

Schmeck, Klaus

Konzeptuelle Fragen und Behandlungsansätze bei Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 57 (2008) 8, S. 625-640

urn:nbn:de:bsz-psydok-48415

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Konzeptuelle Fragen und Behandlungsansätze bei Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter

Klaus Schmeck

Summary

Personality disorders in adolescence: conceptual issues and treatment approaches

Objective of this paper is to search for answers for the question if it is justified to use the diagnosis of personality disorder already in adolescence. Recent research data confirm that the stability of basic personality traits is only gradually lower in adolescence compared to adulthood. Using the diagnostic criteria of adults there is not much of a difference concerning prevalence rate and stability in adolescence and adulthood. Meta-analyses reveal that patients with personality disorders can successfully be treated with specialized treatment programs so that personality disorders should not be viewed as life-course persistent. It is argued that an early assessment with standardized procedures can help to identify adolescents with personality disorders so that specialized treatment approaches can be started. In adulthood there is empirical evidence for the use of Dialectical-Behavior Therapy DBT, Transference Focused Psychotherapy TFP, Mentalization-based Therapy MBT and Schema-focused Psychotherapy SFT for the use in patients with personality disorders. These treatment approaches have to be adapted to the special situation of adolescents so that their use can help to prevent these early developing disorders to become chronic.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 57/2008, 625-640

Keywords

Personality disorder – adolescence – stability – assessment – treatment approaches

Zusammenfassung

Ziel dieses Beitrags ist die Auseinandersetzung mit der Frage, ob es gerechtfertigt und sinnvoll ist, die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bereits im Jugendalter zu stellen. Anhand von Forschungsergebnissen der letzten Jahre kann gezeigt werden, dass sich die Stabilität von grundlegenden Persönlichkeitsmerkmalen in Kindheit und Jugend nur graduell von der Stabilität im Erwachsenenalter unterscheidet. Legt man die diagnostischen Kriterien für Erwachsene zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen zugrunde, finden sich im Jugendalter vergleichbare Prävalenzen, und auch die Stabilität der Diagnose unterscheidet sich kaum zwischen Jugend- und Erwachsenenalter. Von hoher Bedeutung ist, dass nach aktuellen Untersuchungen zum Verlauf von Persönlichkeitsstörungen eine große Zahl von Patienten unter adäquater Behandlung mit spezifischen Therapieverfahren remittiert, so dass ein therapeutischer Nihilismus ebenso wenig angebracht ist wie die hartnäckige Einschätzung von Persönlichkeitsstörungen als lebenslanges Schicksal. Plädiert wird

daher für eine frühzeitige und sorgfältige Diagnostik, damit Behandlungsverfahren wie die Dialektisch-Behaviorale Therapie DBT, die Übertragungsfokussierte Psychotherapie TFP, die Mentalisierungsgestützte Therapie MBT oder die Schemafokussierte Therapie SFT, welche sich bei Erwachsenen als wirksam erwiesen haben, auch für das Jugendalter adaptiert und in ihrer Wirksamkeit überprüft werden können, um sie zum Wohle der Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörungen einzusetzen, damit eine Chronifizierung der Störung so weit wie möglich verhindert werden kann.

Schlagwörter

Persönlichkeitsstörungen – Adoleszenz – Stabilität – Diagnostik – Behandlungsverfahren

Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im Jugendalter ist nach wie vor sehr umstritten und wird nur sehr zurückhaltend angewendet. Neben den Diagnoserichtlinien von DSM-IV und ICD-10, in denen zur Zurückhaltung aufgerufen wird, liegt dies auch an der Befürchtung, Kinder und Jugendliche könnten stigmatisiert und in ihrer Entwicklung behindert werden, da die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ immer wieder mit einem lebenslangen und wenig veränderbaren Schicksal verbunden wird (was Parallelen zum Umgang mit der Diagnose „Schizophrene Psychose“ aufzeigt). Aktuelle Forschungsergebnisse der letzten Jahre werden bei diesen Vorbehalten allerdings kaum berücksichtigt. Auch wird immer wieder darauf hingewiesen, dass die Persönlichkeit von Kindern und Jugendlichen noch starken Wandlungen unterworfen sei, sodass starre und unflexible Verhaltensmuster, wie sie bei einer Persönlichkeitsstörung gefordert sind, noch nicht angenommen werden könnten.

Im vorliegenden Beitrag soll auf diese Fragen vor dem Hintergrund aktueller Forschungsergebnisse eingegangen werden. Nach konzeptuellen Überlegungen im ersten Teil des Beitrags wird im zweiten Teil auf Behandlungsmöglichkeiten eingegangen.

1 Konzeptuelle Fragen

1.1 Was ist eine Persönlichkeitsstörung?

Die Diagnosekriterien für Persönlichkeitsstörungen sowohl in ICD-10 als auch in DSM-IV sind in spezifische und allgemeine Kriterien unterteilt. Nach den allgemeinen Kriterien handelt es sich bei einer Persönlichkeitsstörung um tief verwurzelte und stabile Verhaltensmuster mit starren Reaktionen auf unterschiedliche persönlich-soziale Lebensbedingungen. Dies führt zu Auffälligkeiten im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in der Beziehungsgestaltung, was wiederum mit subjektivem Leiden des Betroffenen und/oder seiner Umgebung verbunden ist. Als Ausschlusskriterium gilt, dass die Auffälligkeiten durch keine andere psychische oder hirnorganische Störung bedingt sein dürfen. Als letztes allgemeines Kriterium wird schließlich angeführt, dass der Beginn dieser Störung in Kindheit oder Adoleszenz liegt

und es ein Kontinuum der Symptomatik bis ins Erwachsenenalter geben soll. Dieser Passus ist für die grundlegende Frage dieses Beitrags von erheblicher Bedeutung, da damit von einer kontinuierlichen Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung schon von der Kindheit an ausgegangen wird und dies sogar zur Voraussetzung für die Diagnose einer solchen Störung im Erwachsenenalter gemacht wird.

Neben diesen allgemeinen Kriterien werden spezifische Kriterien für jede der neun in ICD-10 beschriebenen Persönlichkeitsstörungen getrennt aufgelistet. Es handelt sich dabei um Symptomlisten mit einem jeweils spezifischen Cut-off, d. h. eine Persönlichkeitsstörung kann nur dann diagnostiziert werden, wenn die allgemeinen Kriterien erfüllt sind und zusätzlich der Cut-off für eine spezifische Persönlichkeitsstörung ebenfalls überschritten wird.

