

Winfried Rief Elisabeth Schramm
Bernhard Strauß (Hrsg.)

Psychotherapie

Ein kompetenzorientiertes Lehrbuch

2. Auflage



Leseprobe

Vorwort

Bereits die erste Auflage dieses Lehrbuchs hat mit dem Ansatz einer kompetenzbasierten Psychotherapie viel Anklang gefunden. Unser Ziel war und ist es, den Schwerpunkt dieses Lehrbuchs Psychotherapie weniger auf Details einzelner psychotherapeutischer Theorien zu legen, sondern mehr auf das praktische Handeln: Welche Kompetenzen benötigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten allgemein und spezifisch, um mit einem bestimmten Krankheitsbild möglichst erfolgreich umzugehen oder eine bestimmte therapeutische Intervention möglichst erfolgreich umzusetzen? Damit ist die Idee der Kompetenzorientierung nicht nur näher am praktischen Handeln, sie bietet auch einen attraktiven übergeordneten Rahmen zur Integration unterschiedlicher Behandlungsansätze, auch aus verschiedenen Therapieschulen. Kompetenzbasierte Psychotherapie kann deshalb auch im Kontext verschiedener moderner Entwicklungen gesehen werden, die versuchen, lange existierende schulenspezifische Schranken zu überwinden und transtheoretische Ansätze zu fördern (Lutz und Rief 2024).

Deshalb ist auch ein Grundgedanke des Buchs, Psychotherapie nicht als die Anwendung einzelner evidenzbasierter Therapieansätze zu sehen, sondern übergeordnet zu definieren als die Kompetenz eines evidenzbasierten psychotherapeutischen Handelns. Dieses Handeln kann auf verschiedenen Theorien basieren, einschließlich Theorien der Psychologie und Neurowissenschaft zum Störungsverständnis sowie zum Verständnis von Veränderungsprozessen, die nicht unbedingt in Haupt-Therapierichtungen abgedeckt sein müssen. Auch andere neue Ansätze wie eine modulare Psychotherapie (Herpertz und Schramm 2022) oder die prozessbasierte Psychotherapie bauen letztendlich auf einem transtheoretischen Verständnis auf (Stangier et al. 2026). Deshalb liegt auch diesem Buch ein Verständnis von Psychotherapie zugrunde, das über die Ansammlung einzelner anerkannter Therapierichtungen und -methoden hinausgeht, und auf einer übergeordneten, zukunftsorientierten Konzeption von Psychotherapie basiert. Dies ist in der Definition von Psychotherapie im folgenden Kasten präzisiert, die als Ergebnis einer interdisziplinär besetzten Konsensgruppe entstanden ist, in der sich neben Personen unterschiedlicher Disziplinen und mit Erfahrungen in unterschiedlichen Therapierichtungen auch Personen mit „Lived Experience“ sowie Nachwuchsklinikerinnen einbrachten.

DEFINITION

Grundverständnis zur Psychotherapie

Psychotherapie ist die evidenzbasierte Anwendung psychologischer Prozeduren zur Krankheitsfeststellung (Indikation), Diagnostik, Prävention, Behandlung und Rehabilitation basierend auf wissenschaftlich fundierten Annahmen über psychische Prozesse bei klinisch relevanten Syndromen, Störungen und Krankheiten durch dafür aus- und weitergebildete Personen. (nach Rief et al. 2026)

Für die zweite Auflage des Lehrbuchs wurden alle Kapitel aktualisiert. Es wurden allerdings auch einige substantiellere Änderungen vor-

genommen. Um einige Beispiele zu nennen: das Kapitel Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen erfuhr eine komplette Umstrukturierung und Erweiterung auf nun zwei ausführliche Kapitel. Der Bereich systemische Therapie wurde deutlich erweitert, nachdem dieses Verfahren inzwischen vom gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als Richtlinienverfahren anerkannt wurde. Die Kapitel zu sexuellen Störungen sowie zu Varianten der sexuellen Präferenz wurden entsprechend eines modernisierten Verständnisses komplett neu strukturiert. Das bisherige Kapitel zu medizinischen Grundbegriffen wurde ersetzt durch ein Kapitel zur Psychotherapie bei medizinischen Erkrankungen. Die Kapitel zu Grundkompetenzen psychotherapeutischen Vorgehens, die sich vor allem in den ersten drei Abschnitten finden, wurden entsprechend des innovativen kompetenzorientierten Ansatzes ebenfalls stärker modifiziert als andere. Beispielhaft seien die Ausführungen zur Kompetenz bei der Gestaltung der therapeutischen Beziehung genannt, die neben Kompetenzen zur Etablierung einer konstruktiven therapeutischen Beziehung auch spezifische Anregungen enthält, die dem „Rupture and Repair“-Ansatz bzw. dem allianzfokussierten Training entspringen.

Insgesamt ist die neue Auflage des Psychotherapielehrbuchs damit auch stärker an der Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten orientiert. Es soll gerade auch auf die fünf Kompetenzbereiche vorbereiten, die Gegenstand der Parcours-Prüfung im Rahmen der Staatsprüfung für Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sind. Dies betrifft die Kompetenzbereiche:

- Risikoabschätzung / Suizidalität / Selbst- und Fremdgefährdung
- Beziehungsgestaltung
- Diagnostik und Differentialdiagnostik
- Psychoedukation
- Leitlinienorientierte Behandlungsempfehlungen

Vieles hat sich jedoch aus dem ersten Buch auch bewährt und wird entsprechend fortgesetzt. Dazu gehört auch unsere spezifische „Gender-Regelung“, zwischen den Kapiteln einfach zu wechseln und zumindest einem der beiden Hauptgeschlechter die Priorität in der Benennung von Personenbezeichnungen zu geben, auch wenn grundsätzlich immer alle Personen *jeglicher* geschlechtsbezogener Selbstdefinition inkludiert sind. Wir sind uns bewusst, dass auch dies keine optimale Lösung ist; vergleicht man jedoch die Protestwellen aus unterschiedlichen Richtungen bei anderen Lösungen, so sind wir mit der hohen Akzeptanz dieses Vorgehens durch unsere Leser- und Leserinnenschaft doch sehr zufrieden.

Last not least ist die Entwicklung eines Buchs und seiner Überarbeitung immer auch persönliche Begegnung mit vielen Menschen. Wir danken an dieser Stelle den Mitarbeitern des Verlags Elsevier in München. Insbesondere Frau Jahn und Herr Gall haben uns wieder mit Charme und freundlichen Erinnerungen durch den gesamten Prozess navigiert und seien hier beispielhaft auch für andere Kolleginnen und Kollegen beim Verlag genannt, die den Lektorierungs- und Herstellungsprozess konstruktiv unterstützt haben. Wir danken vorrangig natürlich auch allen Kapitelautorinnen und -autoren für die

konstruktive Zusammenarbeit, die Toleranz bei der Berücksichtigung unserer „Sonderwünsche“, die nötige Flexibilität in der Abstimmung zwischen den verschiedenen Kapiteln und vielem mehr. Gerade auch die Kapitel mit zahlreichen Koautoren und -autorinnen sind immer auch eine Herausforderung für Flexibilität und respektvolle Toleranz. Daneben war aber auch die persönliche Begegnung unter den drei Herausgebern, die alle etwas unterschiedliche theoretische Hinter-

gründe und Erfahrungen einbringen, immer eine Bereicherung, die von gegenseitigem Respekt und viel Freude in der Zusammenarbeit geprägt war. Dafür sind wir dankbar.

Marburg, Freiburg und Jena im Herbst 2026

Winfried Rief, Elisabeth Schramm, Bernhard Strauß

Literatur

Herpertz SC, Schramm E. Modulare Psychotherapie: ein mechanismus-basiertes, personalisiertes Vorgehen. Klett-Cotta 2022.

Lutz W, Rief W. Transtheoretical Psychological Therapy - New Perspectives for Clinical Training and Practice. *Clinical Psychology in Europe* 2024; 6: e13891.

Rief W, Asbrand J, Baumgaertner L, Dinger-Ehrenthal U, Flueckiger C, Heinrichs N, et al. How to define psychological therapy and psychotherapy? – An interdisciplinary proposal. *Clinical Psychology in Europe* 2026, in press.

Stangier U, Hofmann SG, Strauss B, Rief W. Prozessbasierte Psychotherapie – Ein Leitfadens. Beltz 2026.

Inhaltsverzeichnis

I	Persönliche Kompetenzen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	1	3	Was ist Psychotherapie?	63
				Bernhard Strauß	
1	Psychotherapeutische Kompetenzen	3	3.1	Definition von Psychotherapie	63
1.1	Therapeutische Kompetenz als (relativ) neues Thema in der Psychotherapie	4	3.2	(Ideen-)Geschichte der Psychotherapie	64
	Bernhard Strauß				
1.2	Fachkompetenz und wissenschaftliche Kompetenz	5			
	Franz Caspar		4	Ein verfahrensübergreifendes Modell für psychische Störungen als Grundlage der Therapieplanung	69
1.3	Fertigkeiten (Skills) und Fähigkeiten (Abilities)	9		Winfried Rief, Bernhard Strauß	
	Anton-Rupert Laireiter		4.1	Störungsmodelle in der Psychotherapie	69
1.4	Mentalisierung als reflexive und selbstreflexive Kompetenz	13	4.2	Eigendynamik der Störung	70
	Svenja Taubner und Anna Berning		4.3	Interaktionen von Personenmerkmalen und Umwelt	71
1.5	Kommunikative Fertigkeiten	16	4.4	Ausbruch bzw. Exazerbation einer Störung	71
	Anne-Katharina Deisenhofer und Wolfgang Lutz		4.5	Prädisposition/Vulnerabilität	72
1.6	Flexible Gestaltung von Interaktionssituationen	19	4.6	Aufrechterhaltende Faktoren	73
	Franz Caspar		4.7	Überlegungen zur Therapieplanung und Indikationsstellung	74
1.7	Emotionsregulation	21	4.8	Ausblick: Netzwerkmodelle als Basis eines neuen integrativen Störungsverständnisses	75
	Winfried Rief		4.9	Zusammenfassung	75
1.8	Merkmale erfolgreicher Psychotherapeutinnen und Effektivität der Umsetzung	26	5	Verfahrensübergreifende Veränderungsmodelle von Psychotherapie	77
	Jessica Uhl und Wolfgang Lutz			Bernhard Strauß, Winfried Rief	
2	Förderung persönlicher Kompetenzen in der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung	31	5.1	Bemühungen um die Integration von Psychotherapie	77
2.1	Kompetenzerwerb in der Psychotherapie: Modelle, Strategien und Forschungsbefunde	32	5.2	Allgemeine vs. spezifische Wirkfaktoren	78
	Bernhard Strauß		5.3	Allgemeine Psychotherapiemodelle	80
2.2	Förderung von psychotherapeutischen (Basis-) Fertigkeiten	35	5.4	Verfahrensübergreifende Veränderungsprinzipien („principles of change“)	81
	Anton-Rupert Laireiter		5.5	Vom Therapiemodell einzelner Therapieschulen zur prozessorientierten Psychotherapie	82
2.3	Reflexive Kompetenz	39	5.6	Kompetenzorientierte Psychotherapie	83
	Svenja Taubner, Anna Berning		II	Allgemeiner Therapieablauf in der Psychotherapie	87
2.4	Förderung kommunikativer Kompetenzen	44			
	Kaitlyn Poster, Wolfgang Lutz		6	Allgemeine Aufgaben in der Psychotherapie	89
2.5	Flexible Gestaltung von Interaktionssituationen	45	6.1	Generische psychotherapeutische Kompetenzen	90
	Franz Caspar			Bernhard Strauß	
2.6	Die Kompetenz zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung: Interpersonale Skills und allianzfokussiertes Training	47	6.2	Erstgespräch	90
	Bernhard Strauß, Winfried Rief			Tobias Teismann	
2.7	Förderung der Kompetenz zur Emotionsregulation	52	6.3	Diagnostik	91
	Winfried Rief			Brian Schwartz	
2.8	Effektivität der Umsetzung	55	6.4	Psychotherapiemotivation	93
	Brian Schwartz und Wolfgang Lutz		6.5	Fallkonzeption und Therapieziele	95
				Franz Caspar	

6.6	Therapieplanung	101	III	Störungsspezifischer Teil	171
	Christoph Flückiger				
6.7	Patientenaufklärung und Psychoedukation.	102	10	Depression	173
	Katharina Bosbach und Alexandra Martin			Ulrike Dinger, Henning Schauenburg	
6.8	Einbezug von Angehörigen bzw. Wechsel vom Einzel- zum Mehrpersonensetting.	106	10.1	Epidemiologie.	174
	Kirsten von Sydow		10.2	Klassifikation und Diagnostik	174
6.9	Suizidalität und Risikoabschätzung.	113	10.3	Relevante Störungsmechanismen.	176
	Thomas Forkmann und Tobias Teismann		10.4	Therapie der Depression	179
6.10	Rückfallprophylaxe	116	10.5	Vergleichende Evidenz zu Depressionstherapien	191
	Tobias Teismann		10.6	Essentials für die Psychotherapeutin.	192
6.11	Vorbereitung der Abschlussphase.	117	11	Manie und Hypomanie	195
	Tobias Teismann			Thomas D. Meyer	
6.12	Booster Sessions	118	11.1	Diagnostische Kriterien, Klassifikation, Epidemiologie.	195
	Tobias Teismann		11.2	Typische psychometrische Instrumente.	197
6.13	Erkennen ungünstiger Entwicklungen.	119	11.3	Wie erläutere ich Patienten, Angehörigen und Interessierten dieses Störungsbild?	198
	Julian A. Rubel und Wolfgang Lutz		11.4	Relevante Störungsmechanismen.	199
6.14	Evaluation und Qualitätssicherung	121	11.5	Wissenschaftlich fundierte Behandlungsleitlinien.	200
	Wolfgang Lutz und Brian Schwartz		11.6	Interventionen	201
			11.7	Kritische Einordnung.	203
7	Unerwünschte Behandlungseffekte und Nebenwirkungen	129	12	Angststörungen	205
	Bernhard Strauß			Jürgen Margraf und Andre Pittig	
7.1	Bedeutung und Systematik von unerwünschten Wirkungen und Nebenwirkungen in der Psychotherapie	130	12.1	Wenn Angst zur Störung wird: Erscheinungsformen	206
7.2	Definition und Differenzierung von Nebenwirkungen und Schäden.	131	12.2	Klassifikation	209
7.3	Entscheidungsschritte	132	12.3	Epidemiologie.	209
7.4	Verfahrens- und settingabhängige Nebenwirkungen und negative Effekte.	133	12.4	Relevante Störungsmechanismen.	211
7.5	Methoden zur Erfassung von Nebenwirkungen	133	12.5	Diagnostischer Prozess bei Angststörungen	218
7.6	Systematische Forschung zu Nebenwirkungen	134	12.6	Therapieziele.	221
7.7	Nebenwirkungen von Psychotherapie bei Therapeutinnen.	135	12.7	Wissenschaftlich fundierte Behandlungsleitlinien	222
7.8	Fehlerkultur	136	12.8	Interventionen	224
7.9	Materialien	136	12.9	Ausblick	245
8	Praktische Psychopharmakologie	139	13	Zwangsstörungen und Zwangsspektrumsstörungen	249
	Ulrich Schu			Anne Katrin Külz	
8.1	Generelle Vorbemerkungen	140	13.1	Zwangsstörungen	249
8.2	Allgemeiner Teil: Substanzkategorien.	141	13.2	Zwangsspektrumserkrankungen.	260
8.3	Spezieller Teil: Therapieprinzipien.	154	13.3	Ausblick	262
9	Ressourcen und Resilienzfaktoren	161	14	Traumafolgestörungen	265
	Ulrike Willutzki, Jan Schürmann-Vengels			Julia König, Rita Rosner	
9.1	Vorbemerkungen	161	14.1	Das Störungsbild.	265
9.2	Ressourcen im psychotherapeutischen Kontext	162	14.2	Psychometrische Instrumente	269
9.3	Diagnostik von Ressourcen.	163	14.3	Wissenschaftlich fundierte Behandlungsleitlinien	269
9.4	Aktivierung von Ressourcen	164	14.4	Interventionen	270
9.5	Ressourcenaktivierende Interventionen	166	14.5	Ausblick	278
9.6	Empirische Befunde zu Ressourcenaktivierung und Resilienzförderung	168			
9.7	Abschlussbemerkung und Ausblick.	169			

