

# 1 Von der Persönlichkeit zur Persönlichkeitsstörung: ein Kontinuum?

Wolfgang Vollmoeller

## 1.1 Einleitung

Das traditionelle kategoriale Ordnungsprinzip klinischer Diagnosen wird in der zeitgenössischen Psychiatrie zunehmend kritischer gesehen. Selbst die Verfasser des inzwischen weltweit geschätzten Diagnosesystems DSM-IV sehen ihr zugrunde liegendes Einteilungsprinzip nicht vorbehaltlos (APA, 1994). Die Polygenese vieler psychopathologischer Erscheinungsbilder, unspezifische neurobiologische Befunde in weiten Bereichen und zahllose unterschwellige Störungsvarianten lassen an einer vorrangig qualitativen Charakteristik psychischer Krankheit zweifeln. In vielen diagnostischen Überlegungen werden deshalb vermehrt kontinuierliche (quantitative) Übergänge vom normalen zum klinisch Auffälligen favorisiert. Dies gilt insbesondere für die Diagnosekategorie der Persönlichkeitsstörungen, denen Kurt Schneider (1967) unter der Begrifflichkeit „psychopathische Persönlichkeiten“ sogar noch alles Krankhafte abgesprochen hatte. Für ihn sprachen dafür neben einem fehlenden leiblichen Korrelat gerade die in der Psychopathologie selbst angelegten Variationen. Ihre phänomenologische Ähnlichkeit zu den akzentuierten Wesenszügen in der Normalbevölkerung, den vielfältigen Absonderlichkeiten im Wesen von Mitmenschen und dem unkonventionellen Verhalten in alternativen Gruppen ist aber auch weiterhin augenscheinlich. Dies wirft zahlreiche differenzialdiagnostische Fragen auf, lässt insbesondere aber nach angemesseneren Beschreibungsmöglichkeiten fragen. Andererseits wäre bei primär quantitativer Unterscheidung psychischer Phänomene und Auffälligkeiten durch die mögliche Festsetzung empirisch begründeter Cut-off-Werte eine zusätzliche Kategorienbildung nicht grundsätzlich ausgeschlossen. Gleichwohl erscheinen Beschreibungssysteme mit

kontinuierlichen Übergängen für klinische Diagnosen bei Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen weiterhin problematisch (Barnow et al., 2006).

## 1.2 Die psychologische Perspektive

Ob Brigitte Bardot als junger Filmstar oder Mahatma Gandhi als älterer Intellektueller die größere „Persönlichkeit“ war, hängt davon ab, was darunter verstanden werden soll. Aus psychologischem Blickwinkel (Asendorpf, 2005) umfasst die Persönlichkeit eines Menschen die Gesamtheit aller seiner überdauernden Besonderheiten im Erleben und Verhalten. Hierbei wird Persönlichkeit als individuelle Struktur verstanden, als das an einem Entwicklungszeitpunkt stabile Gesamtsystem an psychologischen Dispositionen. Vielfach wurde diese Struktur auch noch hierarchisch konzipiert, so z. B. von dem Persönlichkeitsforscher Hans-Jürgen Eysenck (1947) (s. Abb. 1). Bestimmte Eigenschaften/Traits stellen hierbei quasi primäre Persönlichkeitszüge dar, die – möglichst empirisch abgesichert – eine Typenbildung begründen.

Die Betrachtungsweise einer weitgehend stabilen, aus Schichten oder entsprechenden Niveauunterschieden aufgebauten Persönlichkeitsstruktur sollte allerdings ergänzt werden durch den Aspekt der Persönlichkeitsentwicklung, d. h. durch die Tatsache der Veränderung des typischen Erlebens und Verhaltens über größere Zeiträume oder einschneidende Ereignisse. Dies schließt wiederum nicht aus, dass eine „Grundpersönlichkeit“, d. h. einzelne markante Eigenschaften eines Menschen, die sich ggf. auch bei anderen wiederfinden können, lebenslang stabil bleiben. So erhält sich der typische Verhaltenszug der Extraversion (Geselligkeit, Lebhaftigkeit, Impulsivität, Abenteuerlust etc.) oft lebenslang. Auch die Eigenschaft, neuen Erfahrungen gegenüber prinzipiell interessiert und offen zu sein, soll weitgehend stabil sein. Dagegen würden Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit im Alter tendenziell zunehmen, was sich laienhaft in Begriffen wie Altersmilde oder Altersweisheit ausdrücken dürfte (Asendorpf, 2005). Andererseits sollen die „neurotischen“ Tendenzen menschlichen Erlebens und Verhaltens (Ängstlichkeit, Schüchternheit, Ärgerneigung, Depressivität, Launenhaftigkeit etc.) mit zunehmendem Alter geringer werden, wie immer man das interpretieren mag. Als förderlich für diese spezielle „Besserung“ werden stabile Partnerschaften schon in jüngeren Jahren gesehen, was wiederum den prägenden Einfluss zurückliegender psychosozialer Rahmenbedingungen und damit die Notwendigkeit, in der Persönlichkeitspsychologie auch die Entwicklung nicht aus dem Auge zu verlieren, unterstreicht (McCrae et al., 2000).