Am Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsstörung soll dies demonstriert werden (Tab. 1).

Tabelle 1: ICD-10-Diagnosekriterien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung

Allgemeine Kriterien:

Durchgehendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, Selbstbild und Gefühlen sowie ausgeprägte Impulsivität.

Darüber hinaus müssen mindestens fünf der folgenden neun Kriterien erfüllt sein:

1. Verzweifelter Bemühen, Alleinsein zu verhindern
2. Intensive, aber instabile zwischenmenschliche Beziehungen; Wechsel zwischen Überidealisierung und Entwertung
3. Identitätsstörung
4. Impulsivität bei mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten
5. Wiederholte Suiziddrohungen oder -versuche, Selbstverletzungen
6. Affektive Instabilität
7. Chronisches Gefühl der Leere
8. Übermäßig starke Wut; Unfähigkeit, Wut zu kontrollieren
9. Dissoziative Symptome; stressabhängige, paranoide Phantasien

Das gegenwärtige Klassifikationssystem in den beiden Diagnosemanualen stößt zunehmend gerade für die Persönlichkeitsstörungen auf Kritik. Der Versuch, die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen im klinischen Alltag voneinander abzugrenzen, führt zu erheblichen Schwierigkeiten. Wenn zum Beispiel eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden ist, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit deutlich, dass auch die Kriterien einer oder auch mehrerer anderer Persönlichkeitsstörungen zutreffen. Inzwischen besteht ein weitgehender Konsens darüber, dass Persönlichkeitsstörungen besser dimensional als kategorial beschrieben werden, so dass Livesley (2007) vorschlägt, zukünftig die kategoriale Diagnose einer „generellen Persönlichkeitsstörung“ mit einer dimensional Beschreibung der Persönlichkeitspathologie zu verbinden.

Während beim kategorialen Ansatz Persönlichkeitsstörungen als voneinander abgrenzbare Krankheits-Entitäten gesehen werden, geht man beim dimensional Ansatz davon aus, dass es einen fließenden Übergang von Persönlichkeitsauffällig-

keiten oder -stilen zu Persönlichkeitsstörungen gibt. In einer Expertenumfrage der International Society for the Study of Personality Disorders (2003) waren nur 28 % der Befragten der Meinung, dass Persönlichkeitsstörungen diskrete Kategorien repräsentieren, nur 30 % meinten, Persönlichkeitsstörungen reflektierten Krankheitsentitäten. 76 % der Experten äußerten die Ansicht, die gegenwärtigen Persönlichkeitsstörungsdiagnosen hätten eine schlechte Validität, 86 % von ihnen, Persönlichkeitsstörungen sollten als dimensionale Störungen konzeptualisiert werden, und immerhin 84 % vertraten die Meinung, Persönlichkeitsstörungen seien am besten als Varianten der normalen Persönlichkeit zu verstehen.

Die Frage, wie die dimensionale Beschreibung von Persönlichkeitsauffälligkeiten und Persönlichkeitsstörungen am ehesten aussehen soll, ist allerdings ebenfalls umstritten. Von Widiger und Simonsen (2005) werden 18 verschiedene dimensionale Modelle beschrieben. Ein häufig diskutiertes Modell stellt die dimensionale Konzeptualisierung von Livesley und Jackson (2001) mit der „Dimensional Assessment of Personality Pathology“ (DAPP) dar, welche die vier Dimensionen „emotionale Dysregulation“, „Dissoziales Verhalten“, „Gehemmtheit“ und „Zwanghaftigkeit“ erfasst (siehe dazu auch die Ausführungen von Prukrop, 2008). Ein weiteres Beispiel liefern Widiger und Simonsen (2005), die eine hierarchisch-dimensionale Konzeptualisierung von Persönlichkeitsstörungen vornehmen. Sie unterscheiden dabei insgesamt vier Ebenen:

1. *Ebene*: Die beiden grundlegenden Dimensionen Externalisierung versus Internalisierung
2. *Ebene*: „Higher-Order-Traits“: Dabei handelt es sich um die vier Gegensatzpaare Extraversion vs. Introversion, Antagonismus vs. Compliance, Impulsivität vs. Beherrschung und emotionale Dysregulation vs. emotionale Stabilität.
3. *Ebene*: „Lower-Order-Traits“: Diese sind als Subdimensionen der „Higher-Order-Traits“ zu verstehen. So kann das Gegensatzpaar Impulsivität vs. Beherrschung in abnorm hoher Ausprägung (Perfektionismus, Zwanghaftigkeit), in normaler Ausprägung (Selbstdisziplin, Ehrgeiz) oder in abnorm niedriger Ausprägung (Unordentlichkeit, Impulsivität) vorhanden sei.
4. *Ebene*: Symptome, die durch einen diagnostischen Algorithmus verbunden sind.

1.2 Kann die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im Jugendalter bereits gestellt werden?

Bei der Beschäftigung mit dieser Frage gilt es, sich mit zwei grundlegenden Irrtümern auseinanderzusetzen.

Der erste Irrtum: Entwicklung spielt sich in Kindheit und Jugend ab und ist mit dem 18. Lebensjahr weitgehend abgeschlossen. Diese Vorstellung widerspricht aktuellen entwicklungspsychologischen Theorien, nachdem es sich bei der Entwicklung einer Person um einen lebenslangen Prozess handelt, der bis ins hohe Alter zu beobachten ist. Bei der normativen Grenze des 18. Lebensjahres handelt es sich um eine fiktive und eher auf gesellschaftlichen Konventionen beruhende Grenze als um eine entwick-

lungspsychologisch nachvollziehbare. Tatsächlich ändern sich für einen Bürger unserer Gesellschaft grundlegende Dinge mit dem 18. Lebensjahr. So erlangt er das aktive Wahlrecht, darf die Führerscheinprüfung ablegen, selber über seinen Aufenthaltsort bestimmen und selbständig und rechtskräftig Geschäfte tätigen. Zu berücksichtigen ist dabei einerseits, dass dieser Übergang zum verantwortlichen Erwachsenen in vergangenen Jahrhunderten und in anderen Kulturen zu einem früheren Zeitpunkt lag, und andererseits, dass gegenwärtig eine zunehmende Verlängerung der Adoleszenz beobachtet werden kann, bei der junge Erwachsene nach dem 18. Lebensjahr nur sehr zurückhaltend die ihnen bereits zugeschriebene Verantwortung übernehmen.