15	Anpassungsstörung	281	19.5	Diagnostischer Prozess	340
	Rahel Bachem, Andreas Maercker		19.6	Wissenschaftlich fundierte Behandlungsmaßnahmen	342
15.1	Klassifikation und diagnostische Kriterien	281			
15.2	Komorbidität und Differenzialdiagnostik	282			
15.3	Epidemiologie und Verlauf	282	20	Esstörungen	353
15.4	Relevante Störungsmechanismen	283		Jessica Werthmann, Jennifer Svaldi und Brunna Tuschen-Caffier	
15.5	Typische psychometrische Instrumente	285	20.1	Diagnostik	353
15.6	Wissenschaftlich fundierte Behandlungsleitlinien	285	20.2	Epidemiologie und Komorbidität	357
15.7	Therapiemöglichkeiten	286	20.3	Differenzialdiagnostik	357
15.8	Kritische Betrachtung und Ausblick	288	20.4	Risikofaktoren und Erklärungsmodell	358
			20.5	Wissenschaftlich fundierte Behandlung	360
16	Psychosen, Schizophrenie	291	20.6	Behandlungsleitfaden	361
	Sandra Opoka, Tania Lincoln		20.7	Therapiebausteine	362
16.1	Diagnostische Kriterien und Klassifikation	291	20.8	Rückfallprophylaxe	368
16.2	Epidemiologie	293			
16.3	Relevante Störungsmechanismen	293	21	Dissoziative Störungen	371
16.4	Psychometrische Instrumente	295		Carsten Spitzer und Philipp Wülfing	
16.5	Wissenschaftlich fundierte Behandlungsleitlinien	296	21.1	Einleitung	371
16.6	Interventionen	296	21.2	Definition, Klassifikation und klinische Bilder	372
			21.3	Diagnostischer Prozess und Differenzialdiagnosen	372
17	Stoffgebundene Suchterkrankungen	307	21.4	Epidemiologie	374
	Johannes Lindenmeyer		21.5	Relevante Störungsmechanismen	375
17.1	Diagnostische Kriterien, Klassifikation, Epidemiologie	307	21.6	Behandlung	376
17.2	Wie erläutere ich Patienten, Angehörigen und Interessierten dieses Krankheitsbild?	308	22	Artifizielle Störungen	383
17.3	Relevante Störungsmechanismen	309		Constanze Hausteiner-Wiehle und Cornelia Vogelpohl	
17.4	Typische psychometrische Instrumente	310	22.1	Diagnostische Kriterien, Klassifikation, Epidemiologie	383
17.5	Wissenschaftlich fundierte Behandlungsleitlinien	311	22.2	Relevante Störungsmechanismen	385
17.6	Psychotherapeutische Interventionen	313	22.3	Psychometrische Diagnostik?	387
			22.4	Wissenschaftlich fundierte Behandlungsmaßnahmen	387
			22.5	Interventionen	387
18	Stoffungebundene Abhängigkeitserkrankungen: Verhaltenssüchte	323	23	Schlafstörungen	391
	Astrid Müller			Dieter Riemann und Kai Spiegelhalter	
18.1	Diagnostische Kriterien, Klassifikation und Epidemiologie	323	23.1	Einführung	391
18.2	Relevante Störungsmechanismen	324	23.2	Diagnostik	391
18.3	Typische psychometrische Instrumente	325	23.3	Epidemiologie und Gesundheitsökonomie	393
18.4	Wissenschaftlich fundierte Behandlungsleitlinien	325	23.4	Gesundheitsrisiken	393
18.5	Interventionen	326	23.5	Ätiologie der Insomnie	393
			23.6	Therapie	394
			23.7	Schlafstörungen im Rahmen psychischer Störungen	397
19	Somatische Belastungsstörungen, somatoforme Störungen, chronische Schmerzsyndrome	331	23.8	Insomnie bei organischen Erkrankungen	397
	Alexandra Martin, Peter Henningsen		23.9	Essentials für den Psychotherapeuten	397
19.1	Diagnostische Kriterien, Klassifikation, Epidemiologie	332	24	Sexualstörungen	399
19.2	Diagnostische Kriterien, Klassifikation	332		Sexuelle Dysfunktionen	399
19.3	Epidemiologie	334		Julia Velten	
19.4	Relevante Störungsmechanismen	335	24.2	Paraphile Störungen	411
				Peer Briken	

25	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen im Erwachsenenalter	417	30	Psychotherapieforschung	495
	Alexandra Philipsen			Wolfgang Lutz, Julia Glombiewski, Anne-Katharina Deisenhofer und Julian A. Rubel	
25.1	Diagnostische Kriterien, Klassifikation, Epidemiologie	417	30.1	Einleitung: Psychotherapieforschung im Wandel	495
25.2	ADHS als Entwicklungsstörung	418	30.2	Evaluation psychologischer Interventionen	497
25.3	Diagnostische Erfassung im Erwachsenenalter	419	30.3	Untersuchung von Veränderungsmechanismen und Prozessen	503
25.4	Interventionen	420	30.4	Integration der Psychotherapieforschung in die klinische Praxis sowie Aus- und Weiterbildung	505
26	Persönlichkeitsstörungen	427	30.5	Abschließende Bemerkungen	507
26.1	Klassifikation und Behandlung der Persönlichkeitsstörungen im Überblick	427	31	Die Familie der psychodynamischen Verfahren	509
	Babette Renneberg und Charlotte Rosenbach			Historische Vorbemerkung, Begriffsklärung	510
26.2	Borderline-Persönlichkeitsstörung	435	31.1	Annegret Boll-Klatt	
	Sven Cornelisse und Christian Schmahl		31.2	Leitfaden niederfrequente Psychodynamische Psychotherapie	511
26.3	Therapie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung	445		Timo Storck	
	Claas-Hinrich Lammers		31.3	Leitfaden hochfrequente Analytische Psychotherapie	515
27	Autismus-Spektrum-Störungen	457		Timo Storck	
	Isabel Dziobek, Charlotte Küpper und Ludger Tebartz van Elst		31.4	Leitfaden Übertragungsfokussierte Therapie (TFP)	520
27.1	Diagnostische Kriterien, Klassifikation, Epidemiologie	457		Annegret Boll-Klatt	
27.2	Relevante Störungsmechanismen	459	31.5	Leitfaden Mentalisierungsbasierte Therapie	524
27.3	Der diagnostische Prozess	461		Svenja Taubner	
27.4	Therapie von Autismus-Spektrum-Störungen	462	31.6	Leitfaden Strukturbezogene Psychotherapie (SP)	526
27.5	Gruppenpsychotherapie	466		Svenja Taubner	
27.6	Zusammenfassung	466	31.7	Leitfaden Supportiv-expressive Therapie (SET)	528
28	Neurokognitive Störungen	469		Timo Storck	
	Katja Werheid		31.8	Wissenschaftlich fundierte Leitlinienempfehlungen zum Verfahren	531
28.1	Neurokognitive Störungen im Überblick	469		Bernhard Strauß	
28.2	Diagnostische Klassifikation	471	31.9	Motivation zum Verfahren und Patientinneninformation	533
28.3	Störungsmodell	471		Annegret Boll-Klatt, Timo Storck und Svenja Taubner	
28.4	Neuropsychologische Diagnostik	473	31.10	Patientinneninformation	536
28.5	Ausgewählte neuropsychologische Syndrome	476		Annegret Boll-Klatt	
28.6	Neuropsychologische Therapie	479	32	Die Familie der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren	541
IV	Verfahrensspezifischer Teil	485		Jürgen Hoyer, Timo Brockmeyer	
29	Psychotherapie, Psychotherapieverfahren und Richtlinienpsychotherapie	487	32.1	Kennzeichen und Definition des Verfahrens	541
	Michael Linden		32.2	Verfahrensspezifische Diagnostik	542
29.1	Allgemeine, professionelle und therapeutische verbale Interaktion	487	32.3	Behandlungsleitfaden	546
29.2	Richtlinienpsychotherapie, fachärztliche Psychotherapie und Grundversorgungspsychotherapie	489	32.4	Grundlegende Interventionen	547
29.3	Psychotherapieverfahren	490	32.5	Wissenschaftlich fundierte Indikation	566
29.4	Stand der Anerkennung von Psychotherapieverfahren und -methoden in Deutschland	492	32.6	Kontraindikationen	567
29.5	Gesellschaftlicher Ausblick und Schlussfolgerung	493	32.7	Risiken, Nebenwirkungen, negative Effekte	567
			32.8	Wie informiere ich Patienten und Interessierte über dieses Verfahren?	567
			32.9	Beispiele für Therapiematerialien	568

33	Systemische Therapie	571	37.2	Gruppenpsychotherapie	658
	Kirsten von Sydow			Bernhard Strauß	
33.1	Kennzeichen und Definition des Verfahrens	572	37.3	Kognitive bewältigungsorientierte	
33.2	Veränderungstheorie	573		Verhaltenstherapie mit Paaren	668
33.3	Verfahrensspezifische Diagnostik	574		Rebekka Kuhn und Guy Bodenmann	
33.4	Behandlungsleitfaden	575	37.4	Arbeitsplatzbezogene Psychotherapie-	
33.5	Evidenzbasierte systemische Manuale	577		Ansätze (AbA)	675
33.6	Wissenschaftlich fundierte Indikation	580		Christoph Kröger	
33.7	Kontraindikationen	581	37.5	Psychotherapie in der Rehabilitation	687
33.8	Risiken, Nebenwirkungen, negative Effekte	581		Volker Köllner	
33.9	Wie informiere ich Patientinnen, Angehörige und		37.6	Digitale Interventionen	692
	Interessierte über das Verfahren?	582		Matthias Domhardt, Eva-Maria Meßner, David Daniel	
33.10	Beispiele für Therapiematerialien	582		Ebert und Harald Baumeister	
33.11	Ausblick	582	37.7	Bio- und Neurofeedback	696
				Cornelia Weise und Alexandra Martin	
34	Weitere wissenschaftlich fundierte		38	Komplementäre Verfahren	711
	Psychotherapiemethoden und -verfahren	585		Andreas Hillert	
34.1	Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)	586	38.1	Sozialtherapie	712
	Julia J. Schmid und Andrew T. Gloster		38.2	Sport- und Bewegungstherapie	713
34.2	Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie	593	38.3	Ergotherapie	714
	Johannes Michalak und Thomas Heidenreich		38.4	Nonverbale künstlerisch-kreative Therapien:	
34.3	Motivational Interviewing	599		Gemeinsamkeiten	715
	Johannes Lindemeyer		38.5	Komplementäre Perspektiven	717
34.4	Interpersonelle Psychotherapie (IPT)	604			
	Elisabeth Schramm		V	Psychotherapie bei spezifischen Gruppen ...	719
34.5	Cognitive Behavioral Analysis System of		39	Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen:	
	Psychotherapy (CBASP)	611		Bedarf, Behandlungsleitlinien und	
	Matthias Backenstrass und Elisabeth Schramm			Besonderheiten	721
34.6	Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)	618		Silvia Schneider, Hanna Christiansen	
	Sven Cornelisse und Christian Schmahl		39.1	Allgemeine Einführung, ätiologische und	
35	Psychotherapiemethoden/-verfahren mit			diagnostische Grundlagen	722
	vorläufiger Evidenzbewertung: zwei aktuelle		39.2	Diagnostisches Vorgehen	726
	Beispiele	631	39.3	Epidemiologie	729
35.1	Schematherapie	631	39.4	Besonderheiten und Rahmenbedingungen in der	
	Gitta Jacob			Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	733
35.2	Emotionsfokussierte Therapie	636	39.5	Therapeutisches Vorgehen	734
	Imke Herrmann und Lars Auszra		39.6	Allgemeine Struktur und Bausteine der	
36	Einige Impulse aus humanistischen			Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ...	739
	Verfahren	643	40	Besonderheiten bei psychischen Störungen im	
	Mark Galliker			höheren Lebensalter	747
36.1	Personenzentrierte Gesprächspsychotherapie	643		Julia Zwick, Martin Hautzinger	
36.2	Das Experiencing-Focusing-Konzept	645	40.1	Erfolgreiches Altern	747
36.3	Gesprächspsychotherapie als existenzieller		40.2	Störungsbilder im Alter	749
	Prozess	647	40.3	Was es bei der klinischen Diagnostik zu	
36.4	Gestalttherapie	648		berücksichtigen gilt	753
36.5	Wissenschaftliche Anerkennung der		40.4	Besonderheiten in der Therapie mit Älteren	754
	humanistischen Verfahren	650	40.5	Der Lebensrückblick	759
37	Settingspezifische Psychotherapie	653			
37.1	Voll- und teilstationäre Psychotherapie	654			
	Carsten Spitzer				

41	Psychotherapie bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung	763	45	Transkulturelle Aspekte in der Psychotherapie	801
	<i>Katrin Müller, Almut Helmes, Jürgen Bengel</i>			<i>Ulrike von Lersner</i>	
41.1	Diagnostische Kriterien, Klassifikation, Epidemiologie	764	45.1	Kennzeichen und Definition des Ansatzes	802
41.2	Wie erläutere ich Betroffenen, Angehörigen und Interessierten eine psychische Diagnose?	765	45.2	Prävalenz psychischer Erkrankungen im internationalen Vergleich	802
41.3	Relevante Störungsmechanismen	765	45.3	Die Rolle von Kultur in der Psychotherapie	802
41.4	Diagnostische Instrumente bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung	766	45.4	Therapeutische Haltung	805
41.5	Therapie psychischer Störungen bei Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung	767	45.5	Kultursensitive Diagnostik	806
41.6	Zusammenfassung und Ausblick	771	45.6	Einsatz von Sprachmittlerinnen	807
			45.7	Integrationsfähigkeit mit anderen Behandlungsansätzen	808
42	Psychotherapie bei körperlichen Krankheiten	775	45.8	Wissenschaftlich fundierte Indikation	808
	<i>Winfried Rief und Pia von Blanckenburg</i>		45.9	Wie informiere ich Betroffene und Interessierte über dieses Verfahren?	809
42.1	Einleitung	775	45.10	Ausblick	810
42.2	Die Diagnose „Psychologische Faktoren, die eine körperliche Krankheit beeinflussen“ (PFK)	776	46	Leitungsaufgaben in der (teil-)stationären Psychotherapie	813
42.3	Relevante Störungsmechanismen	777		<i>Edgar Geissner</i>	
42.4	Diagnostische Hilfen	779	46.1	Allgemeiner Hintergrund	813
42.5	Behandlung der psychischen Faktoren, die körperliche Krankheiten beeinflussen	780	46.2	Rekrutierung	814
42.6	Evaluation	783	46.3	Personenseite	814
43	Geschlechtsspezifische Aspekte des Störungsverständnisses und in der Psychotherapie	785	46.4	Situations- und Aufgabenseite	815
	<i>Christine Kühner</i>		46.5	Finanzielles	816
43.1	Epidemiologie: Geschlechtsunterschiede in der Verbreitung psychischer Störungen	785	46.6	Wirtschaftliches	816
43.2	Genderbezogene Risikofaktoren und Auslöser für seelische Krisen	787	46.7	Brauchbare Illegalität versus Compliance	817
43.3	Doing Gender: eine gendersensible Betrachtung des psychotherapeutischen Prozesses	788	46.8	Mögliche Probleme in der Leitungsposition	818
43.4	Genderbezogene Evidenz von Psychotherapie	790	46.9	Kritische Punkte – künftige Themen	818
43.5	Besonderheiten psychischer Störungen in der Peripartalzeit	790	47	Psychologische Gutachten bei klinischen Fragestellungen	821
				<i>Stephan Goerigk, Markus Bühner</i>	
44	Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie	793	47.1	Psychologische Gutachten	821
	<i>Bernhard Strauß, Timo O. Nieder</i>		47.2	Unterschiedliche Rechtskontexte klinisch-psychologischer Gutachten	823
44.1	Körperliche Geschlechtsmerkmale und das Geschlechtszugehörigkeitserleben	793	47.3	Qualitätsebenen psychologischer Gutachten	824
44.2	Aspekte der Transition in das gewünschte Geschlecht und Transgesundheit	795	47.4	Die klinisch-psychologische Begutachtung	825
44.3	Häufigkeit psychischer Beeinträchtigungen und Störungen	796	47.5	Leitfaden zur Gutachtenerstellung	833
44.4	Psychotherapeutische Unterstützung bei Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie	797	47.6	Probleme bei der Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen	837
			VI	Die Psychotherapie im Versorgungssystem	841
			48	System der Gesundheitsversorgung bei psychischen Erkrankungen	843
				<i>Timo Harfst</i>	
			48.1	Gesetzliche Krankenversicherung	844
			48.2	Private Krankenversicherung und Beihilfe	844
			48.3	Leistungen der GKV	844
			48.4	Anerkennung psychotherapeutischer Methoden und Verfahren	845

