strukturellen Veränderungen und Veränderungen auf der Verhaltensebene. Während Veränderungen auf der Verhaltensebene eher fluktuierend verlaufen (Wechsel von Remission und Wiederverschlechterung), ist das darunter liegende strukturelle Niveau eher konstanter.

Zu einem vergleichbaren Ergebnis kamen die Autoren der McLean Study of Adult Development [7, 8], die den Verlauf von Borderline-Persönlichkeitsstörungen über einen Zeitraum von 10 Jahren untersuchten. Alle Probanden dieser Längsschnittstudie waren zu Beginn Patienten im Alter zwischen 18 und 35 Jahren, die im McLean Hospital (Belmont, USA) wegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in stationärer Behandlung waren. Der weitere Verlauf dieser Patienten wurde beobachtet, unabhängig davon,

ob sie weiterhin in Behandlung waren oder nicht. Bezogen auf die Borderline-Symptomatik zeigten sich erhebliche Veränderungen, so dass nach 10 Jahren bei 93% der Probanden eine Remission der Symptome über einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren beobachtet werden konnte, bei 86% sogar über einen Zeitraum von mindestens 4 Jahren. Bei 50% war die Borderline-Persönlichkeitsstörung im Verlauf der letzten 2 Jahre nicht mehr zu beobachten gewesen, d.h., die notwendige Anzahl an Kriterien zur Diagnose dieser Störung war nicht mehr erfüllt, und es fanden sich sowohl eine gute soziale Funktionsfähigkeit als auch eine gute berufliche Funktionsfähigkeit. Bei 34% war im Beobachtungszeitraum ein Rückfall zu verzeichnen. Zirkum 30% derjenigen, die in den vergangenen 2 Jahren eine Remission ihrer Symptome erlebt hatten, zeigten erneute Symptome, bezogen auf eine vorangegangene vierjährige Remission waren es ca. 15%.

Die bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu beobachtenden Auffälligkeiten werden von den Autoren eingeteilt in akute Symptome (wie z.B. Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten oder stürmische Beziehungen) und temperamentsähnliche Persönlichkeits-Traits (wie ein chronisches Gefühl der Leere, intensive Gefühle von Ärger und Wut, Unfähigkeit zum Alleinsein). Die akuten Symptome prägen das Bild der Störung und sind am besten behandelbar. Die temperamentsähnlichen Persönlichkeits-Traits sind sehr viel hartnäckiger und schwerer behandelbar, bestimmen aber langfristig die Frage der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung.

Stabilität von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter

Die Stabilität von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter scheint vergleichbar zu derjenigen von Erwachsenen zu sein. In der «Children in the Community-Study» der Columbia University New York [9] wurde die Stabilität von Persönlichkeitsstörungen bei 733 Adoleszenten über einen Zeitraum von 19 Jahren untersucht. Als zentrales Ergebnis dieser Studie zeigte sich, dass die Stabilitätskoeffizienten für Persönlichkeitsstörungssymptome über den Entwicklungsverlauf hinweg weitgehend vergleichbar waren. So fanden sich vom 13. bis 16. Lebensjahr und vom 16. bis 22. Lebensjahr Stabilitätskoeffizienten zwischen 0,42 und 0,65, vom 22. bis zum 33. Lebensjahr Stabilitätskoeffizienten von durchschnittlich 0,55. Ein vergleichbares Ergebnis erbrachte auch eine Studie von Chanan et al. [10]. Die Stabilität einer Persönlichkeitsstörungsdiagnose lag bei 101 ambulant vorgestellten Jugendlichen (Altersbereich 15–18 Jahre) nach einem Zwei-Jahres-Intervall vergleichbar zu Stabilitäten im Erwachsenenalter. In 55% der Fälle fand sich eine Persönlichkeitsstörungsdiagnose zu beiden Untersuchungszeitpunkten, erwähnenswert ist aber, dass es sich dabei jedoch nicht immer um die gleiche Diagnose handelte. Bei 14,6% lag eine Persönlichkeitsstörungsdiagnose nur zum ersten Messzeitpunkt vor, bei 19,8% nur zum zweiten Messzeitpunkt. Somit ergab sich eine 75%ige Stabilität hinsichtlich der Frage, ob überhaupt eine Persönlichkeitsstörungsdiagnose zu beiden Messzeitpunkten vorlag oder nicht. Die dimensionale Stabilität war hoch bei antisozialen und schizoiden Symptomen, in einem mittleren Bereich bei

Symptomen von Borderline, histrionischen und schizotypen Störungen sowie niedrig bei den restlichen Persönlichkeitsstörungen.