Empirische Ergebnisse zeigen außerdem, dass sich die Stabilität der Persönlichkeit nicht grundlegend mit dem 18. Lebensjahr erhöht. Bei der Untersuchung der Temperamentsmerkmale von Kleinkindern zeigt sich, dass in den ersten drei Lebensjahren bedeutsame Veränderungen zu beobachten sind. Die mittlere Stabilität zwischen dem ersten und dritten Lebensjahr liegt nur bei $r=.30$ (Thomas u. Chess, 1980). Manche grundlegende Temperamentsdimension wie die „Behavioral Inhibition“ zeigt allerdings auch schon vom zweiten bis achten Lebensjahr eine Stabilität von $r = .50 - .70$ (Kagan et al., 1987). Es ist von daher sehr unwahrscheinlich, dass ein Kind sich in diesem Temperamentsmerkmal ganz grundlegend verändert, d. h. ein sehr scheues Kind wird möglicherweise weniger scheu, aber in den meisten Fällen nicht abenteuerlustig werden.

Asendorpf et al. (2002) beschreiben eine Metaanalyse verschiedener Studien über die Stabilität von Persönlichkeitsbeurteilungen im Verlauf des Lebens (s. Abb. 1).

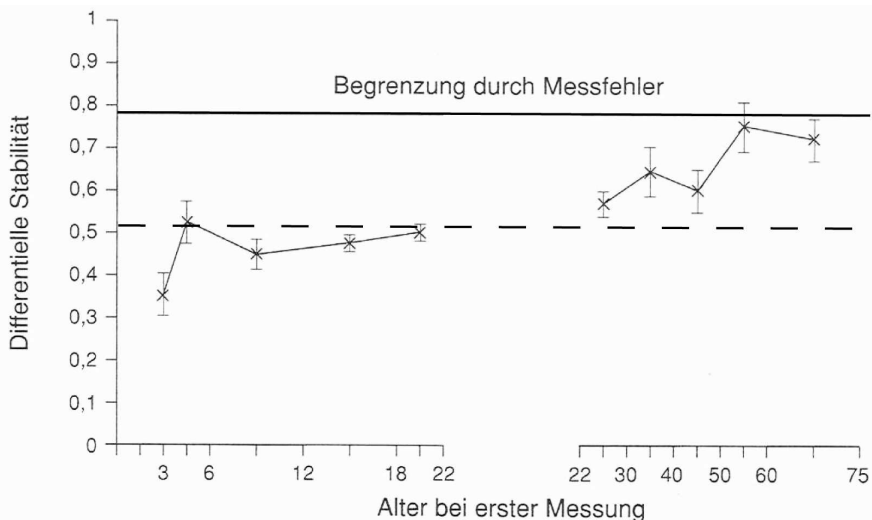


Abbildung 1: Stabilität von Persönlichkeitsmerkmalen über die Lebensspanne hinweg (modifiziert nach Asendorpf et al., 2002)

Aufgrund der beschränkten Reliabilität von Persönlichkeitsmessverfahren ist die Stabilität durch den dadurch bedingten Messfehler begrenzt. Selbst eine perfekte Stabilität von Persönlichkeitsmerkmalen würde von daher einen Wert von $r = .78$ nicht überschreiten. Wie aus Abbildung 1 ersichtlich, liegt die durchschnittliche 7-Jahres-Stabilität von Persönlichkeitsmerkmalen, die erstmals zwischen dem dritten und sechsten Lebensjahr erfasst wurden, nicht bedeutsam unter der Stabilität, die gefunden wird, wenn die erste Messung zwischen dem 18. und 22. Lebensjahr erfolgt. Von der Vorschulzeit bis ins junge Erwachsenenalter finden sich also Stabilitäten um $r = .50$, die auch im frühen Erwachsenenalter nur geringfügig ansteigen. Erst ab dem 50. Lebensjahr nähert sich die Stabilität der Messwerte dem durch den Messfehler vorgegebenen Maximalwert. Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass sich die Stabilität von Persönlichkeitsmerkmalen, abgesehen von den ersten drei Lebensjahren, im weiteren Verlauf bis ins mittlere Erwachsenenalter hinein nur leicht, aber nicht wesentlich verändert.

Wichtig ist ebenfalls, dass bei der Frage nach der Stabilität von Persönlichkeitsmerkmalen das Konzept der „Heterotypen Kontinuität“ beachtet wird (Rutter, 1989). Dieses Konzept besagt, dass in verschiedenen Entwicklungsaltern verschiedene Verhaltensweisen für das gleiche Symptom bzw. die gleiche Störung stehen können, oder, um es mit Wolf Biermann zu formulieren: Nur wer sich ändert, bleibt sich treu.

Tatsächlich ist es auch heute schon nach den gängigen Klassifikationssystemen möglich, eine Persönlichkeitsstörung bereits im Jugendalter zu diagnostizieren, wie dies auch in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (2007) festgehalten ist. Danach darf aufgrund des Entwicklungsaspekts einer psychischen Störung im Kindes- und Jugendalter die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vor Abschluss der Pubertät, d. h. vor dem 16. bis 17. Lebensjahr, dann gestellt werden, wenn erstens die geforderte Mindestzahl der Kriterien erfüllt ist und zweitens die Verhaltensmuster bereits in diesem Alter andauernd, durchgehend und situationsübergreifend auftreten.

In einer zunehmend großen Zahl internationaler Publikationen werden inzwischen Ansätze beschrieben, Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter zu diagnostizieren (Bernstein, Cohen, Skodol, Bezirginian, 1996; Johnson et al., 1999; Levy et al., 1999; Ludolph et al., 1990; Westen u. Chang, 2000; Westen, Shedler, Durrett, Glass, Martens, 2003). Wenn die Diagnose mit Hilfe von strukturierten Interviews gestellt wird, unterscheidet sich die Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen im Alter von 12-17 Jahren kaum von derjenigen bei Erwachsenen im Alter von 18-37 Jahren (Grilo et al., 1998; Johnson et al., 1999).