## 1.3 Die neurobiologische Perspektive

Neurobiologen betrachten das Konstrukt „Persönlichkeit“ streng empirisch, womit es mit komplexen neuroanatomischen und neurochemischen Substraten in Verbindung gebracht wird. Alles Persönliche ist danach durch spezifische Gehirnfunktionen bedingt bzw. definiert. Dies entspricht auch der klinischen Erfahrung, dass Eingriffe, Verletzungen, Entzündungen oder Degenerationen in bestimmten Hirnregionen, z. B. im präfrontalen Kortex, einen erheblichen Persönlichkeitswandel

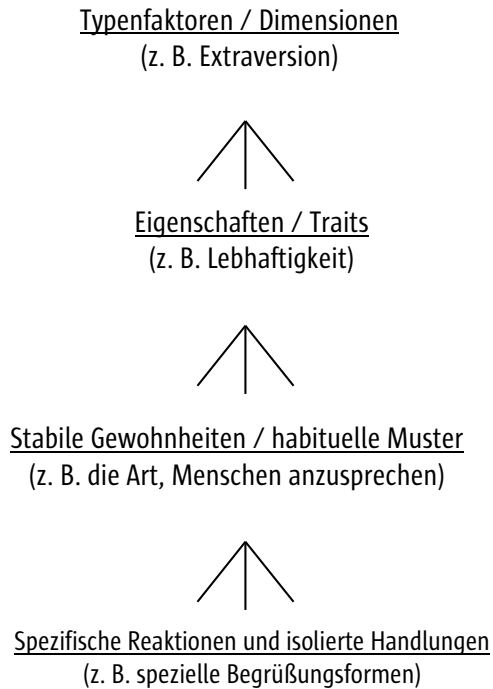


Abb. 1 Die hierarchische Persönlichkeitsstruktur modifiziert nach Eysenck

erzeugen können. Das uns bekannte Wesen eines Menschen geht dann ganz oder teilweise verloren, er wird uns fremd. Der Terminus *technicus* im ICD-10 hierzu heißt „Persönlichkeitsänderung“, womit abnorm übersteigerte oder völlig neue Persönlichkeitszüge eines hirnganisch Betroffenen gemeint sind (WHO, 1991).

Sich aber vorzustellen, dass nur die Gehirne miteinander kommunizieren oder dass moralische Urteile ausschließlich durch neuronale Zustände bedingt sind, fällt vielen Wissenschaftlern schwer. Deshalb versucht ein neuer Zweig der Neurobiologie, die Neuroethik, eine interdisziplinäre Brücke zu schlagen, indem die vielfältigen Persönlichkeitseigenschaften nicht als reine 1:1-Abbildung von komplexen neurophysiologischen, neurochemischen oder neuroanatomischen Gegebenheiten verstanden werden, sondern vielmehr als eingebettet in eine eigene erkenntnistheoretische Kategorie, quasi als eine „zweite Welt“ der Betrachtung typischer menschlicher Ausdrucksformen. Damit werden viele Gehirnfunktionen zu einem Korrelat auch andersartiger Phänomene, wie z. B. der Willensbildung, des Sympathieerlebens oder der Selbsterkenntnis, wobei nicht zuletzt der Störungsbegriff eine eigene Wandlung erfährt.