Antisoziale/dissoziale Persönlichkeitsstörungen

Bei der Untersuchung der Stabilität von Persönlichkeitsstörungen findet sich die vergleichsweise höchste Konstanz bei antisozialen Persönlichkeitsmerkmalen [11], wie sie bei den antisozialen Persönlichkeitsstörungen gefunden werden. In der Klassifikation der ICD-10 wird abweichend vom DSM-IV von der dissozialen Persönlichkeitsstörung gesprochen, und auch inhaltlich unterscheiden sich diese beiden Diagnosen: Während bei der DSM-Diagnose stärker auf beobachtbares delinquentes Verhalten abgehoben wird und die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens vor dem 15. Lebensjahr vorausgesetzt wird, ist die Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung stärker auf die interpersonellen Defizite der betroffenen Person ausgerichtet. Der Verlauf der Störung wird als der problematischste von allen Persönlichkeitsstörungen angesehen.

Auch wenn es Formen der dissozialen Persönlichkeitsstörung gibt, die nicht mit offen kriminellen Verhalten einhergehen, gibt es für Personen mit dissozialen Persönlichkeitsstrukturen wegen der kontinuierlichen Verletzung gesellschaftlicher Regeln und Normen ein hohes Risiko, strafrechtlich verfolgt und inhaftiert zu werden. Aufgrund ihres risikobereiten und rücksichtslosen Verhaltens stellen sie nicht nur für andere, sondern auch für sich selber eine grosse Gefahr dar. So fand sich in einer Untersuchung von Black [12] bei unter 40-jährigen Männern mit antisozialer Persönlichkeitsstörung ein 33fach erhöhtes Risiko für einen vorzeitigen Tod im Vergleich zu anderen Männern gleichen Alters, was neben einer deutlich erhöhten Rate an Suiziden vor allem auch auf schwere Verkehrsunfälle, Drogenmissbrauch oder gewalttätige Konflikte zurückzuführen war.

In einer Untersuchung von Harpur und Hare [13] bei Erwachsenen mit antisozialen Persönlichkeitsstörungen zeigte sich, dass zwar das antisoziale Verhalten über die Lebensspanne hinweg kontinuierlich abnahm, jedoch die sogenannten «psychopathischen» Wesensmerkmale stabil über den gesamten Zeitraum blieben. Während also das offen sichtbare aggressive und antisoziale Verhalten über die Zeit hinweg seltener wird, sind die diesen Verhaltensweisen zugrundeliegenden Persönlichkeitsmerkmale deutlich stabiler. Dies trifft vor allem auf die «psychopathischen» Wesenszüge zu, ein Konzept, dass von Hare [14] unter Bezug auf die Arbeiten von Cleckley [15] wieder in die Diskussion eingeführt wurde. Dieses Konzept beschreibt folgende grundlegende Störungsdimensionen: zum einen charakteristische Persönlichkeitszüge auf der interpersonellen Ebene (oberflächlicher Charme, keine dauerhaften Beziehungen) und der emotionalen Ebene (keine Schuldgefühle bei Fehlverhalten, kein Erleben von Angst, fehlende Empathie, oberflächliche Emotionen), zum anderen einen charakteristischen Lebensstil, der durch Instabilität (mehrfache Ehen, wechselnde Arbeitsplätze) und antisoziale Verhaltensweisen (wiederholte Verhaftungen, Aggressionen) gekennzeichnet ist. Solche Merkmale sind auch schon im Kindes- und Jugendalter zu beobachten (siehe das Konzept der «kalther-

zig-unemotionalen» Wesenszüge von Frick [16]) und haben eine höhere Stabilität im Verlauf zum Erwachsenenalter als andere Persönlichkeitsmerkmale [17]. Gerade auch für die mit dem Störungsbild verbundenen ausgeprägten Defizite im empathischen Erleben (vor allem das fehlende Wahrnehmen von Furcht bei anderen Personen) gibt es inzwischen eine grosse Zahl von Untersuchungsergebnissen, die auf eine neurobiologische Fundierung hinweisen, was die Stabilität dieses Merkmals über den Entwicklungsverlauf verständlich macht [18–20].