1.3 Sollte die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im Jugendalter bereits gestellt werden?

Unabhängig von der Frage, ob Persönlichkeitsmerkmale bereits in der mittleren und späteren Kindheit relativ stabil sind, stellt sich die Frage, ob man bereits in Störungskategorien denken sollte oder ob damit nicht ein Prozess der Stigmatisierung verbunden ist. Es ist an dieser Stelle wichtig festzuhalten, dass sich diese Frage nicht nur für Kinder und Jugendliche, sondern in gleichem Maße auch für Erwachsene stellt. So

führte schon Karl Jaspers in seiner „Allgemeinen Psychopathologie“ im Jahr 1913 aus: „Menschlich aber bedeutet die Feststellung des Wesens eines Menschen eine Erledigung, die bei näherer Besinnung beleidigend ist und die Kommunikation abbricht.“ (zit. nach Fiedler, 1998) Bei dieser Diagnose werden ja nicht einzelne Verhaltens- oder Erlebensweisen als „gestört“ bezeichnet (wie dies bei anderen Diagnosen der Fall ist) sondern die Person als Ganzes wird als gestört und damit als Problem angesehen.

Von verschiedenen Seiten (u. a. Fiedler, 2000) wird auf die Unterscheidung von „Persönlichkeitsstörungen“ und „Persönlichem Stil“ hingewiesen. Jedes Individuum hat seinen eigenen charakteristischen persönlichen Stil des Verhaltens und emotionalen Erlebens, der per se nicht pathologisch ist. Persönlichkeitsstörungen können unter dieser Perspektive als extreme Varianten der normalen Verteilung von Persönlichkeitsmerkmalen gesehen werden, die erst in dem Moment pathologisch werden, wenn es zu einer schwerwiegenden Beeinträchtigung kommt von interpersonellen Beziehungen, sozialer Adaptation, schulischer oder beruflicher Leistungsfähigkeit und zu Störungen der Affektregulation und Impulskontrolle. Darüber hinaus ist von Bedeutung, dass zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gehört, dass entweder der Patient und/oder die Umgebung unter den Symptomen leiden. Wenn dies nicht der Fall ist, muss hinterfragt werden, ob es sich nicht eher um einen ausgeprägten persönlichen Stil einer Person handelt, der nicht den Charakter einer Störung aufweist.

Auch das Nichtstellen der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung kann jedoch mit Problemen verbunden sein. Menschen haben ein Gespür dafür, wenn etwas mit ihnen „nicht stimmt“, und sie suchen nach einer Erklärung. So beschreibt Fiedler (2000) Reaktionen von Menschen, die sein weit verbreitetes Lehrbuch über Persönlichkeitsstörungen (Fiedler, 1998) gelesen hatten. Zu seiner großen Überraschung und entgegen der Stigmatisierungsbefürchtungen war die überwältigende Zahl der Zuschriften sehr positiv.

Auch die Entwicklung und Überprüfung von Behandlungskonzepten wird erschwert, wenn eine Diagnose nicht verwandt wird. In der Medizin hat es sich als sehr sinnvoll erwiesen, therapeutische Strategien je nach Diagnose zu differenzieren und spezifisch darauf auszurichten. Ohne eine adäquate Diagnose ist es schwierig, adäquate Behandlungskonzepte zu entwickeln und diese auch empirisch auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen.

Unabhängig von der Frage des Alters bei Diagnosestellung sollte generell eine Persönlichkeitsstörungsdiagnose nur nach sorgfältiger Prüfung gestellt werden. Nicht akzeptabel ist es, wenn diese Diagnose gestellt wird als

1. Reflex bei spezifischen Symptomen: Bei selbstverletzendem Verhalten handelt es sich z. B. nicht um ein pathognomonisches Kriterium einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, auch wenn beide gehäuft miteinander assoziiert sind.
2. Waffe, mit der ein Therapeut seine unkontrollierten Gegenübertragungsgefühle bei einem Patienten, der ihn erheblich nervt, ausagiert.
3. Entschuldigung für Therapieversagen: Wenn sich eine Störung auch nach zwei- bis dreijähriger Psychotherapie noch nicht verändert hat, kann dies auch an der falschen Therapie liegen und muss nicht ein Hinweis auf eine überdurchschnittliche Stabilität der Störung, wie sie Persönlichkeitsstörungen zugeschrieben wird, sein.

Von daher ist es von erheblicher Bedeutung, dass die Diagnosekriterien ausreichend beachtet werden. Dies gilt im Übrigen aber auch in vergleichbarer Weise für andere Störungen wie z. B. die schizophrene Psychose. Auch bei dieser Diagnose war lange Zeit sehr umstritten, ob sie im Jugendalter bereits gestellt werden sollte, oder ob man nicht lieber von einer Adoleszenten-Krise sprechen sollte, um einen Jugendlichen mit der Diagnose einer Schizophrenie nicht zu stigmatisieren. Durch die in den letzten Jahren zunehmende Bedeutung der Konzepte von Früherkennung und Frühintervention hat sich diese Einstellung (zumindest in wissenschaftlichen Kreisen) erheblich verändert. Bei schizophrenen Psychosen im Jugendalter zeigte sich, dass die Dauer des unbehandelten Intervalls von Krankheitsbeginn bis zum Behandlungsbeginn (mit-)bestimmend für die Prognose dieser schwerwiegenden Erkrankung ist (McGorry u. Killackey 2002). Wenn die Diagnosekriterien sorgfältig angewandt wurden und andere Differenzialdiagnosen ausgeschlossen sind, ist es somit kein Vorteil für einen Jugendlichen, wenn die aus der Diagnose folgenden Behandlungsschritte nicht ausreichend früh eingeleitet werden, sondern im Gegenteil ein erheblicher Nachteil. Es stellt sich die Frage, warum diese Argumentation nicht in gleicher Weise für Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter gelten sollte.

1.4 Ist die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (im Jugendalter) stabil?

Bei der Beantwortung dieser Frage gelangen wir zum zweiten grundlegenden Irrtum, der besagt, dass Persönlichkeitsstörungen quasi unveränderbar sind.