## 1.4 Theorien der Persönlichkeit

Persönlichkeitstheorien geben hypothesengeleitete Hinweise auf Gemeinsamkeiten und Differenzen im menschlichen Erleben und Verhalten, teilweise auch auf die kritischen Übergänge zwischen klinisch unauffälligen und krankhaft gestörten

Persönlichkeitsbereichen. Aus solchen Theorien können in der Regel verschiedene Persönlichkeitsaspekte abgeleitet werden, wobei im Sinne einer Universalitätshypothese immer auch die Existenz basaler, überindividueller Persönlichkeitsdimensionen angenommen wird. Es gibt im Prinzip fünf größere Gruppen solcher Persönlichkeitstheorien mit jeweils unterschiedlicher inhaltlicher Prägung:

### **1.4.1 Psychoanalytische Theorien**

Sie verstehen Erleben und Verhalten als einerseits dynamisch determiniert aufgrund von wiederkehrenden Prozessen im Unbewussten, andererseits aber auch strukturell verankert aufgrund individuell erreichter Entwicklungsstufen mit disponierenden Reaktionsniveaus. Als typische Vertreter entsprechender Persönlichkeitsmodelle gelten Sigmund Freud mit der klassischen Psychoanalyse (2003), Alfred Adler mit seiner individualpsychologischen Theorie (1912), Carl Gustav Jung mit der Theorie der Archetypen (1985), Erik H. Erikson mit seiner ich-psychologischen Theorie (1973) und in jüngerer Zeit besonders Otto F. Kernberg mit seiner Theorie zur Persönlichkeitsorganisation (1985).

### **1.4.2 Humanistische Theorien**

Hier werden die angeborenen Entwicklungstendenzen jedes Individuums, sein grundsätzliches Bedürfnis nach positiver Erfahrung im Alltag und das ubiquitäre Ziel eigener Selbstverwirklichung in den Vordergrund gestellt. Beispielhaft können hier Carl Rogers mit seiner klientenzentrierten Theorie (1980) und Abraham Maslow mit seiner Theorie zu den psychologischen Bedürfnissen (1968) genannt werden.

### **1.4.3 Lerntheoretische Modelle**

Mit ihnen verknüpfen sich Namen wie B. F. Skinner (1953), der als Vater der operanten Konditionierung gilt, und Albert Bandura (1977), der die Bedeutung des Beobachtungslernens (Lernen am Modell) und der Selbstwirksamkeitserwartungen für die Persönlichkeitsentwicklung besonders herausgestellt hat.

### **1.4.4 Biologische Theorien**

Sie bauen auf der Existenz neuronaler Erregungs- und Hemmungsprozesse im Gehirn auf, konzipieren Zusammenhänge zwischen biologischen Veränderungen und kontinuierlich ausgeprägten Merkmalen oder differenzieren zwischen eher genetisch determiniertem Verhalten (Temperament) und primär durch Lernerfahrung und soziale Einflüsse geprägtem (Charakter). In diesem Zusammenhang könnten Persönlichkeitsforscher wie Hans-Jürgen Eysenck mit seiner Drei-Faktoren-Theorie (1953), sein Schüler J. A. Gray (1991) mit seiner Theorie spezifischer Emotionssysteme sowie Robert Cloninger und Mitarbeiter (1987, 1993) mit ihrer biopsychosozialen Theorie (Temperament-Charakter-Theorie) genannt werden. Zur klinischen Erfassung solcher teils neurobiologischer, teils aber auch soziokultureller Prägungen werden in der Regel Selbstbeschreibungsinventare herangezogen.

### 1.4.5 Eigenschaftstheoretische Modelle

Persönlichkeit wird hier als Menge von Eigenschaften (Traits) verstanden, die zur Vorhersage und Erklärung des Erlebens und Verhaltens dienen (z. B. ist ein bestimmter Mensch typischerweise freundlich, ordentlich, sensibel). Theoretischer Ausgangspunkt sind aber überindividuelle, inhaltlich weitgehend konstante Begriffe unserer Alltagssprache. Sehr ähnliche solcher Eigenschaftsbegriffe werden dann mittels psychometrischer (cluster- oder faktorenanalytischer) Auswertung von Eigenschafts-Fragebögen zu sog. Bündeln (Clustern), Persönlichkeitsfaktoren bzw. nur sehr wenigen Grundeigenschaften zusammengefasst und entsprechend interpretiert. Väter dieser Betrachtungsweise der prägenden Eigenschaften waren G. W. Allport (1970) und R. B. Cattell (1973), in deren Nachfolge zahlreiche weitere Grundmodelle zur dimensional Beschreibung des Konstrukts Persönlichkeit entwickelt wurden. Am etabliertesten sind das Big Five-Modell von Goldberg (1990) und das NEO-Modell von Costa und McGrae (1992), die jeweils auf fünf weitgehend deckungsgleichen Grundfaktoren aufbauen.