Aufgrund der Bedeutung von psychopathischen Persönlichkeitszügen für den Langzeitverlauf von aggressivem und dissozialem Verhalten findet dieses Konzept nun Eingang in die Veränderungen des DSM-IV hin zum DSM-V, sowohl bei der Neukonzeptualisierung der antisozialen Persönlichkeitsstörung als auch bei der Revision der Diagnose «Störung des Sozialverhaltens».

Verlauf und Prognose von behandelten Persönlichkeitsstörungen

Entgegen früherer Einschätzungen, dass Persönlichkeitsstörungen nur sehr schwer oder kaum therapierbar sind, haben die Entwicklungen der letzten 30 Jahre gezeigt, dass diese Störungsbilder gut zu behandeln sind, wenn spezifische Behandlungsverfahren eingesetzt werden. Leichsenring und Leibing [21] haben die Ergebnisse einer Vielzahl von Therapiestudien in einer Metaanalyse zur Effektivität von Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen zusammengefasst. Von allen zwischen 1974 und 2001 dazu veröffentlichten Therapiestudien genügten 14 Studien zur Effektivität von psychodynamischen Therapieverfahren und 11 Studien zur Effektivität von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieverfahren den methodischen Anforderungen, um in die Analyse eingeschlossen zu werden. Der Einsatz von psychodynamischer Psychotherapie führte zu deutlichen Behandlungserfolgen mit einer hohen Effektstärke der Behandlung von $d = 1,46$ (d = Effektstärke) im Vergleich zur Kontrollbedingung sowie zu einer mittleren Remissionsrate von 59% der Persönlichkeitsstörungen nach Behandlung. Bei der Anwendung von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren waren ebenfalls sehr deutliche Behandlungseffekte zu erkennen ($d = 1,0$), die mittlere Remissionsrate lag bei 47%. Bei der Bewertung dieser Ergebnisse ist zu beachten, dass die mittlere Behandlungsdauer in den Therapiestudien mit psychodynamischen Verfahren bei 37,2 Wochen lag, bei den Studien mit verhaltenstherapeutischen Verfahren jedoch nur bei 16,4 Wochen.

Gegenwärtig haben vier psychotherapeutische Verfahren eine ausreichende empirische Evidenz bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen nachgewiesen. Dabei handelt es sich um die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) [22], die Transference-Focused Psychotherapie (TFP) [23], die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) [24] sowie als neueste Entwicklung die Schemafokussierte Therapie (SFT) [25].

Choi-Kain et al. [26] schlagen vor, die verhaltenstherapeutisch orientierten Verfahren wie zum Beispiel die DBT eher zu Beginn einer Behandlung einzusetzen, da sie sich als

besonders wirksam zur Reduktion von Symptomen wie selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität oder anderen selbstdestruktiven Verhaltensweisen gezeigt haben. Im Langzeitverlauf seien dann eher die psychodynamischen Verfahren TFP oder MBT indiziert, um die näher an den Persönlichkeits-Traits liegenden Auffälligkeiten wirksam behandeln zu können.

Entgegen diesen optimistisch stimmenden Ergebnissen von Therapiestudien sind die Ergebnisse bei der Behandlung von dissozialen Persönlichkeitsstrukturen deutlich depressiver. In einem Cochrane Review zu psychologischen Interventionen bei antisozialen Persönlichkeitsstörungen [27] kommen die Autoren zu der Schlussfolgerung, dass es gegenwärtig keine Studie mit ausreichend hohem methodischen Standard gibt, in der signifikante Veränderungen antisozialen Verhaltens durch Therapie nachgewiesen werden konnte: «Results suggest that there is insufficient trial evidence to justify using any psychological intervention for adults with AsPD» (p. 2). Die Autoren gestehen allerdings ein, dass das Fehlen ausreichender Evidenz für den Erfolg von Behandlungsansätzen nicht bedeutet, dass damit der Beweis für die Nichtbehandelbarkeit der Störungen geliefert sei («absence of evidence is not evidence of absence of effect» p. 28).