Bereits 1999 bemerkten Grilo und McGlashan in ihrer Metaanalyse zu Stabilität und Verlauf von Persönlichkeitsstörungen: „Die vorhandenen Daten legen nahe, dass Persönlichkeitsstörungen nur eine mittelgradige Stabilität aufweisen und dass sie, obwohl Persönlichkeitsstörungen generell mit einem negativen Outcome verbunden werden, sich über die Zeit hinweg bessern können und von spezifischen Behandlungen profitieren.“ (S. 157). Dabei weisen sie ebenfalls darauf hin, dass die dimensionale Stabilität höher ist als die kategoriale Stabilität. Untersuchungen über den natürlichen Verlauf von Persönlichkeitsstörungen sowie den Verlauf unter Therapie bestätigen diese Aussagen. In der Collaborative Longitudinal Personality Study CLPS (Skodol et al., 2005) zeigte sich beim natürlichen Verlauf von Borderline-Persönlichkeitsstörungen, dass nach einem Jahr bereits 50 % der Störungen remittiert waren, nach vier Jahren insgesamt 62 %. Einschränkend ist allerdings festzuhalten, dass von allen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in Remission 62 % die Diagnose einer schizotypen Persönlichkeitsstörung, 52 % eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung und 50 % eine anankastische Persönlichkeitsstörung aufwiesen. Stärkere Veränderungen zeigten sich bei Symptomen wie „Selbstverletzung“ oder „Vermeiden von Alleinsein“, weniger Veränderungen demgegenüber bei Traits wie „Affektive Labilität“, „Impulsivität“ oder „Intensiver Ärger“. Die Beeinträchtigung der psychosozialen Anpassung (Global Assessment of Functioning) war stabiler als die diagnostischen Kriterien.

Perry et al. (1999) beschreiben eine 80 %ige Remission von Persönlichkeitsstörungen nach einer zweijährigen psychotherapeutischen Behandlung. Nicht ganz so opti-

mistisch stellen sich die Ergebnisse anderer Studien dar. So fanden Links et al., (1998) bei ihrem 7-Jahres-Follow-up eine 53 % Remission von Borderline-Persönlichkeitsstörungen nach psychotherapeutischer Behandlung und auch in der Untersuchung von Paris et al. (1987) wurde bei dieser Diagnose nach 15 Jahren eine Remission in 75 % der Fälle beschrieben. Leichsenring und Leibing (2003) führten eine Metaanalyse zur Effektivität von Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen durch. Nach diesen Ergebnissen kam es bei Anwendung von psychodynamischer Psychotherapie zu einer mittleren Remission von 59 % und bei der Anwendung von kognitiver Verhaltenstherapie zu einer mittleren Remissionsrate von 47 %.

In der „Children in the Community-Study“ der Columbia University New York (Bernstein et al., 1993; Cohen et al., 2005) wurde die Stabilität von Persönlichkeitsstörungen in der Adoleszenz untersucht. Aus einer im Jahre 1975 erstmals untersuchten Feldstichprobe von Kindern im Alter von ein bis zehn Jahren wurde 1983 eine Nachuntersuchung durchgeführt, bei der 733 Kinder und Jugendliche, die zwischen neun bis neunzehn Jahre alt waren, mit standardisierten und altersadaptierten Verfahren auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung untersucht wurden. Follow-up-Untersuchungen fanden nach 2 Jahren, 8 Jahren und 19 Jahren statt. 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 .42 und .65, vom 22. bis zum 33. Lebensjahr Stabilitätskoeffizienten von durchschnittlich .55. Somit scheint die Stabilität von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter vergleichbar zu derjenigen von Erwachsenen zu sein (Johnson et al., 2000; Cohen et al., 2005). Auch eine aktuelle Studie von Chanen et al. (2004) erbrachte ein vergleichbares Ergebnis. Die Stabilität einer Persönlichkeitsstörungsdiagnose lag bei 101 ambulant vorgestellten Jugendlichen (Altersbereich 15-18 Jahre) nach einem Zweijahresintervall vergleichbar zu Stabilitäten im Erwachsenenalter. In 55 % der Fälle fand sich eine Persönlichkeitsstörungsdiagnose zu beiden Untersuchungszeitpunkten (auch wenn es sich dabei nicht immer um die gleiche Diagnose handelte). In 14,6 % lag eine Persönlichkeitsstörungsdiagnose nur zum ersten Messzeitpunkt vor, in 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.

Bei der Frage nach der Stabilität bzw. Veränderbarkeit von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter ergibt sich somit kein bedeutsamer Unterschied zum Erwachsenenalter.

1.5 Behandlung

Da es für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter bisher kaum kontrollierte Therapiestudien gibt, muss zum gegenwärtigen Zeitpunkt weitgehend

auf klinische Erfahrungen und auf die Ergebnisse der Behandlung von Erwachsenen zurückgegriffen werden (Schmeck u. Schlüter-Müller, 2008).

1.6 Allgemeine therapeutische Prinzipien

Im Erwachsenenalter gibt es eine Reihe von empirischen Befunden zu der Frage, welche allgemeinen therapeutischen Prinzipien bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen erfolgreich eingesetzt werden können (Bateman u. Fonagy, 2000). Therapeutische Maßnahmen sollten danach auf dem Boden einer tragfähigen Beziehung zwischen Patient und Therapeut eingesetzt werden, langfristig angelegt sein und einen klaren Behandlungs-Fokus sowie einen aktiven und strukturierenden Ansatz wählen. Weiterhin ist zu beachten, dass Menschen mit Persönlichkeitsstörungen ein grundlegendes Problem damit haben, stabile Beziehungen aufzubauen und aufrecht zu erhalten. Im Verlauf der Behandlung einer Persönlichkeitsstörung ist deshalb davon auszugehen, dass ein einmal aufgebautes Arbeitsbündnis vom Patienten immer wieder in Frage gestellt wird oder droht zu zerbrechen. Diesem Aspekt sollte deshalb große Aufmerksamkeit gewidmet werden, denn ohne ein halbwegs stabiles therapeutisches Arbeitsbündnis kann eine Therapie nicht erfolgreich durchgeführt werden (Luborsky, 1984). Wenn das Arbeitsbündnis bedroht ist oder zu zerbrechen droht, sollte dies vom Therapeuten aktiv und rechtzeitig zum Thema gemacht werden. Um einen konsistenten Rahmen für die Behandlung zu schaffen, ist auch für Jugendliche ein vor der Behandlung abgeschlossener Behandlungsvertrag von Nutzen.