Im Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie (Weber & Rammsayer, 2005) sind zudem noch interaktionistische Ansätze, die die Wechselwirkung zwischen Personen und Situationen hervorheben, und konstruktivistische Persönlichkeitstheorien, die jeden Menschen explizit als ein konstruierendes Wesen begreifen, näher beschrieben. Sie haben jedoch in der klinischen Differenzierung von Störungsformen bisher keine große Rolle gespielt.

## 1.5 Kategoriale versus dimensionale Klassifikation

Die aktuelle klinische Diagnostik basiert unter weitgehendem Verzicht auf ätiologische Annahmen auf einer kategorialen Klassifikation des Erscheinungsbildes. Man hat dann in der Regel ein bestimmtes Symptom, bekommt im weiteren eine psychiatrische Diagnose, ist dann psychisch krank, oder auch nicht. Die relevanten Merkmale für eine Störung können dabei leicht, mittel oder schwer ausgeprägt sein. Aber ihr Vorhandensein wäre letztlich immer zu klären. So ist auch die Logik des deutschen Manuals zur Dokumentation psychiatrischer Befunde (AMDP-System, 2000) streng alternativ bzw. kategorial aufgebaut (s. Abb. 2).

Eine vermutete Diagnose, die auch bei Ausschöpfung aller vorhandenen Möglichkeiten noch nicht gestellt werden kann, heißt üblicherweise Verdachtsdiagnose. Werden dagegen entscheidende Daten zur Diagnosefindung erst in Kürze erwartet, spricht man von einer vorläufigen Diagnose. Dies gilt auch für die große Gruppe der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10: F6). Ihre derzeitige kategoriale Fassung unter psychopathologischen und Verlaufskriterien ergab allerdings wieder eine sehr heterogene Ansammlung von Erscheinungsbildern. Dabei vermischen sich zum Teil aktuelle Zustände (States) mit grundsätzlichen Dispositionen (Traits). Unter einer abgeschwächten Nosologiehypothese werden zudem die Persönlichkeitsunterschiede in möglichst distinkten Varianten betont. Prototypen definieren sich hier durch Untergruppen an erfüllten Einzelkriterien im Rahmen eines speziellen diagnostischen Algorithmus. Da aber selten alle denkbaren Kriterien erfüllt sein werden, sondern manchmal nur mindestens drei der jeweils genannten, können die klinischen Erscheinungsbilder bei letztlich gleicher Diagnose

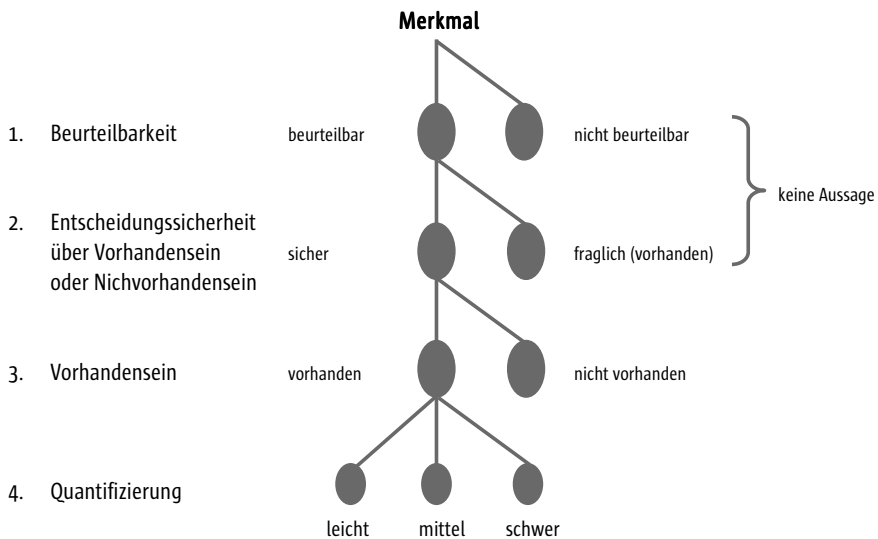


Abb. 2 AMDP-Entscheidungsbaum

erheblich differieren. Zugleich könnte auch nur ein einziges Kriterium darüber entscheiden, ob die Schwelle zur Störung und damit zur Diagnose einer Krankheit genommen wird oder nicht.