48.5	Ambulante psychotherapeutische Versorgung . . .	848	50.4	Ethische Unterstützung in der Psychotherapie . . .	874
48.6	Stationäre psychotherapeutische Versorgung . . .	853	51	Berufsrecht für Psychotherapeuten	877
49	Verwaltungstechnische Aufgaben	857		Hartmut Gerlach	
49.1	Verwaltungstechnische Aufgaben in der (teil-)stationären Versorgung	857	51.1	Vorbemerkung und Zielsetzung	878
	Stefan Koch		51.2	Zielsetzung	878
49.2	Verwaltungsaufgaben in der ambulanten Psychotherapie: Qualität schaffen mit System . . .	861	51.3	Patientenrechtegesetz (PatRG)	880
	Manuel Becker		52	Institutionelle Hilfen in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen	889
50	Ethik in der Psychotherapie	869		Sören Friedrich, Karen Krause und Silvia Schneider	
	Manuel Trachsel		52.1	Einleitung	889
50.1	Ethik als notwendige Kompetenz für gute Psychotherapie	869	52.2	Hilfen zur Erziehung	891
50.2	Zentrale ethische Themen in der Psychotherapie .	871	52.3	Weitere Maßnahmen	897
50.3	Welche Ethikkompetenzen brauchen Psychotherapeuten?	872	52.4	Fazit	898
				Register	901

LESEPROBE

26

Persönlichkeitsstörungen

26.1	Klassifikation und Behandlung der Persönlichkeitsstörungen im Überblick	427	26.2.1	Diagnostische Kriterien, Klassifikation, Epidemiologie und Verlauf.	435
	Babette Renneberg und Charlotte Rosenbach		26.2.2	Relevante Störungsmechanismen	437
26.1.1	Diagnostik – Persönlichkeitsstörungen allgemein	428	26.2.3	Diagnostischer Prozess.	439
26.1.2	Behandlung	429	26.2.4	Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung	440
26.1.3	Vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	430	26.2.5	Ausblick	445
26.1.4	Merkmalsausprägung Anankasmus	432	26.3	Therapie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung	445
26.1.5	Empirische Befunde zur Wirksamkeit der psychotherapeutischen Ansätze	434		Claas-Hinrich Lammers	
26.2	Borderline-Persönlichkeitsstörung	435	26.3.1	Diagnostische Kriterien, Klassifikation, Epidemiologie	445
	Sven Cornelisse und Christian Schmah		26.3.2	Konzept der allgemeinen Psychotherapie.	446
			26.3.3	Das Konfliktmodell narzisstischer Störungen	446
			26.3.4	Therapeutische Interventionen	447

26.1 Klassifikation und Behandlung der Persönlichkeitsstörungen im Überblick

Babette Renneberg und Charlotte Rosenbach

Kernaussagen

- Persönlichkeitsstörungen (PS) manifestieren sich als Beziehungs- und Interaktionsstörungen.
- Bei der Vermittlung der Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen haben sich psychoedukative Techniken bewährt, die möglichst wertfrei auf die Stärken und Schwächen im Sinne einer dimensional Ausprägung von Persönlichkeitseigenschaften eingehen und Rückmeldungen über die Sinnhaftigkeit oder Nützlichkeit maladaptiver Verhaltensmuster einschließen.
- Persönlichkeitsstörungen werden vorwiegend ich-synton erlebt, d. h. das eigene Erleben und Verhalten wird als nicht störend, zur eigenen Person passend und damit als nicht veränderungswürdig erlebt. Deshalb ist die gemeinsame Klärung des Behandlungsauftrags zu Beginn einer Therapie besonders relevant.
- Für die Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ist eine tragfähige therapeutische Beziehung unbedingte Voraussetzung. Der Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung gelingt häufig durch eine motivorientierte Beziehungsgestaltung. Das bedeutet, dass der Therapeut die der Störung zugrunde liegenden Bedürfnisse und Motive

berücksichtigt und, so weit wie therapeutisch möglich, sinnvoll validiert und befriedigt.

- Die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen hat sich in der ICD-11 stark geändert. Es wird nicht mehr zwischen verschiedenen kategorialen Diagnosen unterschieden (z. B. ängstlich-vermeidende oder paranoide PS), sondern es werden die allgemeinen Kriterien für das Vorliegen einer PS sowie die Schwere der Funktionsbeeinträchtigung eingeschätzt. Optional kann noch die Beschreibung von fünf Merkmalsausprägungen erfolgen.
- Das Borderline-Muster bleibt als einzige der bisherigen Kategorien in der ICD-11 bestehen (> Kap. 26.2)

Nach den Bestimmungsmerkmalen der diagnostischen Systeme ICD und DSM sind Persönlichkeitsstörungen definiert als langanhaltende, über zwei Jahre oder länger bestehende und in vielen Lebensbereichen auftretende Beeinträchtigungen der Selbstwahrnehmung (Identität, Selbstwert, Selbststeuerung) und/oder zwischenmenschlicher Beziehungen. Es sind weitgehend stabile, überdauernde Verhaltens- und Erlebnismuster, die Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zu anderen Menschen und der Einstellungen zur eigenen Person sind. Dazugehörige individuelle Merkmale des Erlebens und Verhaltens zeigen sich als unflexible Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen. Im Vergleich zur Mehrheit der Allgemeinbevölkerung weichen die Erlebens- und

Verhaltensweisen in den Bereichen Wahrnehmung, Denken, Affekt und Beziehungen zu anderen deutlich ab.

26.1.1 Diagnostik – Persönlichkeitsstörungen allgemein

In der ICD-11 (WHO 2025) hat die Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen eine weitreichende Änderung erfahren. Während zuvor einzelne Störungen qualitativ voneinander abgegrenzt wurden (z. B. zwanghafte Persönlichkeitsstörung vs. dependente Persönlichkeitsstörung), wird in der ICD-11 nicht mehr zwischen Persönlichkeitsstörungskategorien unterschieden.

Für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-11 müssen zum einen die allgemeinen Kriterien der Persönlichkeitsstörung erfüllt sein, zum anderen erfolgt eine Einschätzung hinsichtlich der Schwere der Beeinträchtigung in Funktionen des Selbst und der interpersonellen Beziehungsgestaltung. Zusätzlich kann optional eine Beschreibung von fünf Merkmalsausprägungen sowie die Vergabe des Borderline-Musters erfolgen.

MERKE

Hauptfokus bei der diagnostischen Einordnung einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-11 ist der Schweregrad der Beeinträchtigung. Optional können Merkmalsausprägungen und ein Borderline-Muster diagnostiziert werden.

Allgemeine Kriterien der Persönlichkeitsstörung

Eine Persönlichkeitsstörung ist definiert als eine andauernde Funktionsbeeinträchtigung in Aspekten des Selbst und der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung.

Diese Beeinträchtigung

- dauert mind. 2 Jahre an,
- manifestiert sich in unterschiedlichen Bereichen der Kognition, der Emotionen und des Verhaltens,
- zeigt sich in zahlreichen persönlichen und sozialen Situationen,
- ist dem Entwicklungsstand der Person nicht angemessen,
- ist nicht direkte Folge einer Medikation oder Substanz (einschließlich Entzugssymptome) und kann nicht durch andere Diagnosen erklärt werden,
- geht mit erheblichem Leiden bzw. signifikanten Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen einher.

Schweregrad der Funktionsbeeinträchtigung

In der ICD-11 basiert die diagnostische Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen vor allem auf dem Schweregrad der Beeinträchtigung in den Bereichen „Selbst“ und „interpersonelle Beziehungsgestaltung“. Die Einstufung erfolgt in leichtgradig (6D10.0), mittelschwer (6D10.1) und schwergradig (6D10.2). Zusätzlich können „Schweregrad unspezifiziert“ (6D10.Z) sowie die subklinische Kategorie

„Persönlichkeitsproblematik“ (QE50.7) vergeben werden, letztere, wenn die Beeinträchtigung nicht für eine Störungsdiagnose ausreicht.

In der ICD 11 wird darauf hingewiesen, dass es auch aufgrund von Störungen oder Krankheiten, die nicht unter psychische Störungen und Verhaltensstörungen fallen, zu langanhaltenden Persönlichkeitsveränderungen kommen kann. Eine solche **sekundäre Persönlichkeitsänderung** (6E68) sollte zusätzlich zur Diagnose der mutmaßlich zugrunde liegenden Störung oder Krankheit verwendet werden, wenn die Persönlichkeitssymptome so schwerwiegend sind, dass sie besondere klinische Aufmerksamkeit erfordern.

Im Bereich **Selbst** werden Identität, Selbstwert, Selbstreflexion und Selbststeuerung beurteilt. Hier geht es u. a. um Fragen wie: „Wie sehe ich mich selbst?“, „Welche Stärken und Schwächen habe ich?“, „Welche Ziele verfolge ich?“ Der Bereich **interpersonelle Beziehungsgestaltung** umfasst Interesse an Beziehungen, Empathie, Intimitätsfähigkeit und Konfliktbewältigung mit Fragen wie: „Wie gestalte ich Beziehungen?“, „Was erwarte ich von ihnen?“, „Wie gehe ich mit Konflikten um?“.

BOX 26.1

Schweregradeinschätzung

Zur Beurteilung des Schweregrads einer Persönlichkeitsstörung werden verschiedene Aspekte des Selbst und der interpersonellen Beziehungsgestaltung hinsichtlich ihrer Beeinträchtigung beurteilt. Dabei wird neben der Dauer und Anzahl der betroffenen Lebensbereiche vor allem berücksichtigt, wie stark die Person dadurch in ihrer Lebensführung beeinträchtigt ist und ob Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt.

Achtung: Bei der Beurteilung der Funktionsbeeinträchtigung in den Bereichen „Selbst“ und „interpersonelle Beziehungsgestaltung“ sind sowohl überhöhte als auch sehr geringe Ausprägungen als auffällig zu beurteilen (z. B. überhöhter Selbstwert oder reduzierter Selbstwert; sehr hohes Bindungsbedürfnis oder fehlender Wunsch nach Bindung).

Für die Schweregradeinschätzung werden berücksichtigt:

- Zeitliche Stabilität der Muster
- Ausmaß der Dysfunktion in Emotion, Kognition und Verhalten
- Anzahl betroffener Lebensbereiche (z. B. Familie, Arbeit, Partnerschaft)
- Grad des subjektiven Leidens und der sozialen Beeinträchtigung
- Aspekte von Selbst- und Fremdgefährdung.

Beurteilung der fünf Merkmalsausprägungen

Neben der Bestimmung des Schweregrads kann in der ICD-11 eine Zusatzklassifikation anhand folgender fünf Merkmalsausprägungen sowie dem Borderline-Muster erfolgen:

- Negative Affektivität (6D11.0)
- Distanziertheit (6D11.1)
- Dissozialität (6D11.2)
- Enthemmung (6D11.3)
- Anankasmus (6D11.4)
- Borderline-Muster (6D11.5)

Das Borderline-Muster (6D11.5) entspricht den DSM-5-Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung und *sollte* kodiert werden, da für diese Persönlichkeitsstörung evidenzbasierte Behandlungsansätze vorliegen (> Kap. 26.2).

Diese Merkmale dienen der qualitativen Beschreibung einer Persönlichkeitsstörung. Für die Diagnostik werden die Merkmale aus-

gewählt und kodiert, die auf die betreffende Person zutreffen. So lässt sich differenzieren, ob sich jemand z. B. eher ängstlich und vermeidend (negative Affektivität, Verschlossenheit) oder impulsiv und selbstbezogen (Enthemmtheit, Dissozialität) verhält. Unterschiedliche Kombinationen führen dabei zu unterschiedlichen Schwerpunkten – etwa Angst, Unsicherheit und Verletzbarkeit bei negativer Affektivität und Verschlossenheit oder Wut und Feindseligkeit bei negativer Affektivität und Dissozialität.

Jedes Merkmal wird mit einem eigenen Code (6D11.x) erfasst, der lediglich das Vorhandensein angibt, nicht aber die Ausprägungsstärke. Schwere Persönlichkeitsstörungen gehen häufig mit mehreren Merkmalen einher, können sich aber auch auf ein einzelnes (z. B. stark ausgeprägte Dissozialität) beschränken. Die Merkmalskodierung ist optional und für die Diagnosestellung nicht zwingend erforderlich.

MERKE

Die Einordnung einer Persönlichkeitsstörung auf den Merkmalsausprägungen – negative Affektivität, Verschlossenheit, Dissozialität, Enthemmtheit und Zwanghaftigkeit – ist optional. Je nach Relevanz können kein bis alle Merkmale diagnostisch kodiert werden.

Diagnostische Verfahren

Zur Beurteilung des Schweregrads und der Persönlichkeitsmerkmale sollten verschiedene Informationsquellen herangezogen werden: Selbstbeurteilungsfragebögen, strukturierte Interviews, die anamnestisch erhobenen Lebensumstände und -schwierigkeiten sowie Beobachtungen aus der therapeutischen Beziehung. Ergänzend ist eine Fremdanamnese sinnvoll. Bei der Auswertung von Selbstberichtsverfahren müssen zudem komorbide psychische Störungen (z. B. Angst- oder affektive Störungen) berücksichtigt werden, da diese das Antwortverhalten durch verzerrte Wahrnehmung oder eingeschränkte Urteilsfähigkeit beeinflussen können.

Zur Erfassung des Schweregrads einer Persönlichkeitsstörung wurde die *Personality Disorder Severity ICD-11 Scale* (PDS-ICD-11; Bach et al. 2021) entwickelt. Der Fragebogen umfasst 14 Items, die Beeinträchtigungen in den Bereichen Selbstfunktion und interpersonelle Funktion abbilden. Bewertet werden dabei relevante Emotionen, Kognitionen und Verhaltensweisen sowie die globale psychosoziale Beeinträchtigung. Ein weiteres, kurzes Selbstbeurteilungsverfahren zur Diagnostik des Funktionsniveaus der Persönlichkeit ist die 12 Items umfassende *Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0* (LPFS-BF; Spitzer et al. 2021), die auch für Adoleszente vorliegt (Wu et al. 2024).

Zur Selbsteinschätzung der fünf Merkmalsausprägungen wurde das aus 60 Items bestehende *Personality Inventory for ICD-11* (PiCD; Damovsky et al. 2023) entwickelt.

Als strukturiertes Interview wird die Verwendung des *semistrukturierten Interviews für DSM-5-Persönlichkeitsfunktionen* (STIP 5.1; Zettl et al. 2019) empfohlen. Hier wird mittels der Skalen Identität, Selbststeuerung, Empathie und Nähe der Grad der Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen erfasst. Das nach DSM-5 entwickelte Interview *SCID-AMPD* (Hörz-Sagstetter et al. 2025) zielt auf die Erfassung der Merkmalsausprägungen nach DSM-5, die mit Hilfe

eines Algorithmus in die ICD-11-Merkmalsausprägungen übersetzt werden können.

Zur Diagnose des **Borderline-Musters** kann der Teil für die Borderline-Persönlichkeitsstörung aus dem Strukturierten Klinischen Interview für DSM-5 – Persönlichkeitsstörungen (SCID-5; Beesedo-Baum et al. 2019) genutzt werden (weitere Angaben zur Diagnostik von BPS > Kap. 26.2).

Der dimensionale Charakter der Merkmale einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-11 kann zur Entstigmatisierung beitragen (Bach et al. 2022). Dies ist vor allem dann möglich, wenn pathologische Ausprägungen auf den Dimensionen als Extremvarianten von gängigen Eigenschaften verstanden werden (z. B. starke Zwanghaftigkeit als eine Extremform von Gewissenhaftigkeit). Diese Varianten können sehr gut in der Rückmeldung der Diagnosen benannt werden (Oldham und Morris 2007).