Schlussfolgerungen

Wenn man sich die Studienlage zum Verlauf von Persönlichkeitsstörungen anschaut, findet man genau diejenigen Probleme wieder, die dazu geführt haben, dass es bei der Neuformulierung des Diagnosemanuals DSM im kommenden Jahr zu erheblichen Veränderungen beim Kapitel «Persönlichkeitsstörungen» kommen wird. Die in den gegenwärtigen Klassifikationssystemen aufgeführten Persönlichkeitsstörungsdiagnosen sind nicht ausreichend voneinander abgegrenzt und haben von daher nur eine sehr begrenzte Reliabilität und Validität. Remissionen, die für eine Diagnose berichtet werden, haben nur dann für den Patienten eine wirkliche Bedeutung, wenn nicht gleichzeitig eine andere Störungsdiagnose auftaucht und damit weiterhin eine erhebliche Beeinträchtigung besteht. Ausserdem kann durch die Klassifikation mit Hilfe eines Cut-off-Werts eine künstlich niedrige Stabilität einer Störung vorgetäuscht werden. So ist es zum Beispiel deutlich wahrscheinlicher, dass ein Patient auch ohne Behandlung ein Symptom verliert (und damit evtl. unter den Cut-off sinkt), als dass sich die grundlegende Persönlichkeitsstruktur verändert. Vor dem Hintergrund solcher Überlegungen ist es sehr begrüssenswert, wenn in Zukunft der dimensionale Ansatz bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen stärker Einzug hält.

Auch wenn der unbehandelte Verlauf von Persönlichkeitsstörungen vermutlich (zumindest bezogen auf die Kernsymptomatik) deutlich stabiler ist, als es die Datenlage erscheinen lässt, bedeutet dies nicht, dass diese Diagnose ein lebenslanges und unveränderbares Schicksal bedeutet. Ganz im Gegenteil hat sich mit ausreichender Evidenz gezeigt, dass Persönlichkeitsstörungen gut behandelbar sind, wenn spezifische Verfahren eingesetzt werden und die Störungen

zu einem möglichst frühen Zeitpunkt behandelt werden. Dennoch muss deutlich zwischen der Reduktion von Symptomen und der langfristigen Verbesserung der interpersonellen Beziehungsfähigkeit, der Differenzierung zwischen Selbstbild und verfestigtem Bild von anderen (Selbst- und Objektrepräsentanz) und der Fähigkeit, Alleinsein auszuhalten, unterschieden werden. Eine langfristige Reduzierung der (oft) suizidalen Selbstverletzungen, der intensiven Affektdurchbrüche und der dysfunktionalen Selbstmedikation mit Drogen und Alkohol ist von hoher klinischer Bedeutung und führt zu einer Reduzierung der Klinikaufenthalte. Ein gelungeneres Leben, eine Steigerung der Lebensqualität in Form von Verbesserung der Liebes- und Arbeitsfähigkeit ist jedoch erst dann erreicht, wenn zusätzlich zur Symptomreduktion eine Fähigkeit zu Beziehungsgestaltung entstehen kann, die nicht mehr ausschliesslich von einem Schwarz-Weiss-Empfinden wie Liebe/Hass, Idealisierung/Entwertung, Freund/Feind geprägt ist. Eine Ergänzung verschiedener Therapiemethoden, die diese Aspekte beachten, ist somit nach unserer Einschätzung ein zentraler Faktor für einen positiven Outcome von schweren Persönlichkeitsstörungen.

Eine Besonderheit stellt die antisoziale/dissoziale Persönlichkeitsstörung dar. Bisher ist es weder für die verhaltensnahen Symptome noch für die der Störung zugrundeliegenden Persönlichkeits-Traits ausreichend gelungen, wirksame Behandlungsansätze zu finden. Hier besteht eine grosse Herausforderung für Kliniker, Forensiker und Therapieforscher, neue Behandlungsverfahren zu erarbeiten (und methodisch gut fundiert zu überprüfen), um gerade bei diesem extrem hartnäckigen Störungsbild dringend notwendige Fortschritte zu erzielen. Dies ist nicht nur zur Linderung des Leidens der Betroffenen und ihrer Opfer notwendig, sondern auch vor dem Hintergrund der immensen gesellschaftlichen Kosten, die durch antisoziale Störungen entstehen [28]. Besonderes Augenmerk muss dabei auf die Veränderung der kaltherzig-unemotionalen Persönlichkeitszüge und der damit verbundenen Empathiestörung gelegt werden, welche die Kernsymptomatik von antisozialem Verhalten darstellen und für die bisher schlechte Prognose einen zentralen Stellenwert haben. Da bisherige Behandlungsansätze nicht ausreichend wirksam sind, müssen auf der einen Seite auch ungewöhnliche Behandlungsformen (wie Neurofeedback oder die Gabe von Oxytocin) überprüft werden. Andererseits sollte man die bei Kindern noch deutlich stärker ausgeprägte zerebrale Plastizität ausnützen und die Interventionen zu einem sehr viel früheren Zeitpunkt als bisher starten. Denn im Gegensatz zu anderen Auffälligkeiten in der Entwicklung kann man bei früh beginnendem aggressivem und antisozialem Verhalten sehr sicher sein, dass sich dies ohne adäquate Behandlungsmassnahmen nicht von alleine «auswachsen» wird.