Nahe liegender – nicht zuletzt im Hinblick auf ätiologisch begründete Diagnosen – erscheint eine Einteilung unter entwicklungspsychologischen und/oder entwicklungsbiologischen Gesichtspunkten. Eine solche Perspektive impliziert gerade auch maladaptive Entwicklungen der Persönlichkeit samt ihrer somatischen Seite von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter. Mit der Betonung gradueller Unterschiede im Verlauf des Lebens erfolgt zugleich ein grundlegender Wechsel zum Ordnungsprinzip dimensionaler Phänomene. Damit ist die Hoffnung verknüpft, dass sich die bedingenden biologischen Variablen ebenfalls kontinuierlich verändern, in besonderer Weise die sog. Endophänotypen, d. h. die neurobiologisch nachweisbaren Größen unterhalb klinisch relevanter Symptomgestaltung. Prototypisch im Sinne dimensionaler Typen wären hier dann zunächst die Merkmalskomplexe und Mindestschweregrade.

## 1.6 Störung und Krankheitswertigkeit

In der heutigen Psychiatrie ist eine „Störung“ definiert als ein Komplex von Symptomen bzw. ein bestimmtes klinisches Muster, das entweder den Betroffenen belastet, indem es zu individuellem Leidensdruck führt, und/oder es treten bei ihm deutliche Funktionsbeeinträchtigungen auf, sei es in seinem direkten Umfeld, sei es durch ein für ihn stark erhöhtes Risiko im Hinblick auf Schmerzen, Freiheitsverlust oder Tod (APA, 1994, WHO, 1991). „Persönlichkeitsstörungen“ sind darüber hinausgehend immer länger anhaltend, haben irgendwann zwischen der Kindheit und dem frühen Erwachsenenalter begonnen und sind nicht durch andere (diag-

nostizierbare) psychische Störungen erklärbar. Wie viele Diagnosekriterien jeweils erfüllt sein müssen, ergibt sich durch die aktuellen diagnostischen Leitlinien, die einen Konsens von Expertengruppen darstellen, der prinzipiell Veränderungen unterworfen und dem Stand der medizinischen Forschung anzupassen ist.

Dimensionale Persönlichkeitsstörungen wären als Muster extrem akzentuierter Persönlichkeitseigenschaften zu definieren, allerdings individuell immer verbunden mit dem bereits eingetretenen (Störungs-)Kriterium der Maladaptivität oder Dysfunktionalität. Dies würde dann auch dasjenige Kriterium sein, was eine „Krankheitswertigkeit“ im Gesundheitswesen ausmacht, sofern man sich – wie heute üblich – auf einen (nur) syndromalen Krankheitsbegriff einigt, also nicht zwingend von nosologischen Entitäten mit organischer Grundlage ausgeht. Entsprechend werden die klassifizierten Syndromdiagnosen von ICD-10 und DSM-IV allgemein gesehen (Vollmoeller, 2001).