26.1.2 Behandlung

Bei Persönlichkeitsstörungen liegen häufig folgende Probleme vor, die sich auch im therapeutischen Kontext zeigen:

- Ausgeprägtes Vermeidungsverhalten vor allem in interpersonellen Konfliktsituationen
- Extreme Kränkbarkeit
- Empfindlichkeit für Zurückweisung, verbunden mit Schwierigkeiten, konstruktive Kritik anzunehmen
- Großes Misstrauen
- Mangel an Empathie
- Große Zwanghaftigkeit, alles genau richtig zu machen
- Starke interpersonelle Abhängigkeit
- Unfähigkeit zur kritischen Selbstreflexion
- Erschwerter Zugang zu eigenen Emotionen
- Abwertung und Kritik gegenüber der Therapeutin
- Aggressivität
- Fehlende Motivation oder fehlender Mut zur Änderung der Verhaltensweisen und die Unfähigkeit, in der Sitzung Besprochenes im Alltag umzusetzen

In psychotherapeutischen Interventionen werden die Kernmotive des interaktionellen Verhaltens sowohl in der therapeutischen Beziehung als auch im Alltag der Patienten berücksichtigt. Damit erscheinen die PS nicht als unabänderliche, schrullige Eigenarten der Betroffenen, sondern als besondere Muster der Interpretation zwischenmenschlicher Beziehungen und dazu gehörender Interaktionen (Renneberg und Herpertz 2020). Diese führen jedoch häufig zu Problemen und Schwierigkeiten in Beziehungen mit anderen und gehen daher auch mit individuellem Leid oder mit deutlichen Belastungen der Mitmenschen einher. Als Beispiel sei das übermäßige Nachfragen bei Personen, die hochgradig selbstunsicher oder abhängig von der Meinung anderer sind, genannt, das von anderen schnell als anstrengend wahrgenommen wird. Daher stellt eine gute therapeutische Beziehung bei der Behandlung von PS eine Herausforderung dar, gleichzeitig ist ihre Qualität besonders relevant. So geht beispielsweise eine gute therapeutische Allianz in den ersten Sitzungen mit besseren Therapieergebnissen für die vermeidend-selbstunsichere PS einher (Strauss et al. 2006).

MERKE

Zwischenmenschliche Interaktionen von Personen mit PS werden von unterschiedlichen Motiven der Handelnden gesteuert, wobei diese Motive jeweils von der individuellen Lebensgeschichte, der Sicht der eigenen Person und der Interpretation von Ereignissen und Handlungen anderer abhängig sind.

Für die die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen nach der ICD-11 liegen bisher keine empirischen Wirksamkeitsnachweise vor. Die Entwicklung der ICD-11-Klassifikation baute auf dem alternativen Modell der Diagnostik von PS im DSM-5 auf, dessen Validität und klinischer Nutzen überprüft wurden (Sharp et al. 2025). Es liegen erste empirische Untersuchungen vor, die zeigen, dass Psychotherapie positive Effekte auf das psychosoziale Funktionsniveau hat, die Merkmalsausprägungen aber weniger verändert werden (Kiel et al. 2024).

26.1.3 Vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Basierend auf der ICD-10 finden sich für die vermeidend-selbstunsichere PS die meisten empirischen Studien, die einerseits das Störungsmodell und andererseits die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen prüfen und weiterentwickelt haben. Im Folgenden wird daher diese PS näher erläutert und auch auf die Behandlung von stark vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitszügen ausführlicher eingegangen.

Hauptmerkmal der Patienten mit vermeidend-selbstunsicherer PS nach ICD 10 ist eine große Selbstunsicherheit, die zur Vermeidung vieler sozialer Situationen führt. Die Betroffenen halten sich für sozial ungeschickt, unattraktiv und dumm. Auch in nahen persönlichen Beziehungen verhalten sie sich gehemmt und zurückhaltend. Die Personen leben häufig sehr zurückgezogen und haben nur wenige Sozialkontakte. Der Leidensdruck wird meist dann besonders groß, wenn sie (z. B. aus beruflichen Gründen) mit anderen Menschen in Kontakt treten müssen. Sie befürchten, abgelehnt zu werden, und vermeiden diese Situationen häufig. Die Symptomatik beginnt i. d. R. bereits in der Kindheit oder Adoleszenz. Einschränkungen durch die Symptomatik bestehen in fast allen sozialen Situationen, in denen Interaktionen mit anderen gefordert sind.

In sehr schweren Fällen mit ausgeprägter Symptomatik und sehr schwachem Selbstwertgefühl der Patienten sollte in jedem Fall die aktuelle Suizidalität abgeklärt werden.

MERKE

Zentrale Merkmale der vermeidend-selbstunsicheren PS:

- Ein sehr negatives Selbstbild
- Extreme Angst vor Kritik
- Stark ausgeprägte Angst vor Zurückweisung

Die diagnostische Beschreibung nach ICD-11 kann wie folgt dargestellt werden (> Box 26.2; Renneberg und Herpertz 2020:36).

BOX 26.2

Diagnostik der vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung in der ICD 11

Die Einordnung einer Persönlichkeitsstörung auf den Merkmalsausprägungen der ICD-11 sieht bei einer vermeidend-selbstunsicheren PS (nach ICD-10) typischerweise folgendermaßen aus:

- **Negative Affektivität:**
 - starke Angst und Scham
 - niedriger Selbstwert
 - Schwierigkeiten der Emotionsregulation: Vermeidung starker Affekte
 - negative Selbstattribution, negative Erwartungshaltung, keine Erwartung von sozialer Belohnung
 - **Soziale Distanziertheit:** Annäherungswunsch aber Vermeidung von Sozialkontakten aus Angst vor Ablehnung
 - **Dissozialität:** in der Regel keine Auffälligkeiten
 - **Enthemmung:**
 - auf dem gegensätzlichen Pol
 - sehr zurückhaltend und vorsichtig
 - **Anankasmus:** in der Regel keine Auffälligkeiten
- Schweregrad der Funktionsbeeinträchtigung:**
- **Leichtgradig:** Sozial gehemmt, selbstkritisch, immer ängstlich angespannt, ständige kritische Selbstbeobachtung, Vermeidung in vielen Lebensbereichen (z. B. wichtige Entscheidungen, Neues, Konflikte), funktioniert in klar definierten Kontexten.
 - **Mittelschwer:** Langanhaltende Depressivität und Ängstlichkeit, sehr negatives Selbstbild, Vermeidung in fast allen Lebensbereichen (Beruf, Partnerschaft und Freundschaften, Smalltalk).
 - **Schwergradig:** Einsam, sozial isoliert, ohne enge Beziehungen und Freundschaften, beruflich deutlich eingeschränkt, schwerste Beeinträchtigung in sozialer Interaktion, extreme soziale Gehemmtheit, Suizidalität.

Wie erläutere ich Betroffenen, Angehörigen und Interessierten das Störungsbild?

Grundsätzlich gilt für Persönlichkeitsstörungen, dass die Diagnose so transparent und ressourcenorientiert wie möglich kommuniziert werden sollte. Dabei werden die betreffenden Kriterien möglichst verhaltensnah wiedergegeben und die Schilderungen und verwendeten Bezeichnungen der Patienten aufgenommen. Neben den Schwächen und Problemen sollten immer auch die Ressourcen Bestandteil der Diagnostik sein, dies wird für die Vermeidend-selbstunsichere PS im Folgenden dargestellt.

PATIENTENINFO

Wie informiere ich Patienten und Angehörige zur Diagnose?

Beispiel für die Rückmeldung der Diagnose nach einem strukturierten Interview:

„Sie haben sich als sehr zurückhaltenden Menschen beschrieben, Sie denken sehr negativ über sich und Ihre Fähigkeiten und haben gesagt, dass Sie i. d. R. soziale Situationen vermeiden, in denen Sie Kontakt mit anderen Menschen haben. ... All diese Eigenschaften werden – sofern sie so stabil und mehrere Lebensbereiche umfassen wie bei Ihnen - in der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung beschrieben. Man sagt Persönlichkeitsstörung, weil dies Verhaltensmuster sind, die Sie sehr häufig zeigen und in verschiedenen Situationen über Jahre hinweg, d. h., dass diese Erlebens- und Verhaltensweisen also typisch für Sie als Person sind. Dass Sie so viele

Dinge vermeiden, ist vor dem Hintergrund, dass Sie immer Ablehnung und Kritik von anderen erwarten, verständlich. Wenn man solche Situationen gar nicht erst aufsucht, sie also vermeidet, ist die Vermeidung eine kurzfristig sinnvolle Strategie (Vermeidung ist wirksam), aber langfristig führt sie zu großen Problemen – bei Ihnen z. B. dazu, dass Sie keinen neuen Job finden. Gleichzeitig haben Menschen mit Eigenschaften, wie Sie sie beschreiben, auch viele Stärken: Hier sind Ihre Fähigkeit zu Selbstkritik, Ihre ausgeprägte Sensibilität und auch Ihre von anderen häufig als höflich wahrgenommene Zurückhaltung zu nennen.“

Denk-, Erlebens- und Verhaltensmuster

Die typischen Denk- und Verhaltensmuster von Personen mit vermeidend-selbstunsicherer PS lassen sich folgendermaßen beschreiben: Die Betroffenen sehen sich selbst als verletzlich, unfähig, sozial ungeschickt und minderwertig. Andere sind in ihrer Wahrnehmung kritisch, demütigend, überlegen und kompetent (Beck et al. 2004). Die Autoren beschreiben als vorherrschende Merkmale von Personen mit vermeidend-selbstunsicherer PS eine kognitive, verhaltensmäßige und emotionale Vermeidung, die in der tief verankerten Überzeugung gründet, dass unangenehme Gefühle und Gedanken nicht auszuhalten, sondern überwältigend sind.

Die charakteristischen Schemata haben sich i. d. R. schon in der Kindheit und Adoleszenz entwickelt, bestehen aus Erinnerungen, Emotionen, Kognitionen und Körperempfindungen, beziehen sich auf den Betroffenen selbst sowie auf seine Kontakte zu anderen Menschen und sind stark dysfunktional (Young et al. 2005). Aus diesen Schemata resultieren die charakteristischen Verhaltensweisen der Vermeidung und des sozialen Rückzugs, die häufig zu massiven Einschränkungen im Berufs-, aber auch im Privatleben führen, z. B. bei der Partnersuche.

Ätiologie

Wie bei allen psychischen Störungen geht man auch bzgl. der Entstehung der vermeidend-selbstunsicherer PS von einem Zusammenwirken von genetischen und Umweltfaktoren aus. Angaben zum Anteil der genetischen Faktoren schwanken zwischen 37 und 64 % (Gjerde et al. 2012). Unterschiede im Temperament bei Kindern und in der Entwicklung von sozialen Phobien im Jugend- und Erwachsenenalter geben Hinweise darauf, dass eine Disposition zur Verhaltenshemmung („behavioral inhibition“; also eine Tendenz, auf neue Situationen eher gehemmt, scheu und zurückhaltend zu reagieren, bei gleichzeitiger hoher autonomer Erregung) ein Risiko für die Entwicklung einer sozialen Angststörung und auch für die Entwicklung einer vermeidend-selbstunsicherer PS darstellt. Gleichzeitig ist ebenso deutlich nachgewiesen, dass nicht alle gehemmten und schüchternen Kinder chronisch andauerndes soziales Vermeidungsverhalten entwickeln. Bisher wird die Interaktion zwischen Disposition und sozialen Entwicklungsfaktoren jedoch vor allem theoretisch formuliert, empirische Studien hierzu fehlen weitestgehend.

Neben lerntheoretischen Erklärungen kann für solch ausgeprägte Angst vor Zurückweisung und Ablehnung auch das Konzept der Preparedness herangezogen werden. Preparedness ist eine evolutionär

bedingte, biologisch verankerte Tendenz, Angst vor aggressiven, kritischen oder ablehnenden Personen zu zeigen.

MERKE

Im Rahmen eines biopsychosozialen Störungsmodells sind zur Erklärung der Aufrechterhaltung und Entstehung der vermeidend-selbstunsicherer PS folgende Faktoren heranzuziehen:

- Biologisch bedingte Vulnerabilität (Amygdala-Dysfunktionen, Neurotransmitter, „behavioral inhibition“, „biological preparedness“)
- Psychologisch bedingte Vulnerabilität in Form von Grundüberzeugungen (dysfunktionale Kognitionen, Schemata)
- Ein kritischer und distanzierter Erziehungsstil
- Spezifische, als belastend erlebte Lebensereignisse in Kindheit und Adoleszenz (z. B. Erfahrung von öffentlicher Kritik oder Ablehnung) (Überblick in Weinbrecht et al. 2016)

Psychotherapie

Für die störungsspezifische Behandlung der vermeidend-selbstunsicherer PS liegen einzel- und gruppentherapeutische Ansätze vor:

- **Gruppentherapeutische Ansätze** bieten den Vorteil, dass das Setting bereits Exposition gegenüber einer gefürchteten Situation darstellt (sich in einer Gruppe von Menschen aufzuhalten und mit den anderen zu sprechen) und z. B. in Rollenspielen Verhaltensweisen aufgebaut und alternative Strategien geübt werden können.
- Im **einzeltherapeutischen Setting** können dagegen die kognitiven Interventionen zur Bearbeitung dysfunktionaler Grundannahmen und Kognitionen gut umgesetzt werden.

Im Mittelpunkt der Behandlung aus kognitiv-verhaltens-therapeutischer Sicht stehen in jedem Fall die große Selbstunsicherheit und Angst in sozialen Situationen.

TIPP

Gerade bei diesen äußerst sensibel auf Kritik reagierenden Patienten ist eine nichtwertende Haltung für die therapeutische Beziehung besonders wichtig. Ein transparentes Vorgehen, gepaart mit einer nichtwertenden, freundlichen Haltung, ist Voraussetzung für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung.

Rollenspiele und Verhaltensexperimente

Auf der Grundlage des kognitiven Modells der sozialen Angststörung und der kognitiven Ansätze zur Behandlung der Persönlichkeitsstörungen liegt ein Fokus in der Behandlung auf kognitiven Strategien. Diese Strategien umfassen ein individuell angepasstes Erklärungs- und Störungsmodell, die Identifikation von Grundannahmen und die Entwicklung von hilfreicherer Kognitionen und Annahmen (Renneberg und Böttcher 2017). Weiterhin spielen „Verhaltensexperimente“ zur Veränderung von Sicherheitsverhalten eine wichtige Rolle. Emmelkamp et al. (2006) setzten das kognitiv-verhaltenstherapeutische Vorgehen mit dem Fokus auf Verhaltensexperimenten sehr erfolgreich bei Patienten mit vermeidend-selbstunsicherer PS ein. Sie berichten hohe Effektstärken bzgl. der Veränderung der Symptomatik und eine Rate von 91 % Remission hinsichtlich der diagnostischen Kriterien.

Videoaufnahmen von Rollenspielen und Verhaltensexperimenten haben sich bei der Behandlung dieser Patientengruppe sehr bewährt. Beim **Videofeedback** wird zum einen die ungünstig negativ verzerrte Selbstwahrnehmung überprüft, und zum anderen kann darüber die Wirkung von Sicherheitsverhaltensweisen und Selbstaufmerksamkeit verdeutlicht werden. Das Video wird gemeinsam mit dem Therapeuten angeschaut, und die betroffene Person bewertet das eigene Aussehen, das Verhalten, die eigene Stimme und Wortwahl, so als ob sie „fremden Personen bei einem Gespräch zusähe“. Die Bewertung, wie ängstlich sie sich im Video als „fremde Person“ einschätzt, wird dann mit der Erinnerung der eigenen Ängstlichkeit in der Rollenspielsituation verglichen. Dabei tritt fast immer der Effekt auf, dass die Bewertung „von außen“ beim Betrachten des Videos deutlich positiver ist als die subjektiv erlebte Anspannung bzw. Angst. Eine detaillierte Anleitung zum Einsatz der videobasierten Rückmeldung findet sich bei [Warnock-Parkes et al. \(2016\)](#).