Literatur

1. Roberts BW, DelVecchio WF. The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: a quantitative review of longitudinal studies. *Psych Bull.* 2000;126(1):3–25.
2. Caspi A, Roberts BW, Shiner RL. Personality Development: Stability and Change. *Annu Rev Psychol.* 2005;56:453–84.
3. WHO. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. (Dt. Übersetzung von H. Dilling, W. Mombour und M. H. Schmidt). Bern, Göttingen: Huber; 1993.

- 4 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV-TR. 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC; 2000.
- 5 Perry JC. Longitudinal studies of personality disorders. *J Personal Disord.* 1993;7(suppl):63–85.
- 6 Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, McGlashan TH, Morey LC, Sanislow CA, et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *J Personality Disorders.* 2005;19(5):487–504.
- 7 Zanarini MC. Reasons for Change in Borderline Personality Disorder (and Other Axis II Disorders). *Psychiatr Clin North Am.* 2008;31(3): 505–15.
- 8 Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry.* 2010;167(6):663–7.
- 9 Bernstein DP, Cohen P, Velez CN, Schwab-Stone M, Siever LJ, Shinsato L. Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *Am J Psychiatry.* 1993;150: 1237–43.
- 10 Chanen AM, Jackson HJ, McGorry PD, Allot KA, Clarkson V, Yuen HP. Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *J Pers Dis.* 2004;18:526–41.
- 11 Nestadt G, Di C, Samuels JF, Bienvenu OJ, Reti IM, Costa P, et al. The stability of DSM personality disorders over twelve to eighteen years. *J Psychiatr Res.* 2010;44(1):1–7.
- 12 Black DW, Baumgard CH, Bell SE, Kao C. Death rates in 71 men with antisocial personality disorder: A comparison with general population mortality. *Psychosom.* 1996;37(2):131–6.
- 13 Harpur TJ, Hare RD. Assessment of psychopathy as a function of age. *J Abnorm Psychol.* 1994;103(4):604–9.
- 14 Hare RD. *Psychopathy: Theory and Research.* New York: Wiley; 1970.
- 15 Cleckley HM. *The Mask of Sanity.* St. Louis: Mosby; 1941.
- 16 Frick PJ, O'Brien BS, Wootton JN, McBurnett K. Psychopathy and conduct problems in children. *J Abnorm Psych.* 1994;103:700–7.
- 17 Frick PJ. Extending the construct of psychopathy to youth: implications for understanding, diagnosing, and treating antisocial children and adolescents. *Can J Psychiatry.* 2009;54(12):803–12.
- 18 Jones AP, Laurens KR, Herba CM, Barker GJ, Viding E. Amygdala hypoactivity to fearful faces in boys with conduct problems and callous-unemotional traits. *Am J Psychiatry.* 2009;166(1):95–102.
- 19 Marsh AA, Finger EC, Mitchell DG, Reid ME, Sims C, Kosson DS et al. Reduced amygdala response to fearful expressions in children and adolescents with callous-unemotional traits and disruptive behavior disorders. *Am J Psychiatry.* 2008;165:712–20.
- 20 Blair RJ, Budhani S, Colledge E, Scott S. Deafness to fear in boys with psychopathic tendencies. *J Child Psychol Psychiatry.* 2005;46(3):327–36.
- 21 Leichsenring F, Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 2003;160(7):1223–32.
- 22 Linehan M. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder.* New York: Guilford Press; 1993.
- 23 Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur Transference-Focused Psychotherapy (TFP).* Stuttgart: Schattauer Verlag; 2001.
- 24 Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalisation based treatment of BPD.* Oxford, UK: Oxford University Press; 2004.
- 25 Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch.* Paderborn: Junfermann; 2005.
- 26 Choi-Kain LW, Zanarini MC, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, Reich DB. A longitudinal study of the 10-year course of interpersonal features in borderline personality disorder. *J Pers Disord.* 2010;24(3):365–76.
- 27 Gibbon S, Duggan C, Stoffers J, Huband N, Völlm BA, Ferriter M, Lieb K. Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;16(6):1–108.
- 28 Foster EM, Jones D. Can a Costly Intervention Be Cost-effective? An Analysis of Violence Prevention. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63: 1284–91.