In der Regel ist bei der Therapie von Persönlichkeitsstörungen eine ambulante oder teilstationäre Behandlung einem stationären Setting vorzuziehen. Falls eine stationäre Behandlung aufgrund der Schwere der Symptomatik (zum Beispiel bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung) nicht zu vermeiden ist, sollten Ziele und geplante Dauer der Behandlung zum Beginn des stationären Aufenthalts geklärt werden. Sowohl aus der Sicht von Verhaltenstherapeuten (Bohus u. Höschel, 2006) als auch aus der Sicht von psychodynamisch orientierten Therapeuten werden unspezifische stationäre Behandlungsansätze nicht empfohlen (Bolm et al., 2002; Dulz, 2001).

2 Spezifische Therapieverfahren

2.1 Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Von Linehan (1989, 1998) wurden grundlegende Ansätze der Kognitiven Verhaltenstherapie mit Elementen aus Zen-Buddhismus und humanistischen Therapieverfahren zu einer spezifischen Behandlungsform für Menschen mit schwerwiegendem selbstverletzendem Verhalten und Borderline-Persönlichkeitsstörungen verbunden. Zwei Stunden Einzeltherapie pro Woche werden verbunden mit einem Fertigkeiten-Training in der Gruppe, das auf die Verbesserung von Achtsamkeit, Emotionsregulation, Stresstoleranz und sozialer Kompetenz abzielt. Ein wichtiges Element der Be-

handlung stellt auch die telefonische Beratung durch den Einzeltherapeuten dar, die bei krisenhaften Zuspitzungen in Anspruch genommen werden kann. Nachdem die DBT von Linehan ursprünglich als rein ambulante Therapieform konzipiert wurde, ist sie im weiteren Verlauf auch für teilstationäre und stationäre Behandlungen weiterentwickelt und evaluiert worden (Bohus et al., 2004).

Für die Behandlung von Jugendlichen wurde die Dialektisch Behaviorale Therapie von Rathus und Miller (2002) sowie Miller et al. (2006) modifiziert und als Manual (DBT-A) publiziert (deutsche Übersetzung von Böhme et al., 2001). Die ersten, wenn auch noch nicht randomisierten Studien weisen auf die Wirksamkeit von DBT-A hin (Rathus u. Miller, 2002; Katz et al., 2004; Fleischhaker et al., 2005). Das Manual und die Übungen wurden an die spezifischen Erfordernisse von Jugendlichen angepasst und um das Modul „Walking the middle path“ erweitert. In diesem Zusatzmodul sollen Jugendliche vor allem darin trainiert werden, Konfliktlösungen in Auseinandersetzungen mit ihren Eltern zu ermöglichen, die im Übrigen auch in das Fertigkeitentraining einbezogen werden. Eine interessante Weiterentwicklung der DBT für Jugendliche stammt von Fruzzetti und Mitarbeitern, die eine gezielte Einbeziehung der Eltern in die Behandlung vorschlagen (Fruzzetti et al., 2005; Hoffman u. Fruzzetti, 2007). Diese Programme zielen auf ein Training der Bezugspersonen, um sie in die Lage zu versetzen, emotional eindeutiger auf die betroffenen Jugendlichen reagieren zu können, was wiederum positive Auswirkungen auf die jugendlichen Patienten hat.

2.2 Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP)

In der Arbeitsgruppe um Otto Kernberg wurde auf der Grundlage der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie und dem Kernbergschen Modell der Borderline-Persönlichkeitsorganisation ein Therapieverfahren entwickelt und manualisiert (Clarkin et al., 1999), bei dem die Analyse von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen in den Fokus der Behandlung gerückt wird, woraus sich der Name des Verfahrens „Transference Focused Psychotherapy“ ableitet. Dazu wurde das psychoanalytische Standardverfahren deutlich modifiziert.

Ausgangspunkt ist die Annahme, dass aktuelle Symptome des Patienten als unbewusste Wiederholungen von pathologischen internalisierten Objektbeziehung der Vergangenheit zu verstehen sind, die sich im „Hier-und-Jetzt“ manifestieren und zu wiederkehrenden fehlangepassten Verhaltensweisen und chronischen affektiven und kognitiven Störungen führen (Clarkin et al., 1999). Aus diesem Grund sollte die therapeutische Arbeit mit dem Patienten auch primär im „Hier und Jetzt“, also in der aktuellen Beziehungsgestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung erfolgen, so dass der Behandlungsfokus auf der Analyse der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse liegt. Durch die Techniken „Klärung“, „Konfrontation“ und „Deutung“ wird eine Integration der Persönlichkeitsorganisation (Struktur) angestrebt. Neben dem Manual von Clarkin et al. (1999) liegen weitere deutschsprachige Einführungen in dieses störungsspezifische psychodynamische Verfahren vor (Dammann et al., 2000; Doering u. Buchheim, 2005).

Grundlegende Konzepte der übertragungsfokussierten Therapie (TFP) mit Kindern und Jugendlichen wurden von Paulina Kernberg und Mitarbeitern (Kernberg et al., 2000) beschrieben. Nach dem Tod von P. Kernberg wurde die Arbeit an einem TFP-Manual für Jugendliche von einer Arbeitsgruppe um P. Foelsch weiter vorangetrieben und inzwischen abgeschlossen (Foelsch et al., 2008; s. auch Kernberg et al., 2008). Eine empirische Überprüfung steht allerdings noch aus.

2.3 Mentalisierungsgestützte Therapie (MBT)

Auf der Grundlage von psychoanalytischen und bindungstheoretischen Konzepten wurde von Bateman und Fonagy (2000) ein Therapieprogramm vorgestellt, bei dem Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in einem tagesklinischen Setting unterstützt werden bei der Verbesserung ihrer Fähigkeit zur Mentalisierung, d. h. zur Identifizierung, Modellierung und Äußerung von Affekten, zur Stabilisierung von Bindungsrepräsentationen und zur Verbesserung der Fähigkeit, Verhaltensintentionen Anderer zu erkennen und für die Adaptation eigenen Verhaltens zu nutzen.