Eine weitere wichtige Funktion des Videofeedbacks besteht in der Überprüfung der Nützlichkeit von Sicherheitsverhaltensweisen und Selbstaufmerksamkeit. Dabei wird wie folgt vorgegangen: Die betroffene Person spielt zweimal die gleiche soziale Situation. Im ersten Durchgang wendet sie wie üblich Sicherheitsverhalten an und fokussiert auf sich selbst. Im nächsten Durchgang versucht sie, ihre Aufmerksamkeit nach außen zu lenken und kein Sicherheitsverhalten zu zeigen. Subjektive Ängstlichkeit und „objektives“ Wirken im Video werden verglichen. Fast immer stellen die Betroffenen dabei fest, dass Selbstaufmerksamkeit und Sicherheitsverhaltensweisen dazu führen, dass sie unsicherer und weniger kompetent wirken. Auch bei diesem Vorgehen sollte man mit einfachen, weniger belastenden Szenarien/Situationen beginnen und sich dann subjektiv schwerer eingeschätzten und bedeutsameren Situationen zuwenden.

Der Einsatz von Videoaufnahmen und Videoverhaltensexperimenten hat sich bei Personen mit vermeidend-selbstunsicherer PS ganz besonders bewährt, da sie damit eine eigene Bewertung ihres Erscheinens vornehmen und nicht auf die Rückmeldung durch Therapeuten oder andere Personen angewiesen sind. Dies ist deshalb wichtig, weil eine zentrale Befürchtung die ist, dass Angst und Unsicherheit von anderen gesehen werden können und daraufhin eine Abwertung durch diese Personen erfolgt. Oder es besteht der Gedanke, dass der Therapeut nur deshalb positive Rückmeldung gibt, weil er es gut meint, und nicht, weil er das gezeigte Verhalten wirklich gut findet.

Je nach Art der Problematik geht es bei der Durchführung von Rollenspielen auch um das Training sozialer Fertigkeiten. Dabei werden günstige und ungünstige Formen der sozialen Interaktion diskutiert und günstigere Gesprächs- und Verhaltenssequenzen geübt. Hier hat sich der Einsatz von Videoaufnahmen zum Verhaltens- und Selbstwertaufbau bewährt, insbesondere dann, wenn die Instruktion lautet, auf Dinge zu achten, die positiv an der eigenen Person gesehen werden, und diese zu verbalisieren ([Renneberg und Böttcher 2017](#)).

TIPP

Durchführung von Verhaltensexperimenten und Rollenspielen:

- Kleine Schritte und mehrfache Wiederholungen einer kurzen Sequenz
- Graduiertes Vorgehen
- Modelllernen

- Trennung von Verhalten und Erleben (das gezeigte Verhalten fühlt sich nicht sofort auch „richtig“ an)
- Konstruktives Feedback anhand von zwei Fragen: Was war gut? Was könnte verbessert werden?

Schematherapie

In der Schematherapie werden dysfunktionale, maladaptive Schemata (Lebensthemen) identifiziert und bearbeitet. Eine weitere Annahme ist die der unterschiedlichen Schemamodi (Eltern-, Kind- und Bewältigungsmodi). Schemamodi sind momentane Zustände, welche aus Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen bestehen, die aus unbefriedigten Grundbedürfnissen entstanden sind und sich als Copingstil entwickelt haben. Die Schematherapie wurde für Persönlichkeitsstörungen weiterentwickelt und auch empirisch überprüft (s. u.)

LEITLINIENEMPFEHLUNGEN

[Simonsen et al. \(2019\)](#) fassen in ihrem Überblick über europäische Leitlinien zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen zusammen, dass Psychotherapie die Behandlungsmethode der 1. Wahl ist und pharmakologische Ansätze vor allem zur Behandlung von komorbiden Störungen zum Einsatz kommen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die vermeidend-selbstunsichere PS eine häufige psychische Störung ist, die mit starken Beeinträchtigungen im gesamten sozialen Leben einhergeht. Es gibt verschiedene psychotherapeutische Ansätze, die wirksam sind und sowohl von Therapeuten als auch von Patienten gut akzeptiert werden. Allerdings besteht weiterhin Raum für Verbesserung. So ist die Frage, welcher Patient wann am besten von welchem Ansatz profitiert, weitgehend ungeklärt. Vielversprechend erscheint eine Kombination aus Gruppen- und Einzelsetting. Ein besonderer Fokus sollte bei Patienten mit dieser PS auch auf Verhaltensexperimente gelegt und idealerweise sollten Videorückmeldungen genutzt werden, um die Erwartungen und Bewertungen des Patienten mit der Realität abzugleichen.

26.1.4 Merkmalsausprägung Anankasmus

In der ICD-11 gibt es optional die Möglichkeit, die Merkmalsausprägung „Anankasmus“, (6D11.4) also Zwanghaftigkeit, einzuschätzen. Diese Merkmalsausprägung ist sehr stark angelehnt an die frühere Kategorie der zwanghaften Persönlichkeitsstörung und wird im Folgenden näher beschrieben.

Das Patienten mit stark ausgeprägten zwanghaften Persönlichkeitsmerkmalen gelten als rigide, gewissenhaft, perfektionistisch, an Regeln und Normen orientiert und in hohem Maße sicherheitsbedürftig. Sie haben Angst davor, die eigenen Gefühle wahrzunehmen und mitzuteilen; damit wirken sie auf andere distanziert. Neben extremen Ansprüchen an die eigene Leistung und die Leistung anderer äußert sich die Problematik in konkreten Verhaltensweisen wie der Erstellung akribischer Listen und dem Verlieren in Details, sodass Aufgaben tatsächlich nicht fertiggestellt werden. Auch hinsichtlich moralischer Werte haben diese Personen strenge und sehr rigide Anschauungen.

Beck et al. (2004) haben automatische Gedanken und Grundannahmen formuliert, die diese Patienten mit zwanghaften Zügen charakterisieren, z. B.: „Ich darf keine Fehler machen, sonst taue ich nichts“ oder „Wenn man einen Fehler macht, verdient man Kritik“.

Differenzialdiagnostisch ist im klinischen Kontext häufiger die Abgrenzung zur Zwangsstörung zu klären. Bei zwanghaften Interaktionsstilen ist zu bedenken, dass typische Charakterzüge in bestimmten Kontexten adaptiv und funktional sein können (z. B. Verlässlichkeit und Gewissenhaftigkeit im Rahmen einer entsprechenden beruflichen Tätigkeit), während andere Verhaltensweisen zu interpersonellen Problemen führen können (z. B. übermäßiges Kontrollbedürfnis).

MERKE

Zentral für Anankasmus als Persönlichkeitsmerkmal ist eine starke Beschäftigung mit Ordnung, Perfektion und psychischer sowie zwischenmenschlicher Kontrolle auf Kosten von Flexibilität, Aufgeschlossenheit und Effizienz.

Diagnostik

> Box 26.3

BOX 26.3

Diagnostik der zwanghaften Persönlichkeitsstörung in der ICD-11

Prominente Persönlichkeitsmerkmale:

In folgenden Persönlichkeitsdomänen liegen Auffälligkeiten vor:

- **Negative Affektivität:**
 - Emotionen werden als bedrohlich gesehen, fröhlich und ausgelassen zu sein, macht Angst.
 - Emotionsregulation: Insbesondere eine Neubewertung von Situationen ist den Betroffenen nicht möglich.

– Die Patienten haben negativistische Erwartung an andere: „Die kriegen das nicht hin“, „Das wird nicht ordentlich“ und kontrollieren alles.

- **Soziale Distanziertheit:** Gelegentlich Schwierigkeiten mit Empathie und großer Nähe.
- **Dissozialität:** In der Regel keine besonderen Auffälligkeiten.
- **Enthemmung:** Eher auf dem gegensätzlichen Pol: handeln (fast) nie impulsiv, übernehmen viel Verantwortung, Handlungen werden sorgsam und sehr genau geplant.
- **Anankasmus:** Sind sehr perfektionistisch und rigide, Regeln und Normen müssen eingehalten werden.

Schweregrad:

- **Leicht:** Sind unfähig zu delegieren, eingeschränkte Emotionalität, Rigidität in einzelnen Lebensbereichen, ständiges Hinterfragen und Kontrollieren von sich selbst und anderen, geringe Fähigkeit zu genießen und zu entspannen, Tendenz zur Überforderung.
- **Mittel:** Rigidität in vielen Lebensbereichen, Unfähigkeit zu Genuss und Freude, können Aufgaben und Tätigkeiten nicht abschließen, bleiben beruflich hinter ihren Möglichkeiten zurück.
- **Schwer:** Völliges Versagen im Beruf, weil sie keine Aufgaben zu Ende bringen können; unfähig zu intimen Beziehungen, große Konflikte wegen ständiger Kontrollausübung.

(nach Renneberg und Hertz 2020: 50)

Im motivorientierten Indikations- und Interventionsmodell, das die Aufrechterhaltung und Stabilität der charakteristischen Persönlichkeitsmerkmal erklärt (s. Renneberg und Hertz 2020), stellt sich übermäßige Zwanghaftigkeit bzw. die zwanghafte Persönlichkeitsstörung typischerweise wie in > Abb. 26.1 wiedergegeben dar.

Störungsmodell



Abb. 26.1 Störungsmodell der zwanghaften Persönlichkeitsstörung (Renneberg und Hertz, 2020) [G1520, L231]

Psychotherapie

Zwanghafte Persönlichkeitszüge sind häufig sehr ich-synton, d. h., die Betroffenen kommen sehr selten oder nie wegen ihrer zwanghaften Persönlichkeit zur Therapie. Auch geht es in der Behandlung nur sehr begrenzt darum, den persönlichen Stil der Betroffenen grundlegend zu ändern (Renneberg und Hertz 2020).

Im Fokus der Behandlung sollten daher die ko-prävalenten psychischen Störungen stehen. Das so aufgebaute Vertrauensverhältnis kann dann ggf. für die Bearbeitung der maladaptiven Persönlichkeitszüge genutzt werden.

Therapeutische Beziehung

Viele Patienten mit ausgeprägter Zwanghaftigkeit haben Angst, sich auf eine Psychotherapie einzulassen: Sie fürchten Veränderung ebenso wie zu große emotionale Nähe und Kontrollverlust. Auch hier spiegeln sich die charakteristischen Verhaltens- und Denkmuster in der therapeutischen Beziehung, d. h., dass zwanghafte Patienten auch in der Therapie alles richtig machen wollen. Gleichzeitig neigen sie zu Intellektualisierung und Rationalisierung, was z. B. durch die detailreiche Schilderung (ggf. belangloser) Themen untermauert wird, welche die Patienten für sehr wichtig halten, die aus therapeutischer Sicht jedoch nicht weiterführend sind und häufig mit dem Vermeiden emotionaler Themen einhergehen. Es kann hilfreich sein, mit den Patienten dieses Verhalten auf einer Metaebene zu thematisieren und ein Signal zu vereinbaren, mit dem der Therapeut darauf hinweist, dass weitere Ausführungen nicht weiterführen, sich also die Erlaubnis zu holen, den Patienten zu unterbrechen, um an den für die Therapieziele relevanteren Themen zu arbeiten.

Die Betroffenen haben besondere Schwierigkeiten, ihre Gefühle offen auszudrücken und ihre Beziehungsmuster zu hinterfragen. Diese Verhaltensmuster können gerade in der Psychotherapie zu besonderen Schwierigkeiten führen, da sie die Geduld der Therapeuten in besonderem Maß fordern. Strauss et al. (2006) fanden auch für Patienten mit zwanghafter PS, dass eine gute Qualität der therapeutischen Beziehung zu Beginn mit einem besseren Therapieergebnis einherging.

Psychoedukation

Auch für zwanghafte Persönlichkeitszüge liegen Ausführungen zu einem psychoedukativen Vorgehen in Gruppen vor (Schmitz et al. 2001). Zunächst wird ein Störungsmodell vermittelt, um die typischen Denk- und Verhaltensmuster aufzuzeigen; dabei werden Beispiele aus der Arbeit herangezogen. Konkrete Übungen beinhalten Rollenspiele und Gruppendiskussionen zu Kompetenzen und Problemen, die mit einem zwanghaften Persönlichkeitsstil einhergehen, sowie Übungen zum Genuss- und Entspannungstraining. Ähnlich wie in der kognitiven Einzeltherapie werden irrationale Einstellungen kritisch reflektiert und in der Gruppe diskutiert.

26.1.5 Empirische Befunde zur Wirksamkeit der psychotherapeutischen Ansätze

Die empirische Überprüfung der psychotherapeutischen Ansätze für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen ist insgesamt nicht gut, da es nur wenige kontrollierte Studien mit größeren Stichproben gibt. Für die Behandlung von PS nach der ICD-11 liegen bisher keinerlei Wirksamkeitsnachweise in kontrollierten Untersuchungen mit größeren Stichproben vor.

Hinsichtlich der empirischen Evidenz für die Behandlung von PS nach ICD-10 und DSM-5 zeigt sich folgendes Bild: In einer größeren, unkontrollierten Studie aus Norwegen (Kvarstein et al. 2023) mit n=1051 Patienten – diagnostiziert nach DSM-5 – wurde gezeigt, dass sich die Persönlichkeitsfunktionen bei allen Persönlichkeitsstörungen verbesserten, insbesondere jedoch bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung (31 % der Stichprobe). Die Autoren der Studie weisen auf besondere Herausforderungen bei der Behandlung der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung, bei mangelnder beruflicher Aktivität und auf altersbedingte Unterschiede hin.

Auch eine Metaanalyse zur psychodynamischen Therapie kommt zu dem Schluss, dass die Qualität der Studien, die Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen (nach ICD 10) betrafen, im Vergleich zu Studien zur BPS schlechter ist (Keefe et al. 2019). Zusammenfassend zeigt diese Metaanalyse für **psychodynamische Therapieansätze** konsistent bessere Ergebnisse als Wartelistenkontrollgruppen, aber es bleibt unklar, ob die psychodynamischen und andere Behandlungsansätze tatsächlich erfolgreicher waren als unspezifische Therapieansätze (Keefe et al. 2019: 9).

In einer der wenigen kontrollierten Therapiestudien mit einer größeren Stichprobe (n = 323 Patienten) untersuchten Bamelis et al. (2014) die Wirksamkeit der **Schematherapie** für Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen. Die Autoren berichten eine Überlegenheit der Schematherapie gegenüber einem klärungsorientierten Ansatz (Sachse et al. 2013). Über 80 % der Patienten erfüllten nach 3 Jahren Therapie nicht mehr die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung. Positive Ergebnisse zeigten sich in dieser Studie zur Schematherapie auch für Patienten mit dependenter und zwanghafter PS. Die Studie ist vor allem auch wegen der langen Therapiedauer kritisiert worden, gleichzeitig ist sie eine der wenigen Studien mit einer großen Stichprobe.

Die beste empirische Evidenz liegt für die Wirksamkeit **kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze** bei der vermeidend-selbstunsicheren PS vor. In allen Studien zeigten sich deutliche Verbesserungen hinsichtlich Selbstunsicherheit, Angst vor negativer Bewertung, Vermeidung und Depressivität. In Bezug auf die klinische Signifikanz der Ergebnisse ergaben sich ebenfalls deutliche Verbesserungen, allerdings erreichten die Teilnehmenden nur selten das Niveau von gesunden Vergleichspersonen. Eine weitergehende ältere Studie zur Wirksamkeit von KVT ergab, dass sich je nach den im Mittelpunkt stehenden interpersonellen Problemen (erfasst mit dem Inventar Interpersoneller Probleme, IIP) unterschiedliche Therapieergebnisse für Patienten mit vermeidend-selbstunsicherer PS ergaben (Alden und Capreol 1993). Patienten mit vermeidend-selbstunsicherer PS und Patienten mit eher dependentem interpersonellem Verhalten profitierten mehr von einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen

Vorgehen, bei dem Selbstsicherheit und die Entwicklung enger Beziehungen gefördert wurden, während bei den Personen, bei denen vor allem Vermeidung und emotionale Distanz im Mittelpunkt standen, eine in-vivo-Exposition sozialer Situationen besser war.

Der Einfluss einer dependenten PS auf den Therapieerfolg von Symptomstörungen wurde hinsichtlich der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung von Agoraphobie und Panik untersucht. Interessanterweise waren dependente Persönlichkeitszüge mit einem geringfügig besseren Therapieerfolg hinsichtlich der Angstsymptomatik assoziiert (Chambless et al. 1992). Es liegen keine systematischen Studien vor, in denen die psychotherapeutische Behandlung der dependenten PS per se evaluiert wurde. Weitere Publikationen gehen über klinische Beschreibungen und Fallberichte nicht hinaus.