## 1.7 Wie findet sich ein Kontinuum?

Als Variablen sind „Persönlichkeit“ und „Persönlichkeitsstörung“ in der heutigen Wissenschaftslandschaft etwas sehr Verschiedenes, d. h. begriffliche Konstrukte aus verschiedenen konzeptionellen Bereichen, und insofern nicht ganz einfach durch empirische Übergänge miteinander zu verbinden. „Persönlichkeit“ ist ein primär psychologisches Konstrukt zum Verständnis individueller Eigenschaften im Sinne des einzigartigen Verhaltenskorrelats einer Person, ganz unabhängig davon, ob dieses Verhalten (aus anderem Blickwinkel) als gesund oder krank betrachtet wird. Jeder Mensch hat auch immer nur eine, nämlich seine charakteristische Persönlichkeit, selbst wenn in verschiedenen psychologischen Testverfahren je nach deren Konstruktion und Zielgenauigkeit unterschiedliche (einzelne) Aspekte dieser Persönlichkeit (Intelligenz, Extraversion, Feindseligkeit, Stressverarbeitung etc.) dargestellt werden. Ggf. lassen sich Einzelmerkmale (bestimmte Verhaltenszüge) mittels Ähnlichkeitsanalyse und multivariater Statistik noch auf eine geringere Anzahl von menschlichen Grundzügen (Persönlichkeitsfaktoren) reduzieren. Im Weiteren wird dadurch eine mehrdimensionale Differentialtypologie möglich. Wie viele solcher menschlicher Grundeigenschaften es tatsächlich gibt, ist allerdings bis heute nicht geklärt. Ihre Zahl schwankt zwischen fünf (Costa und Mc Cray, 1992, Goldberg, 1990) und achtzehn (Livesley, 1998) bzw. sogar zweiundzwanzig Faktoren (Clark, 1993). Sie hängt letztlich vom Differenzierungsgrad der angewandten Persönlichkeitstests und den statistischen Ansprüchen an die gewählten Entscheidungsverfahren ab. Auch die Frage, wann einzelne Messwerte noch in der Norm liegen, also dem soziokulturellen Umfeld des Betroffenen gerade noch gemäß erscheinen, ist prinzipiell offen. Sie könnte anhand des Test- oder Bevölkerungsdurchschnitts entschieden werden. Ebenso sind andere Vorstellungen von psychischer Norm denkbar, leider jedoch gegenüber einer statistischen Durchschnittsnorm weniger gut wertfrei zu halten (Vollmoeller, 2001).

„Persönlichkeitsstörung“ ist dagegen eine medizinisch-psychiatrische Größe zum besseren Verständnis bestimmter, in jedem Fall pathologisch abnormer Funktionsbeeinträchtigungen und Leidenszustände, also letztlich von Krankheiten. Als begriffliche Konstruktion ist sie insofern nur auf klinische Populationen anwendbar.

Allein mit dieser qualitativen Abtrennung ist die Betrachtungsweise schon kategorial angelegt. Tragen bestimmte Einzelmerkmale zu dieser Unterscheidung bei, sind es relevante Symptome. Sie können im Einzelfall da sein oder fehlen und mit anderen distinkten Merkmalen ggf. zur Diagnosefindung beitragen. Zudem sind immer mehrere Diagnosen denkbar und damit, wie sich inzwischen gezeigt hat, bei ein und derselben Persönlichkeit zeitgleich oft mehrere Persönlichkeitsstörungen diagnostizierbar. Das ICD-10 beinhaltet hierfür acht spezifische Unterkategorien, die keiner umfassenden psychologischen Theorie entsprechen.

Alltagserfahrungen und klinische Praxis legen nahe, im Kontext von psychischen Funktionsbeeinträchtigungen und Krankheitszuständen fließende Übergänge in den entsprechenden Qualitäten zu sehen und zu diagnostizieren. Unser Erleben und Verhalten macht zwar im Einzelfall gewaltige Sprünge, über alle Individuen und Situationen hinweg erscheint die Kontinuitätshypothese aber die angemessene Grundannahme. Nur sie zielt ab auf die komplette Bandbreite von einzelnen, noch in der Norm liegenden Eigenschaften über akzentuierte, aber noch nicht individuell störende Persönlichkeitsmerkmale, des Weiteren über vielleicht subklinische oder unterschwellig anzusehende (subdiagnostische) Zustände bis hin zu solchen mit deutlicher Dysfunktion oder ausgeprägtem Leid, den medizinisch behandelbaren Formen. Mittels Expertenkonsens können hier Grenzen festgelegt werden, die in definierte Merkmalskataloge oder Diagnosemanuale einfließen. Wie viele dimensionale Aspekte in der Diagnostik einer Persönlichkeitsstörung tatsächlich gebraucht werden und wie viele unterschiedliche Grundformen angenommen werden müssen, bleibt aber auch unter der dimensionalen Sicht ein noch ungelöstes Problem.