2.4 Schema-fokussierte Therapie (SFT)

Die neueste Entwicklung eines integrativen Therapieansatzes für Persönlichkeitsstörungen stammt von Young und Mitarbeitern (2005), die auf der Basis der Kognitiven Verhaltenstherapie für Persönlichkeitsstörungen von A. Beck ein integratives Konzept erarbeiteten, in dem die Grundlagen der Kognitiven Verhaltenstherapie mit Elementen humanistischer Therapieverfahren und psychodynamischen Aspekten verbunden werden. Zentrales Therapieprinzip ist die Identifikation von handlungsleitenden und emotional belastenden negativen Selbstüberzeugungen (Schemata), die im Laufe der Therapie schrittweise verändert werden sollen.

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) ist mit momentan acht randomisierten und kontrollierten Studien das am besten evaluierte Therapieverfahren, aber auch für andere manualisierte Verfahren zur Behandlung von (v. a. Borderline-) Persönlichkeitsstörungen sind inzwischen kontrollierte Studien durchgeführt worden. Clarkin et al. (2007) publizierten eine Vergleichsstudie der Dialektisch-Behavioralen Therapie, der übertragungsfokussierten Therapie (TFP) und einer supportiven Therapie, in der alle drei Therapieverfahren Verbesserungen erzielten, wobei die Ergebnisse für die TFP für eine größere Zahl von Zielmerkmalen positiv ausfielen als für die beiden alternativen Behandlungsverfahren. Linehan et al. (2006) konnten zeigen, dass die DBT einer Behandlung von besonders erfahrenen Therapeuten, die als Experten für die Behandlung von Borderlinestörungen bekannt waren, aber keine DBT praktizierten, überlegen war, wobei in beiden Gruppen deutliche Therapiefolge erzielt wurden. Eine Vergleichsstudie (Giesen-Bloo et al., 2006) zwischen der Schematherapie nach Young et al. (2005) und der übertragungsfokussierten Therapie (TFP) (Clarkin et al., 1999) zeigte eine hohe Wirksamkeit von beiden Psychotherapiekonzepten bei einer signifikanten Überlegenheit der Schematherapie.

Literatur

- Asendorpf, J. B. et al. (2002). Special issue: Personality types. *European Journal of Personality*, 16, 1-5.
- Bateman, A. W., Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 138-143.
- Bernstein, D., Cohen, P., Velez, N., Schwab-Stone, M., Siever, L., Shinsato, L. (1993). Prevalence and stability of the DSM-III personality disorders in a community-based survey of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1237-1243.
- Bernstein, D. P., Cohen, P., Skodol, A., Bezirginian, S., Brook, J. S. (1996). Childhood antecedents of adolescent personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153, 907-913.
- Böhme, R., Fleischhaker, C., Mayer-Bruns, F., Schulz, E. (2001). Dialektisch-Behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A). Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter des Klinikums der Universität Freiburg.
- Bohus, M. et al. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 42, 487-499.
- Bohus, M., Höschel, K. (2006). Die Dialektisch-Behaviorale Psychotherapie. A. Rammel, O. Kernberg, W. Vollmoeller and B. Strauss (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit*. (S. 255-271). Stuttgart: Schattauer 255-271.
- Bolm, T. et al. (2002). Stationäre Therapie von Borderline-Patienten. PTT: Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie, 6, 4-16.
- Bradley, R., Zittel Conklin, C. Westen, D. (2005) The borderline personality diagnosis in adolescents: gender differences and subtypes, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1006-19.
- Carrey, N. J., Butter, H. J., Persinger, M. A., Bialik, R. J. (1995). Physiological and Cognitive Correlates of Child Abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1067-1075.
- Chanen, A. M. et al. (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 18, 526-541.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F., Kernberg, O. (1999). Psychotherapie der Borderlinepersönlichkeit – Manual zur Psychodynamischen Therapie. Stuttgart: Schattauer.
- Clarkin, J. F. et al. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928.
- Cohen, P. et al. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19, 466-486.
- Coid J., Yang, M., Tyrer, O., Roberts, A., Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*, 188, 422-431.
- Coolidge, F. L., Thede, L. L., Jang, K. L. (2001). Heritability of Personality Disorders in Childhood: A Preliminary Investigation. *Journal of Personality Disorders*, 15, 33-40.
- Dammann, G., Buchheim, P., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F. (2000). Einführung in eine übertragungsfokussierte, manualisierte psychodynamische Therapie der Borderline-Störung, In O. F. Kernberg, B. Dulz, R. Sachsse (Hrsg.) *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 461-481). Stuttgart: Schattauer.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Hrsg.) (2007) Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings- Kindes- und Jugendalter. 3. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.

- Doering, S., Buchheim, P. (2005). Transference-Focused Psychotherapy. Eine psychodynamische Psychotherapie zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Psychodynamische Psychotherapie*, 4, 233-238.
- Dulz, B. (2001). Warum misslingen stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Borderline-Therapien so oft? Psychotherapie der Borderline-Störung. Stuttgart: Thieme.
- Fiedler, P. A. (1998). Persönlichkeitsstörungen. 4. Aufl.. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fiedler, P. A. (2000). Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Hogrefe: Göttingen.
- Fleischhaker, C., Bohme, R. et al. (2005). Suizidalität, Parasuizidalität und selbstverletzende Verhaltensweisen von Patientinnen mit Symptomen einer Borderline-Störung. Erste Daten einer Pilotstudie zur Dialektisch-Behavioralen Therapie für Adoleszente (DBT-A). *Kindheit und Entwicklung*, 14, 112-127.
- Foelsch, P., Schlüter-Müller, S., Schmeck, K., Kernberg, O. (2008). Behandlung von Adoleszenten mit Identitätsdiffusion. Eine Modifikation der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP). *PTT*, 12, 153-162.
- Fruzzetti, A. E. et al. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17, 1007-1030.
- Giesen-Bloo, J. et al. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs. Transference-Focused Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Grilo, C. M., Walker, M. L., Becker, D. F., Edell, W. S., McGlashan, T. H. (1997) Personality disorders in adolescents with major depression, substance use disorders, and coexisting major depression and substance use disorders, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 328-332.
- Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Quinlan, D. M., Walker, M. L., Greenfield, D., Edell, W. S. (1998). Frequency of personality disorders in two age cohorts of psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 155, 140-142.
- Grilo, C. M., McGlashan, T. H. (1999). Stability and course of personality disorders. *Current Opinions in Psychiatry*, 12, 157-162.
- Herpertz S., Saß, H. (2002). Persönlichkeitsstörungen. In S. Ahrens, W. Schneider (Hrsg.). *Lehrbuch für Psychosomatik und Psychotherapie* (S. 221-244, 2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Hoffman, P. D., A. E. Fruzzetti (2007). Advances in interventions for families with a relative with a personality disorder diagnosis. *Current Psychiatry Reports*, 9, 68-73.
- James, A., Berelowitz, M., Vereker, M. (1996). Borderline Personality Disorder: a Study in Adolescence. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 5, 11-17.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., Bernstein, D. P. (1999). Childhood Maltreatment increases Risk for Personality Disorders during early Adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56, 600-606.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Skodol, A. E., Oldham, J. M., Kasen, S., Brook, J. S. (1999). Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56, 850-811.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Skodol, A. E., Hamagami, F., Brooks, J. S. (2000). Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: a community-based longitudinal investigation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 265-275.
- Johnson, B. A., Brent, D., Connolly, J., Bridge, J., Matta, J., Constantine, D., Rather, C., White, T. (1995) Familial aggregation of adolescent personality disorders, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 798-804.