Zur spezifischen Behandlung der zwanghaften PS berichten Barber et al. (1997) über 14 Patienten, die im Durchschnitt 50 Sitzungen **supportiv-expressive dynamische Psychotherapie** erhielten, wobei sich deutliche positive Therapieeffekte erzielen ließen: Nach Therapieende erfüllten 12 der 14 (85 %) Patienten die diagnostischen Kriterien der zwanghaften PS nicht mehr. In den Therapien wurde der zentrale Konflikt in der Beziehungsgestaltung („core conflictual relationship theme“) herausgearbeitet und mit konkreten Zielvorgaben bearbeitet. In der Studie von Strauss et al. (2006) wurden 16 Patienten über 52 wöchentliche Sitzungen mit **kognitiver Einzeltherapie nach Beck** behandelt. Auch hier konnte eine signifikante Verbesserung der Symptomatik erzielt werden.

TIPP

Folgende Prinzipien sind bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen hilfreich:

- Die individuellen Motive der Patienten, die den interaktionellen Mustern zugrunde liegen, sollten gemeinsam erarbeitet und in der Therapie immer berücksichtigt werden.
- Die kognitiven Schemata von Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung sind wesentlich ausgeprägter und unflexibler (frühe Entwicklung, hohe Generalisierung) als bei Patienten mit Symptomstörungen und werden oft schon durch schwache oder unbedeutende Reize aktiviert. Daher erfordert es deutlich mehr Zeit, **Geduld** und Einsatz (kleine Schritte, häufige Wiederholungen, viel Üben), um Änderungen herbeizuführen.
- Für Therapeutinnen ist es wichtig, realistische Einstellungen hinsichtlich der Dauer, der Ziele und des Erfolgs der Therapie zu haben. Eine gute funktionale Bedingungsanalyse hilft dabei, sich ein klares Bild über mögliche Ansatzpunkte der Behandlung zu machen und sich nicht durch die Komplexität der Probleme des Patienten verwirren zu lassen.
- In der Therapie von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sollten Therapeutinnen die eigenen Grenzen berücksichtigen.
- Die Diagnostik von PS hat sich in der ICD-11 grundlegend hin zu einem dimensionalen Ansatz verändert. Es existiert eine Reihe von gut begründeten Argumenten, dass kategoriale PS-Diagnosen für die individuelle Therapieplanung bei Patienten Einschränkungen aufweisen und zudem auch heute noch wegen ihrer potenziell stigmatisierenden Wirkung von vielen Therapeuten zurückhaltend vergeben werden. Allerdings scheint derzeit noch unklar, ob die neue dimensionale Klassifikation tatsächlich zu einer breiteren Berücksichtigung der Persönlichkeitspathologie bei der Behandlungsplanung führt und ob die zukünftigen Diagnosen den Reliabilitätsgrad heutiger kategorialer Diagnosen erreichen. Hierzu werden derzeit Untersuchungen durchgeführt.

26.2 Borderline-Persönlichkeitsstörung

Sven Cornelisse und Christian Schmahl

Kernaussagen

- Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) weist eine Lebenszeitprävalenz von 2,7 % auf und gehört damit zu den häufigeren Persönlichkeitsstörungen.
- Die Psychopathologie der BPS lässt sich in die Bereiche Störung der Affektregulation, Störung der sozialen Interaktion sowie Störung der Identität einteilen. Für die Entstehung der Störung wird ein biopsychosoziales Modell angenommen.
- Es besteht eine hohe Komorbidität mit affektiven Störungen, posttraumatischer Belastungsstörung, Angststörungen, Essstörungen, Sucht sowie ADHS.
- Für etwas mehr als 80 % der Betroffenen lassen sich nach **10 Jahren** die Kriterien einer BPS nicht mehr nachweisen, wobei die anfängliche Schwere der Störung deutliche Auswirkungen auf den Verlauf und den Erfolg der Therapie besitzt.
- Belastbare Evidenz für eine spezifisch wirksame Behandlung der BPS liegt für die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) sowie für die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) vor. Für Schematherapie und übertragungsfokussierte Therapie liegen erste Studien vor.
- Eine individuell anwendbare Behandlungsheuristik (Staging) berücksichtigt Probleme der Verhaltenskontrolle, der Therapiefähigkeit, weitere komorbide Störungen sowie die berufliche und soziale Partizipation.

26.2.1 Diagnostische Kriterien, Klassifikation, Epidemiologie und Verlauf

Klassifikation

In einem sehr einflussreichen Artikel beschreibt Adolph Stern (1938) mit dem Begriff „Borderline“ eine Gruppe Patienten, die sich nicht eindeutig zu den Kategorien „Neurose“ oder „Psychose“ zuordnen ließen. Diese Patienten berichteten unter einem schnellen Wechsel von stressbedingten psychotischen Symptomen und „neurotischen“ Symptome. Es war also schwer, ein verlässliches diagnostisches Urteil zur Eingruppierung dieser Patienten zu fällen, weshalb es sich hierbei um eine weitere Kategorie von Patientinnen handeln musste. Gunderson und Singer (1975) entwickelten diese klinische Beobachtung durch die Beschreibung der Syndrome Probleme der Affektregulation, impulsives Verhalten, soziale Anpassungsprobleme, kurze psychotische Erfahrungen, Störung der gedanklichen Kontrolle in unstrukturierten Situationen sowie intensive und problematische zwischenmenschliche Beziehungen weiter. Diese Syndrome wurden als Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) erstmals 1980 in das DSM-III aufgenommen.

Da Personen mit einer BPS eine hohe Rate komorbider Störungen zeigen, ist eine Erforschung singulärer kategorialer Diagnosen nur bedingt möglich. Einige Autoren argumentieren zudem, dass sich

allgemein im klinischen Alltag Patienten in den meisten Fällen keiner der prototypischen psychischen Störungen zuordnen lassen (u. a. Widinger und Samuel 2005). Es handelt sich daher bei der BPS aufgrund der Anzahl und Schwere komorbider Störungen um eine sehr heterogene Gruppe. Dies kommt auch in den neuen Klassifikationssystemen, dem Alternative Model for Personality Disorders (AMPD) des DSM-5 sowie dem ICD-11, zum Tragen, die beide von einem dimensional Modell von Persönlichkeitsstörungen inkl. Persönlichkeits-Traits und einem „Borderline-Specifier“ (ICD-11) ausgehen. Es konnte jedoch auch gezeigt werden, dass nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV), chronische Suizidalität und instabile Beziehungen für die Diagnosestellung einen guten prädiktiven Wert besitzen (Grilo et al. 2007).

Epidemiologie

Seit Beginn der 1990er-Jahre wurde wiederholt versucht, exakte Prävalenzraten für die BPS zu ermitteln. Abhängig von der Methodik, Region der Erhebung und Repräsentativität der Stichprobe ergeben sich Unterschiede in den Ergebnissen. Unter Berücksichtigung dieser Faktoren kann nach aktuellem Kenntnisstand eine **Punktprävalenz** von 0,7–1,2 % (Eaton und Greene 2018) und eine **Lebenszeitprävalenz** von 2,7 % (Trull et al. 2010) angenommen werden. Weiterhin liegen Hinweise vor, dass Prävalenzraten im Alter über 30 Jahren deutlich niedriger sind als bei jüngeren Personen (Tomko et al. 2014). Als relativ gesichert gilt die Erkenntnis, dass adoleszente Patientinnen mit einer BPS in ambulanten und (teil-)stationären psychiatrischen Einrichtungen überrepräsentiert sind. So beeindrucken Zahlen im klinischen Setting, wonach Borderline-Patientinnen einen Anteil von 9–14 % der stationär und 12–18 % der ambulant behandelten psychiatrischen Patientinnen (Doering 2019) ausmachen.

Aufgrund der Befunde zu Selbstverletzungen, Impulsivität sowie affektiver Instabilität im Verlauf von Kindheit und Adoleszenz sprechen sich einige Autoren für die Vergabe der Diagnose sowie Behandlung einer BPS bereits vor dem 18. Lj. aus (u. a. Kaess et al. 2014). Biskin (2015) kommt in einer Übersichtsarbeit zum aktuellen Stand der Forschung über den Verlauf der BPS zu dem Schluss, dass die **Störung vorwiegend in der Adoleszenz beginnt**, aber nicht lebenslang andauert, sondern dass die Diagnose gerade in diesem Zeitraum eine geringe Stabilität aufweist.

Komorbidität und Verlauf

Für die BPS wurden wiederholt sehr hohe Raten an komorbiden Störungen nachgewiesen, weshalb die Gruppe von BPS-Betroffenen bezogen auf Schwere und Dauer der Erkrankung mitunter sehr heterogen ist. Es wurde wiederholt eine hohe **Komorbidität** mit posttraumatischer Belastungsstörung (55 %), Essstörungen (53 %), Angststörungen (84,8 %), depressiven Störungen (82,7 %) und Abhängigkeitserkrankung (78,2 %) nachgewiesen (Tomko et al. 2014; McGlashan et al. 2000; Zanarini et al. 1998). Bezüglich der **12-Monats-Prävalenz** berichten Leichsenring et al. (2011), dass mindestens 84,5 % der BPS-Patientinnen eine Achse-I-Störung (12-Monats-

Prävalenz) aufweisen. Im klinischen Setting lassen sich nur selten Patientinnen finden, die nicht mindestens eine weitere komorbide Störung besitzen und gerade BPS-Patientinnen leiden unter einer sehr geringen Lebensqualität (Soeteman et al. 2008).

MERKE

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Komorbidität bei BPS die Regel darstellt.

Die Stabilität der Diagnose BPS scheint im zeitlichen Verlauf nicht der zu entsprechen, die man für eine Persönlichkeitsstörung erwarten würde (u. a. Hallquist und Lenzenweger 2013). In einer lang angelegten Kohortenstudie der Arbeitsgruppe von Zanarini über 24 Jahre mit einem Zwei-Jahres-Intervall der Datenerhebung wurden Remissions- und Genesungsraten bei BPS erfasst und mit anderen (Persönlichkeits-)Störungen verglichen (Zanarini et al. 2024). Eine Genesung liegt dann vor, wenn neben einer nachweisbaren Remission zusätzlich eine ausreichende Funktionalität für die Partizipation im Beruf und Sozialleben nachgewiesen werden kann. Bereits nach 2 Jahren lässt sich eine **Remissionsrate** von 60 %, nach 24 Jahren eine Remissionsrate zwischen 77–100 % nachweisen, was auch mit einem substanziellen Abfall komorbider Störungen einhergeht (Zanarini et al. 2024b). **Genesungsraten** liegen nach 24 Jahren zwischen 37 % und 60 % (Zanarini et al. 2024a). In den ersten 2 Jahren nach Diagnosestellung der Erkrankung zeigen Betroffene einen deutlichen Abfall im Funktionsniveau für die Partizipation im Sozialleben und Beruf (Zanarini et al. 2010), was dieser Studie zufolge auch nach 24 Jahren noch deutlich nachweisbar ist. Dabei zeigte sich, dass der beste Prädiktor für eine Genesung der Ausschluss einer Abhängigkeitserkrankung ist (Zanarini et al. 2024b). Weiterhin weisen Opfer sexuellen Missbrauchs in der Kindheit und Jugend schlechtere Remissionsraten auf (Ferreira et al. 2018; Zanarini et al. 2006). Für die Persönlichkeitsmerkmale Extraversion und Verträglichkeit des Big-Five-Modells sowie eine höheren IQ, konnte ein positiver Einfluss auf die Remission der BPS gezeigt werden (Zanarini et al. 2012).

MERKE

Sexueller Missbrauch ist einer der wichtigsten **Risikofaktoren** für die Entwicklung einer BPS und geht mit einem prognostisch ungünstigen Erkrankungsverlauf einher (Ferreira et al. 2018).

PATIENTENINFO

Wie erläutere ich Betroffenen, Angehörigen und Interessierten das Störungsbild?

Die wichtigsten Aspekte der Aufklärung von Patientinnen über die Borderline-Persönlichkeitsstörung sind:

- Die **Borderline-Persönlichkeitsstörung** ist eine Erkrankung, die im Alltag zu rasch einschneidender und äußerst unangenehmer Anspannung führt und starken Einfluss auf Gedanken (vor allem Bewertungen), Gefühle, Wahrnehmung der Umwelt (vor allem bei Mitmenschen), Verhalten im Alltag und Körperempfindungen besitzt.
- **Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen** zeigt sich insbesondere bei nahen Bezugspersonen sowie Menschen, mit denen sich die Betroffenen in einem Abhängigkeitsverhältnis befinden (Behörden, Vorgesetzte usw.). In Freundschaften und Partnerschaften zeigt

sich ein Muster von extremer Auf- und Abwertung, wobei weder intensive Nähe noch Distanz tolerierbar erscheinen. Ein ausgeprägt dichotomes Denken verändert die Wahrnehmung und führt zu permanenten Missverständnissen mit anderen, was entweder in der Abwendung von wichtigen Personen oder in wiederholten Konfliktgesprächen endet. Wenn zusätzlich nahe Angehörige (Partnerschaft, Kinder, Freunde) psychische Probleme besitzen, resultiert hieraus nicht selten ein Muster chronischer Konflikte und Krisen.

- **Instabilität im Selbstbild** betrifft die Bereiche Selbstwert, Selbstkonzept sowie Körperbild. Was zeichnet mich aus? Welche Interessen und Ziele habe ich? Was will ich in meinem Leben erreichen? Was ist wirklich wichtig für mich? Auf diese Fragen lassen sich meist keine klaren Antworten finden, da sie entweder nicht beantwortet werden können oder die Antworten sich permanent unter Alltagsbedingungen verändern. Daher kann es Betroffenen sehr schwerfallen, eine Orientierung im Leben zu finden, um wichtige Lebensentscheidungen zu treffen.
- **Instabilität in den Affekten** kann sich prinzipiell bei allen Emotionen zeigen, wobei eine ausgeprägte Angst, verlassen zu werden und allein zu sein, sowie Probleme, Wut und Ärger zu kontrollieren sehr häufig berichtet werden. Neben Problemen mit Einsamkeit, die in einem fast phobischen Ausmaß vermieden wird, werden in sozialen Situationen häufig Scham, Schuld sowie Angst vor Abwertung erlebt. Aufgrund der Unfähigkeit, schnell wechselnde emotionale Zustände, Stimmungen und damit einhergehende unangenehme Anspannungszustände zu tolerieren sowie zu regulieren, resultiert ein Gefühl der Überforderung, und es kommt zu impulsiven und problematischen Verhaltensweisen.
- **Impulsivität** zeigt sich häufig in Form von Verhaltensweisen wie Ess-Brech-Attacken, nichtsuizidalem selbstverletzendem Verhalten, Hochrisikoverhalten (z. B. Provokation von Unfällen), Suizidversuchen, aggressivem und sozial schwer verträglichem Verhalten, Substanzmissbrauch und gefährlicher Promiskuität. Impulsiv ist ein Verhalten dann, wenn es zur schnellen Regulierung belastender innerer Zustände genutzt wird. Impulsive Reaktionen lassen sich anhand ihrer Entstehungsgeschichte nachvollziehen und dienen i. d. R. zur Verhinderung oder Reduktion innerer belastender Zustände und Überforderung im Alltag der Betroffenen.

Neben einer ausführlichen Besprechung der in der Infobox aufgeführten Bereiche sollte weiterhin der Zusammenhang mit komorbiden Störungen herausgearbeitet werden. Nicht selten unterscheiden sich zu Beginn der Behandlung die Ziele der Patientin von denen der Therapeutin. So wird i. d. R. eine rasche Besserung des Leids im Alltag sowie eine Steigerung des Selbstwerts erwartet. Hierzu sollte angemerkt werden, dass die Therapie beim Vorliegen derart vielfältiger und schwerer Probleme einer gewissen hierarchischen Struktur folgen muss. Neben der Behandlung lebensgefährlicher Verhaltensweisen sowie schwerer Selbstverletzungen gilt es, perspektivisch die Behandlung von schweren komorbiden Störungen in der Planung der Therapie zu berücksichtigen, um eine geordnete Lebensführung mit Aufbau einer stabilen Identität überhaupt erst zu ermöglichen.