### 1.8 Zusammenfassung und Ausblick

Letztlich ist es eine Definitionssache, ob man die Persönlichkeitsstörungen überhaupt in die Diagnosekataloge einreicht und damit als anzuerkennende Erkrankungen gelten lässt. Eine Alternative wäre bei allen psychischen Störungen, immer auch die zu Grunde liegende Persönlichkeit als (mit-)gestört zu sehen. Mit der dadurch eingeschränkten Differentialdiagnostik reduzierten sich allerdings auch die differentiellen therapeutischen Möglichkeiten. Theoretisch sind zahlreiche weitere Modelle im Verhältnis der Persönlichkeitsstörungen zu den sonstigen psychischen Störungen denkbar, wobei das Konstrukt, sie als kontinuierliche Übergänge von der Normalität zu den Krankheiten zu sehen, am naheliegendsten ist. Insofern ist auch die Idee, wie sie heute im DSM-System verfolgt wird, nämlich das Persönlichkeitsproblem durch getrennte Achsen für psychische Störungen (Achse I) und Persönlichkeitsstörungen (Achse II) zu lösen, nicht sehr befriedigend (Krueger, 2005). Die derzeitige Eigenständigkeit der Persönlichkeitsstörungen im Kanon der sonstigen psychischen Störungen erleichtert es aber, sie auch forensisch als besondere Form seelischer Störung zu sehen und zu behandeln.



## Literatur

- Adler A (1992) Über den nervösen Charakter. Fischer, Neuaufl. Frankfurt am Main
- Allport GW (1970) Gestalt und Wachstum in der Persönlichkeit. Meisenheim am Glan, Hain
- American Psychiatric Association (APA) (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Forth Edition (DSM-IV). American Psychiatric Press, Washington DC
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) (2000) Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Hogrefe, Göttingen
- Asendorpf JB (2005) Persönlichkeit: Stabilität und Veränderung. In Weber H, Rammsayer T (Hrsg.) Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie. Hogrefe, Göttingen, 15–26
- Bandura A (1977) Social Learning theorie. Prentice-Hall, New York
- Barnow S, Herpertz S, Spitzer C, Dudeck M, Grabe HJ, Freyberger HJ (2006) Kategoriale versus dimensionale Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen: sind dimensionale Modelle die Zukunft? Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 74, 706–713
- Cattell RB (1973) Die empirische Forschung der Persönlichkeit. Beltz, Weinheim
- Clark LA (1993) Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP). University of Minnesota Press, Minneapolis
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR (1993) A psychobiological model of temperament and character. Archives of General Psychiatry 50, 975–990
- Cloninger CR (1987) A systematic method for clinical description and classification of personality variants. Archives of General Psychiatry 44, 573–588
- Costa PT, McCrae RR (1992) Revised NEO Personality Inventory and NEO Five Factor Inventory Professional Manual. Psychological Assessment Resources, Odessa
- Erikson EH (1973) Identität und Lebenszyklus. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Eysenck HJ (1947) Dimensions of personality. Routledge & Paul, London
- Eysenck HJ (1953) The structure of human personality. London, Methuen
- Freud S (2003) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse und Neue Folge. Fischer, Neuaufl. Frankfurt am Main
- Goldberg LR (1990) An alternative „description of personality“: The Big-Five factor structure. Journal of Personality and Social Psychology 59, 1216–1229
- Gray JA (1991) The neuropsychology of temperament. In: Strelau J, Angleitner A (Eds.) Explorations in temperament. Plenum Press, New York, 105–128
- Jung CG (1985) Über die Grundlagen der Analytischen Psychologie. Walter, Düsseldorf
- Kernberg OF (1985) Schwere Persönlichkeitsstörungen. Klett-Cotta, Stuttgart
- Krueger RF (2005) Continuity of Axis I and II: toward a unified model of personality, personality disorders and clinical disorders. Journal of Personal Disorders 19, 233–261
- Livesley WJ (1998) Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder. Canadian Journal of Psychiatry 43, 137–147
- Maslow A (1968) Toward a psychology of being. van Norstrand, Princeton
- McCrae RR, Costa PT, Ostendorf F, Angleitner A (2000) Nature over nature: temperament, personality and lifespan development. Journal of Personality and Social Psychology 78, 173–186
- Rogers CR (1980) On becoming a person. Houghton Mifflin, Boston
- Schneider K (1967) Klinische Psychopathologie. Thieme, Stuttgart
- Skinner BF (1953) Science and human behaviour. Free Press, New York
- Vollmoeller W (2001) Was heißt psychisch krank? Der Krankheitsbegriff in Psychiatrie, Psychotherapie und Forensik. Kohlhammer, 2. Aufl. Stuttgart
- Weber H, Rammsayer T (Hrsg.) (2005) Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie. Hogrefe, Göttingen
- World Health Organization (WHO) (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien. Huber, Bern