- Johnson, J. G., Cohen, P., Smailes, E., Kasen, S., Oldham, J. M., Skodol, A. E., Brook, J. S. (2000) Adolescent personality disorders associated with violence and criminal behavior during adolescence and early adulthood, *American Journal of Psychiatry*, 157, 1406-1412.
- Kagan, J. et al. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Development*, 58, 1459-1473.
- Katz, L. Y. et al. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 276-282.
- Kernberg, O. F. (1996). *Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose und Behandlungsstrategien*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, O. F. (2000). Borderline Persönlichkeitsorganisation und Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen. In O. F. Kernberg, B. Dulz, U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 45-56). Stuttgart: Schattauer.
- Kernberg, P. F., Weiner, A. S., Bardenstein, K. K. (2000). *Personality disorders in children and adolescents*. New York: Basic Books.
- Kernberg, O. F., Krischer, M. K., Foelsch, P. A. (2008). Übertragungsfokussierte Psychotherapie für Jugendliche: Ein vorläufiger Gedankenaustausch. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 662-692.
- Lenzenweger, M. F. (2006). The longitudinal study of personality disorders: history, design considerations, and initial findings. *Journal of Personality Disorders*, 20, 645-670.
- Levy, K. N., Becker, D. F., Grilo, C. M., Mattanah, J. J. F., Garnet, K. E. et al. (1999). Concurrent and predictive validity of the personality disorder diagnosis in adolescent patients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1522-1528.
- Linehan, M. M. (1989). Dialektische Verhaltenstherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Praxis Klinischer Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 2, 220-227.
- Linehan, M. M. (1998). An Illustration of Dialectical Behavior Therapy. *Psychotherapy in Practice*, 4, 21-44.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A. et al. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- Links, P. S., Heslegrave, R. et al. (1998). Prospective follow-up study of borderline personality disorder: prognosis, prediction of outcome, and Axis II comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 265-270.
- Livesley, W. J., Jackson, D. (2001). *Manual for the Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire*. Port Huron, MI: Sigma Press.
- Livesley, W. J. (2007). A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 21 199-224.
- Livesley J (2007). Debate on DSM-V. 10th ISSPD Congress. The Hague, 19-22 Sept. 2007
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.
- Ludolph, P., Westen, D., Misle, B., Jackson, A., Wixom, J., Wiss, F. C. (1990). The borderline diagnosis in adolescents: Symptoms and developmental history. *American Journal of Psychiatry*, 147, 470-476.
- Leichsenring, F., Leibling, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223-1232.

- McGorry, P. D., Killackey, E.J. (2002). Early intervention in psychosis: a new evidence based paradigm. *Epidemiol Psychiatr Soc*, 11, 237-247.
- Miller, A. L. et al. (2006). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.
- Paris, J. et al. (1987). Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Compr Psychiatry*, 28, 530-535.
- Paris, J. (2001). Psychosocial Adversity. In W. J. Livesley (Hrsg.), *Handbook of Personality Disorders. Theory, Research and Treatment* (S. 231-241). New York: Guilford Press.
- Perry, J. C. et al. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1312-1321.
- Pukrop, R. (2008). Auf dem Weg zum DSM-V: Neue Ansätze zur Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 610-624.
- Rathus, J. H., Miller, A. L. (2002). Dialectical Behavior Therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 32, 146-157.
- Rutter, M. (1989). Temperament: Conceptual issues and clinical application. In G. A. Kohnstamm, J. Bates, M. K. Rothbart (Hrsg.), *Temperament in childhood* (S. 463-476). New York, Wiley.
- Schmeck, K., Schlüter-Müller, S. (2008). *Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter*. Heidelberg: Springer.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Bender, D. S., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Pagano, M. E., Stout, R. L. (2005). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *Journal of Personality Disorders*, 19, 487-504.
- Thomas, A., Chess, S. (1980). *Temperament und Entwicklung*. Stuttgart: Enke.
- Westen, D., Chang, C. M. (2000). Adolescent personality pathology: A review. *Adolescent Psychiatry*, 25, 61-100.
- Westen, D., Dutra, L., Shedler, J. (2005). Assessing adolescent personality pathology assessed by clinician report. *Journal of Personality Disorders*, 17, S.522-536.
- Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, Martens, A. (2003). Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV Axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *American Journal of Psychiatry*, 160, 952-966.
- Widiger, T. A. et al. (2005). Personality Disorder Research Agenda for the DSM-V. *Journal of Personality Disorders*, 19, 315-338.
- Widiger, T. A., Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*, 19, 110-130.
- WHO (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. (Dt. Übersetzung von H. Dilling, W. Mombour und M. H. Schmidt). Bern: Huber.
- Young, J., Klosko, J. Weishaar, M. (2005). *Schematherapie*. Paderborn: Junfermann.

Korrespondenzanschrift: Prof. Dr. med. Klaus Schmeck, Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik, Schaffhauser Rheinweg 55, CH-4058 Basel;
E-Mail: klaus.schmeck@upkbs.ch