26.2.2 Relevante Störungsmechanismen

Prädisponierende Faktoren

Bei der BPS wird, wie auch bei anderen psychischen Störungen, von einem **biopsychosozialen Entstehungsmodell** ausgegangen.

Dabei werden neurobiologische Faktoren bei der emotionalen Verarbeitung von Umweltreizen und daraus resultierende aufrechterhaltenden Coping-Verhaltensweisen vor dem Hintergrund einer Wechselwirkung von genetisch bedingter Vulnerabilität mit frühen belastenden Erfahrungen mit der sozialen Umwelt angenommen. Phänomenologisch berichten Betroffene häufig, sich bereits in der Kindheit anders als Gleichaltrige gefühlt zu haben und, vermutlich aufgrund einer genetisch bedingten affektiven Hypersensitivität, bei sich und anderen dadurch im Alltag eine Überforderung beobachtet zu haben.

Im Vergleich zu anderen Störungen scheint der **genetische Einfluss** bei der Entstehung einer Persönlichkeitsstörung erhöht zu sein (Torgersen et al. 2000) und bei BPS-Patientinnen in Zusammenhang mit einer mangelnden Emotionsregulation sowie Impulsivität zu stehen (Lieb et al. 2004). In einer großen Zwillingsstudie zur Schätzung des genetischen Einflusses, ließen sich 42 % der Entstehung der BPS auf die Genetik (Distel et al. 2008) und 58 % auf die (soziale) Umwelt, in der die Betroffenen aufgewachsen sind, zurückführen. Bezüglich der Frage, inwiefern es sich dabei um einen allgemeinen Einfluss der Genetik auf die Persönlichkeit oder vielmehr auf die Entstehung einer BPS handelt, schätzen Distel et al. (2009) einen spezifischen genetischen Einfluss von 33 % bei der Kontrolle der „Big Five“-Persönlichkeitsfaktoren (Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für neue Erfahrungen, Verträglichkeit sowie Gewissenhaftigkeit). Die Rolle epigenetischer Prozesse ist bisher noch wenig erforscht, jedoch scheinen gerade bei der BPS besondere Umwelteinflüsse für die Störung charakteristisch zu sein.

Auch **belastende interpersonelle Erfahrungen in der Kindheit** scheinen einen bedeutsamen Risikofaktor für die BPS darzustellen. Sowohl erwachsene als auch adoleszente Patientinnen mit einer BPS berichten substanziell mehr und vor allem schwere Formen von Missbrauchserfahrungen und Traumatisierung. Insbesondere Erlebnisse von sexueller Gewalt in der Kindheit („childhood sexual abuse“, CSA) erhöhen das Risiko, eine BPS zu entwickeln, um eine Odds Ratio von 7,6 (Cutajar et al. 2010). Nach konservativen Schätzungen haben mindestens 30 % der adoleszenten BPS-Patientinnen CSA erlebt (u. a. Golier et al. 2003). Allgemein ist festzuhalten, dass NSSV und traumatische Erlebnisse in engem Zusammenhang mit der Entwicklung einer BPS stehen (Hessels et al. 2018) und Risikofaktoren für spätere Suizidversuche darstellen (Yen et al. 2013). Bereits in der Adoleszenz haben 75 % der BPS-Patientinnen mindestens einen Suizidversuch unternommen; über 90 % berichten NSSV (Goodman et al. 2017).

Neben Missbrauchserfahrungen berichten viele Betroffene im klinischen Alltag von **Problemen bei der Beziehungsgestaltung mit Gleichaltrigen und einer schwierigen Bindung mit den eigenen Angehörigen**. Betroffene berichten häufig sich in der Kindheit missverstanden, abgewertet und wertlos gefühlt zu haben. Auch das Gefühl, anders zu sein als andere scheint in der frühen Entwicklung verankert zu sein. Shenk und Fruzzetti (2011) nehmen dabei einen transaktionalen Prozess an, wonach chronische Konflikte in Familien und Probleme in der Emotionsregulation dadurch entstehen, dass Gefühle und Bedürfnisse unangemessen und missverständlich gezeigt werden und auf der anderen Seite dem emotionalen Ausdruck der Betroffenen mit wenig Akzeptanz, Verständnislosigkeit und z. T. Abwertung begegnet wird.

Neurobiologische Faktoren der Entstehung sowie Aufrechterhaltung

Da sich einzelne Kriterien der BPS wohl nicht hinreichend neurobiologisch abbilden und erforschen lassen, bedient sich die bildgebende Forschung zunehmend transdiagnostischer Konzepte, um die Neurobiologie der BPS zu untersuchen. Dabei scheint die emotionale Verarbeitung im Alltag der Patientinnen durch affektive Dysregulation, interpersonelle Probleme sowie verhaltensbezogene Dysregulation zu imponieren, was mit Problemen der Emotionsregulation in Verbindung gebracht wird (Schmahl et al. 2014). Probleme der Emotionsregulation beinhalten dabei

1. einen Negativitätsbias, d. h. eine ausgeprägte Wachsamkeit gegenüber gefährlichen umweltbezogenen Ereignissen (vor allem sozialen Bedrohungen) sowie
2. maladaptive Strategien der Emotionsregulation (Herpertz et al. 2018).

Auf neurobiologischer Ebene ließ sich für die BPS mehrfach nachweisen, dass bestimmte **Auffälligkeiten in der Neurobiologie** bzgl. der Konnektivität (z. B. Bertsch et al. 2018), der Morphologie (u. a. Minzenberg et al. 2007) sowie der Funktionalität (u. a. Kamphausen et al. 2013) einzelner Hirnstrukturen vorliegen. Strukturelle Veränderungen bestehen u. a. in einem verringerten Volumen (insbesondere der grauen Substanz) der Amygdala, des Hippokampus, der Insula, des orbitofrontalen Kortex (OFC) und des anterioren zingulären Kortex (ACC) (u. a. Müller et al. 2015; Richter et al. 2014; Soloff et al. 2012). In einer Übersichtsarbeit betonen Schmahl et al. (2014) eine **Störung des frontolimbischen Regelkreises**. Diese zeichnet sich u. a. durch eine Hyperaktivität der Amygdala (ausgelöst durch emotionale Stimuli) und eine verringerte Konnektivität mit dem ventromedialen präfrontalen Kortex aus, was zu einer herabgesetzten Inhibition der Amygdalaaktivität führt. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass Schmerzreize wie beim selbstverletzenden Verhalten zu einer direkten Regulierung der Amygdalaaktivität führt (Reitz et al. 2015) und die Konnektivität zwischen Amygdala und präfrontalen Hirnregionen beeinflusst (Niedtfeld et al. 2012). Insgesamt ist jedoch unklar, ob es sich bei den genannten Auffälligkeiten um prädisponierende Faktoren oder Folgeerscheinungen längerer Krankheitsverläufe handelt.

Befunde zum Einfluss von Psychotherapie (vor allem DBT) – i. S. neuronaler Plastizität – auf eine veränderte Funktionalität der o. a. Strukturen unterstützen die Idee neurobiologischer Auffälligkeiten limbischer sowie kortikaler Strukturen bei der BPS (Herpertz et al. 2018). Auch Studien zum Neurofeedback (NF) ergeben Hinweise für eine gestörte frontolimbische Aktivität. Durch die NF-Methode lässt sich nahezu in Echtzeit mittels funktioneller Magnetresonanztomografie (fMRT) die Aktivität abgrenzbarer Hirnstrukturen messen und über ein Feedbacksignal darstellen. Paret et al. (2016) fanden mit diesem Verfahren und einem gezielten Training der Amygdalaaktivität Hinweise, dass sich bei BPS-Probandinnen eine Verbesserung der Konnektivität mit dem ventromedialen präfrontalen Kortex erreichen lässt, was von verminderter Dissoziation begleitet war.

Das neurobiologische Modell nimmt genetische Faktoren in Kombination mit belastenden und stressreichen Kindheitserfahrungen als Ursache für emotionale Dysregulation und Impulsivität an. Die

hieraus entstehenden problematischen Verhaltensweisen, Kompetenzdefizite und psychosozialen Konflikte nehmen dann wiederum Einfluss auf die Progredienz der emotionalen Dysregulation, zur Stabilisierung und Aufrechterhaltung der BPS führt. Neben den o. g. neurobiologischen Auffälligkeiten sowie einer Störung des frontolimbischen Regelkreises wurden auch mögliche Zusammenhänge mit verschiedenen **Neurotransmittersystemen** untersucht. Dabei ließen sich Hinweise für einen veränderten Serotoninmetabolismus in präfrontalen Hirnregionen und im ACC finden, was mit impulsiven Verhaltensweisen assoziiert wird. Weiterhin ließen sich Veränderungen im Opioidsystem feststellen, das u. a. mit Schmerzverarbeitung und Emotionsregulation assoziiert ist, sowie eine charakteristische und konzentrationsbedingte Veränderung des Neuropeptids Oxytocin im Plasma nachweisen (Schmahl et al. 2014). Oxytocin ist mit Bindungs- und prosozialem Verhalten assoziiert, das aufgrund von emotionaler Vernachlässigung bei BPS verändert ist, und eine Veränderung der Konzentration im Plasma scheint auch ein Hinweis auf einen Therapieerfolg zu sein (Müller et al. 2015). Eindeutige Aussagen zur Rolle biochemischer Prozesse und (mono-)kausaler Zusammenhänge der BPS lassen sich bisher jedoch nicht treffen, scheinen zum Verständnis der Ätiologie und Aufrechterhaltung der BPS aber wichtig zu sein.

Die Rolle von Fertigkeiten und Kompetenzen

Betroffene einer BPS erleben im Vergleich zu Personen ohne BPS im Alltag häufiger und intensiver eine äußerst unangenehme innere Anspannung (Stiglmayr et al. 2005), was wiederum mit dem Erleben dissoziativer Symptome zusammenhängt (Stiglmayr et al. 2008). Hierzu wird angenommen, dass aversive Anspannungsphänomene durch wenig tolerierbare Emotionen ausgelöst werden, was zu dem unbedingten Wunsch führt, diesen Zustand zu beenden. Häufig lässt sich beim Erleben hoher Anspannungszustände keine handlungsleitende Emotion ableiten, weshalb es auch zu emotionaler Überforderung und impulsiven Handlungen kommt, die klar anspannungsabhängig sind (Krause-Utz et al. 2013).

Ein Kernbereich der BPS-Pathologie lässt sich auf **Probleme der Emotionsregulation** zurückzuführen (Bohus et al. 2021). BPS-Patientinnen scheinen Emotionen intensiver zu erleben (Ebner-Priemer et al. 2007), was sie jedoch im Alltag und beim Vergleich mit den emotionalen Reaktionen anderer Menschen unterschätzen. Um mit dem Phänomen rasch einschließender und situationsbedingter aversiver Anspannung sowie intensiver und schnell wechselnder Emotionen dennoch leben zu können, zeigen BPS-Patientinnen unterschiedliche Formen von Problemverhalten, am häufigsten nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) in Form von Schneiden an der Hautoberfläche (Kleindienst et al. 2008). Dabei nutzen BPS-Betroffene Schmerzreize offenbar zum Spannungsabbau (Reitz et al. 2015), wohingegen gesunde Menschen bei Selbstverletzungen mit Spannungsanstieg reagieren (Reitz et al. 2012), was sich auch anhand der Auswirkungen von Schmerzreizen auf die Neurobiologie der Emotionsregulation nachweisen lässt (Niedtfeld et al. 2010).

Die Bewertung der eigenen Person, der sozialen Welt, wichtiger Bezugspersonen und der Welt als solche ist bei BPS-Patientinnen

häufig durch ein Muster ausgeprägt dichotomen Denkens bestimmt. Dysfunktionale Annahmen beziehen sich häufig auf die Annahmen wertlos zu sein, nicht liebenswert zu sein, alleine nicht überleben zu können und andere Menschen als gefährlich zu bewerten.

MERKE

Da Betroffene, neben traumatischen und belastenden Erfahrungen in der Kindheit, nicht selten auch von Ausgrenzung durch Gleichaltrige, Mobbing und sozialer Isolation berichten, lassen sich **negative Grundannahmen** anhand der biografischen Erfahrungen nachvollziehen. Der Aufbau eines hilfreichen Umgangs mit diesen Grundannahmen ist unumgänglich, um sich an eine unterstützende soziale Umwelt anzupassen.

Stäbler et al. (2011) konnten nachweisen, dass die Angst vor sozialer Zurückweisung im Vergleich zu anderen psychischen Störungen bei der BPS besonders ausgeprägt ist und daher weitreichende Folgen beim Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen haben kann. Außer auf Defizite in der Performanz sollte in der Behandlung daher auch darauf geachtet werden, inwiefern **soziale Kompetenzen** bei den Betroffenen vorhanden sind. Partnerschaften stellen dabei eine besondere Herausforderung dar, da beim Aufbau emotionaler sowie körperlicher Nähe frühe Bindungserfahrungen, negative Bewertungen gegenüber der eigenen Person und anderen sowie Unsicherheiten bei der Etablierung eines bedürfnisorientierten und von gegenseitigem Respekt gekennzeichneten Verhältnisses ausgelöst werden.

Auslösende Situationen

Unter Einsatz von Verhaltens-, Situations-, Kettenanalysen oder Wochenprotokollen wurden auslösende Situationen im Alltag der Patientinnen aufgedeckt und analysiert, in denen es zu dysfunktionalem Verhalten, z. B. NSSV, (para-)suizidale Verhaltensweisen oder Vermeidung, gekommen ist. In der klinischen Praxis werden häufig zwischenmenschliche Situationen beschrieben, die zu Dysregulation des Selbst, des Verhaltens, der Emotionen und Kognitionen geführt haben. Vor allem nahe Bezugspersonen in den Bereichen Partnerschaft, Freundschaft und Familie oder Menschen, deren Urteil in Leistungs- und Bewertungssituationen im beruflichen oder akademischen Kontext als relevant angesehen wird, lösen sehr verzerrte und negative Annahmen über sich selbst, andere Menschen oder die Welt als solches bei den Betroffenen aus. Die hiermit verbundenen kognitiv-emotionalen Netzwerke werden von intensiver Anspannung und letztlich subjektiv erlebter Überforderung begleitet. Kontrollverlust und (emotionale) Überforderung sind wiederum funktional mit dem dysfunktionalen Verhalten verbunden. Neben sozialen Situationen wird häufig auch alleine sein als (bedrohlich interpretierter) Auslöser beschrieben.

Einige Studien zeigen, dass Betroffene bereits vor der Entstehung einer BPS unter affektiver Dysregulation und belastenden Reaktionen der primären sozialen Umwelt in der Kindheit leiden (u. a. Hallquist et al. 2015). Dies wiederum formt die Neurobiologie der emotionalen Dysregulation sowie Impulsivität weiter aus, was sich wiederum auf soziale Interaktionen und die Beziehungsgestaltung mit Mitmenschen im Verlauf der Entwicklung bis ins Jugendalter auswirkt

(Winsper, Strauss und Wolke 2017). Neben einer mitunter fatalen wechselseitigen Beeinflussung von Individuum und Umwelt, dem Erleben belastender und traumatischer Ereignisse scheint auch der Aufbau von dysfunktionalem Verhalten wie NSSV, Hochrisikoverhalten, Suizidversuche, Intoxikationen u. v. m. die Neurobiologie der Störung entscheidend zu beeinflussen.

Aufrechterhaltende Prozesse

Die Erforschung aufrechterhaltender Prozesse der BPS lässt sich anhand der Beschreibungsebene, auf der solche Prozesse erforscht werden, darstellen. So werden genetische, neurobiologische, neurochemische sowie psychologische Ebenen untersucht, wobei kausale Aussagen über Zusammenhänge zwischen diesen Ebenen wissenschaftstheoretisch nur schwer möglich sind. Für den Einsatz von Problemverhalten zur Regulation intensiver und belastender innerer Zustände wird auf der Ebene lernpsychologischer Prozesse vor allem das Prinzip der **operanten Konditionierung** angenommen. Dabei spielt sowohl negative Verstärkung durch z. B. den Abfall von Anspannung (Kleindienst et al. 2008) als auch positive Verstärkung durch z. B. soziale (psychiatrische) Zuwendung eine wichtige Rolle. Bei der Behandlung von Hochrisikoverhalten, Suizidalität und sozial unverträglichem Verhalten werden sowohl auslösende als auch aufrechterhaltende Prozesse mit den Patientinnen analysiert. Solche funktionalen Zusammenhänge lassen sich adäquat und für Betroffene leicht verständlich in Verhaltensanalysen abbilden. Allgemein kann angenommen werden, dass NSSV häufig zur Vermeidung oder Regulation unangenehmer Gefühle eingesetzt wird (Chapman et al. 2006).

26.2.3 Diagnostischer Prozess

Diagnosekriterien

Um nach ICD-11 ein spezifisches „Borderline-Muster“ mit dem 6D11.5 zu vergeben, müssen die Merkmalsbereiche Negative Affektivität und Enthemmung geprüft werden (Hölzel und Berger 2024). Für das „Borderline-Muster“ können anschließend polythetische Kriterien vergeben werden, die ein Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, des Selbstbildes, der Affekte sowie eine ausgeprägte Impulsivität beinhalten (Hölzel und Berger 2024; > Box 26.4).

BOX 26.4

Kriterien des Subtyps Borderline-Störung

nach ICD-11 (mindestens fünf der folgenden neun Kriterien):

- Verzweifeltes Bemühen, ein reales oder imaginäres Verlassenwerden zu verhindern
- Ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das sich durch einen Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Abwertung auszeichnet
- Identitätsstörung: eine ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls für sich selbst
- Tendenz zu unüberlegtem Handeln in Zuständen starker negativer Affekte, die zu potenziell selbstschädigenden Verhaltensweisen führen

- Wiederkehrende Episoden von Selbstverletzungen, Suizidandrohungen, Suizidandeutungen oder -versuche oder selbstschädigendes Verhalten
 - Emotionale Instabilität aufgrund ausgeprägter Stimmungsreaktivität
 - Chronisches Gefühl der Leere
 - Unangemessene, starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z. B. Wutausbrüche, andauernder Ärger, wiederholte Prügeleien)
 - Vorübergehende dissoziative Symptome oder psychoseähnliche Züge in Situationen hoher affektiver Erregung
- Die Kriterien zur Vergabe einer BPS-Diagnose nach **DSM-5** sind mit denen in der ICD-11 vergleichbar.

Typische diagnostische Schritte

Nach einer ausführlichen Diagnostik mithilfe eines strukturierten klinischen Interviews sowie ggf. Einsatz weiterer Fragebögen sollte eine ausführliche Aufklärung über die festgestellten Kriterien der Störung sowie deren konkrete Auswirkungen in den Lebensbereichen Partnerschaft, Freundschaft, Familie, Beruf und Ausbildung sowie Freizeitgestaltung erfolgen.

MERKE

Folgende **Screeningfragen** haben sich in der klinischen Praxis bewährt:

- Leiden Sie unter rasch einschließender Hochspannung?
- Haben Sie das Gefühl, anders zu sein als alle anderen?
- Können Sie allein sein?
- Was geschieht, wenn Sie in einen Spiegel sehen?

Weiterhin muss der zeitliche Verlauf der Symptome und der komorbiden Störung(en) erfasst werden, um ein umfassendes Bild über die Zusammenhänge der Syndrome zu erhalten und zu diskutieren. Mögliche Zusammenhänge mit Reaktionen auf wiederkehrende Stressoren sowie Herausforderungen in den o. g. Lebensbereichen sind vielen Betroffenen zu Beginn der Behandlung ggf. unbekannt. Bei der Vielzahl von Problemen bietet es sich zudem an, eine Hierarchie von Zielen der Behandlung einzuführen, um Hoffnung zu vermitteln und eine Überforderung durch die Behandlung zu verhindern.

> **Box 26.5** gibt einen Überblick über typische diagnostische Schritte. Neben einer Diagnosestellung sollte eine Einschätzung der Schwere und Frequenz von Problemverhalten (vor allem von Selbstverletzungen, Substanzkonsum oder kriminelle Handlungen), von parasuizidalem Verhalten (Hochrisikoverhalten in nichtsuizidaler Absicht) sowie Suizidalität und bisherigen Suizidversuchen erfolgen.

BOX 26.5

Eingangsdiagnostik

- Organische Ausschlussdiagnostik (z. B. Schädel-MRT)
- Klinisches Interview und Abklärung möglicher Komorbiditäten
- Biografische Anamnese
- *Borderline-Symptom-Liste 23* (BSL-23; Bohus et al. 2009)
- Ggf. Selbstbeurteilungsbogen zu weiteren schweren komorbiden Störungen

Verlaufsdiagnostik

- Anspannungsprotokolle
- Tagebuchkarte (u. a. Schlaf, Therapieziele, innere Not)
- *Borderline-Symptom-Liste 23* (BSL-23; Bohus et al. 2009)

Abschlussdiagnostik

- *Borderline-Symptom-Liste 23* (BSL-23; Bohus et al. 2009)
- Ggf. Selbstbeurteilungsbogen zu weiteren schweren komorbiden Störungen
- Erhebung des Funktionsniveaus in den Bereichen Beruf, Partnerschaft, Freundschaft, Familie und Freizeit
- Ggf. Selbstbeurteilungsbogen

SKID-5-CV sowie SKID-5-PD (Beesdo-Baum et al. 2019) sind halbstrukturierte klinische Interviews zur Erfassung aller relevanten psychischen Störungen, inklusive der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-5. Für eine Überprüfung des Borderline-Musters nach ICD-11 kann das *Personality Inventory* (PiCD) von Oldmanns und Widiger (2018) eingesetzt werden. Ergänzend hierzu liegt mit dem *Personality Disorder Severity* (PDS-ICD-11) ein Instrument zur Bestimmung des Schweregrads nach ICD-11 vor (Gamache et al. 2021). Zusätzlich ist eine Validierung der Diagnose anhand der Besprechung der BPS-Kriterien mit der Patientin zu empfehlen, um auch die Auswirkung der psychischen Störung(en) auf die Lebensführung sichtbar zu machen.

Neben strukturierten klinischen Interviews zur Sicherung der Diagnose sollten Fragebogen und Fremdratings genutzt werden, um den bisherigen Verlauf der Erkrankung zu erheben und eine Evaluation der Behandlungsergebnisse zu ermöglichen. Dabei kann das klinische Urteil der Behandlerin von der Selbsteinschätzung der Patientin abweichen, was mit der Patientin im Verlauf besprochen werden sollte. Bei Bedarf sollten die Art, Dauer und Frequenz von Selbstverletzungen, Hochrisikoverhalten und natürlich Suizidversuchen regelmäßig erhoben werden. Zur Messung der Borderline-Symptomatik bietet sich der Einsatz der *Borderline-Symptom-Liste 23* (BSL-23, Bohus et al. 2009) an, die unter www.awp-freiburg.de/de/produkte/messinstrumente frei zugänglich ist.

26.2.4 Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Wissenschaftlich fundierte Behandlungsleitlinien

Die aktuelle S3 Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung (DGPPN e. V. 2022) berücksichtigt für eine Einschätzung der Evidenz der Behandlung der BPS neun Level Ia- (Metaanalysen oder systematische Reviews auf Basis von RCTs) und 37 Level II- (RCT) Studien. In der Leitlinie wird festgestellt, dass derzeit die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach Marsha Linehan sowie die Mentalisierungs-basierte Therapie (MBT) nach Bateman und Fonagy die am besten untersuchten Methoden sind. Die DBT kann bei BPS als spezifisch wirksam (Evidenzgrad Ia) bewertet werden. Schematherapie und übertragungsfokussierte Therapie werden nicht so hoch bewertet.

LEITLINIENEMPFEHLUNGEN

bei primärem Fokus auf die Reduktion schwerwiegenden selbstverletzenden Verhaltens (suizidales Verhalten inkludiert)

1. Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) besitzt den Evidenzgrad einer spezifisch wirksamen Therapie für die Borderline-Persönlichkeitsstörung.
2. Zur Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung liegen Hinweise für die Wirksamkeit der Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) vor.

Aufgrund häufig eingesetzter und mitunter sehr gefährlicher Methoden zur Emotionsregulation, einer hohen Komorbidität sowie ggf. notwendiger Pharmakotherapie sollte die BPS-Behandlung einer klaren Struktur und klaren Zielen folgen, die zunächst vor allem die Selbstkontrolle und den Umgang mit Emotionen fördert. Dabei sollte eine hauptverantwortliche Behandlerin die Koordinierung der beteiligten Berufsgruppen wie z. B. Fachärztin, Allgemeinärztin, Psychotherapeutin und Sozialarbeiterin übernehmen, um einen Überblick über den Prozess der Behandlung zu behalten. Die Pharmakotherapie der BPS ist eine zeitbegrenzte zielsyndromorientierte Behandlung. Sie soll die Psychotherapie unterstützen, kann sie jedoch nicht ersetzen. Unterstützend können (zumindest für einen begrenzten Zeitraum) Antipsychotika der 2. Generation, Stimmungsstabilisierer sowie Omega-3-Fettsäuren eingesetzt werden. Bei komorbider Depression kann der Einsatz eines Antidepressivums (SSRI) sinnvoll sein.

Die verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten können Patientinnen und Angehörigen wie folgt erläutert werden.

PATIENTENINFO

Wie informiere ich Patientinnen und Angehörige über die Behandlung?

Insbesondere die Symptombereiche nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten, Stimmungsschwankungen, Suizidalität und Impulsivität lassen sich nach der aktuellen Leitlinie gut behandeln. Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) – als ein kognitiv-behaviorales Verfahren – vermittelt den Betroffenen eine klare Hierarchie von Schwerpunkten in der Therapie, um konkrete Therapieziele abzuleiten. Dabei werden klassischerweise die Themen Fremd- und Eigengefährdung, Hochrisikoverhalten, Therapieabbruch, schweres selbstschädigendes Verhalten, Selbstwert sowie soziale Teilhabe berücksichtigt.

Anhand eines konkreten Fertigkeitentrainings zur Anspannungs- und Emotionsregulation sollen Betroffene zunächst lernen, Überforderung im Alltag abzuwenden und ausgeprägtes emotionales Leid zu ertragen oder aufzulösen. Dabei werden Zusammenhänge aktueller situativer Aspekte, Lernerfahrungen mit der sozialen Umwelt sowie eine mangelnde Fertigkeit, belastende Gefühle zu regulieren (vor allem bzgl. Angst, Einsamkeit, Scham, Ekel, Schuld und Wut) in Alltagssituationen analysiert und Lösungen erarbeitet. Wichtige Bausteine der Therapie beziehen sich auf die Auswirkungen der Emotionsdysregulation, auf die Wahrnehmung der äußeren Welt sowie auf Probleme, sich in andere Personen situationsangemessen hineinzusetzen (sog. Mentalisierungsfähigkeit). Zusätzlich werden Aspekte wie Angst vor einer Veränderung der bisherigen Lebensführung und Probleme beim Aufbau vertrauensvoller zwischenmenschlicher Beziehungen berücksichtigt. Durch eine Verminderung der Diskrepanz persönlich wichtiger Lebensziele in den Bereichen Beruf, Freizeit, Freundschaft, Familie und Partnerschaft und der eigenen Lebensführung sollen die Lebensqualität und die Zufriedenheit im Leben erhöht werden. Hierfür werden auch traumatische und belastende

Erlebnisse sowie daraus entstandene Grundannahmen bearbeitet, um den Selbstwert positiv zu beeinflussen.

Im Rahmen einer Langzeittherapie finden die Therapiesitzungen i. d. R. wöchentlich statt; eine Sitzung dauert 50 min. Weiterhin sollten zweimal pro Woche (jeweils 90 min) Skilltrainings in der Gruppe angeboten werden, um die Einzeltherapie zu unterstützen.

Wissenschaftlich fundierte Behandlungsmethoden

Struktur und Merkmale des Vorgehens

Mit einer **Abbruchrate** für störungsspezifische Therapien von 24 % (Stuewe et al. 2017) sowie 50 % für nicht störungsspezifische Therapien ist die Behandlung von BPS-Patienten deutlich erschwert. Dennoch scheinen störungsspezifische Behandlungsansätze erfolgreich bei der Behandlung der Kernpathologie zu sein, wobei die **Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)** nach Linehan et al. (1991) als ein Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie die am meisten untersuchte Behandlungsmethode darstellt und vor allem in den Bereichen Suizidalität, NSSV, Impulsivität sowie zwischenmenschlichen Problemen mit hohen Effektstärken einhergeht (u. a. Stoffers-Winterling et al. 2012). Im ambulanten Setting ließ sich nachweisen, dass 77 % der behandelten Patientinnen nach 1 Jahr nicht mehr die Kriterien einer BPS aufweisen (Stiglmayr et al. 2014). Nach einer stationären 3-monatigen DBT-Behandlung zeigen 42 % der Patientinnen eine klinisch relevante Reduktion der Kernpsychopathologie sowie eine deutliche Reduktion an NSSV (Bohus et al. 2004). Dieser Effekt kann poststationär über einen Zeitraum von > 2 Jahren aufrechterhalten werden (Fassbinder et al. 2007).

Neben der DBT scheint auch die **Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)** nach Bateman und Fonagy (2010) einen vielversprechenden Ansatz für die störungsspezifische BPS-Therapie darzustellen. So konnten Bateman und Fonagy (2008) für die Behandlung einer teilstationär hospitalisierten Stichprobe in den Bereichen Suizidalität, Remissionsrate sowie globales Funktionsniveau z. T. hohe Effekte nachweisen.

Weiterhin ließen sich Hinweise für die Wirkung weniger erforschter störungsspezifischer Anpassungen der **Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP)** nach Kernberg (u. a. Levy et al. 2006) sowie der **Schematherapie** (Young et al. 2003) nachweisen (Stoffers-Winterling et al. 2012). Für die Schematherapie ist in den vergangenen Jahren ein Zuwachs an Forschungsbemühungen mit vielversprechenden ersten Fallstudien sowie Gruppentherapiestudien festzustellen, wenngleich weitere RCTs benötigt werden, um gesicherte Aussagen zu dieser Form der BPS-Therapie treffen zu können (Sempértegui et al. 2013).

In einem Cochrane-Review kommen Stoffers et al. (2020) zu dem Schluss, dass die DBT derzeit das am meisten untersuchte und nachweislich wirksame Verfahren darstellt. Ebenso gibt es eine wissenschaftlich nachweisbare spezifische Wirksamkeit auf Suizidalität und Selbstverletzungen bei MBT. Um gesicherte Aussagen über Aspekte des Settings, der Behandlung von Komorbiditäten sowie einen Vergleich der Therapieschulen zu ermöglichen, sind noch weitere Replikationsstudien (Stoffers et al. 2020) sowie vergleichbare Outcome-Variablen bei der Evaluation der Psychotherapien notwendig.

Gunderson et al. (2018) beschreiben fünf generelle Prinzipien bei der störungsspezifischen Behandlung einer BPS:

1. Es sollte eine Behandlerin geben, welche die Behandlung anhand eines Behandlungsplans mithilfe von konkreten Zielen strukturiert und sowohl dies als auch den Verlauf der Behandlung kontinuierlich überwacht.
2. Die Therapieziele sollten sich anhand der Struktur nachvollziehen lassen, wobei die Rollen und Aufgaben von Behandlerin und Klientin klar definiert sind und feste Richtlinien für die Sicherheit während der Behandlung vorliegen.
3. Klientin und Behandlerin sollten sich ebenbürtig in die Behandlung und die Therapiesitzungen einbringen und Ziele sowie Sicherheitspläne gemeinsam beschließen.
4. Die Behandlerin sollte eine aktive Rolle in der Behandlung einnehmen, interessiert und zugewandt, aber gleichzeitig in der Lage sein, eigene Emotionen angemessen auszudrücken und ggf. zu regulieren.
5. Die Behandlerin sollte in der Lage sein, ihre eigenen (emotionalen) Reaktionen auf das Verhalten der Klientin wahrzunehmen und bei Problemen eine Kollegin zur Unterstützung hinzuzuziehen, um ggf. für die Klientin schädliche eigene Reaktionen zu verhindern.

Neben den o. g. generellen Prinzipien ist eine **tragfähige therapeutische Beziehung** unerlässlich. Das psychosoziale Umfeld und komplexe Probleme bzgl. der Lebensökonomie der Patientin können mitunter großen Einfluss auf die Psychotherapie nehmen und sollten daher ebenfalls mit einbezogen werden. Insgesamt kann bei leitlinienorientierter Therapie von einer günstigen Prognose ausgegangen werden, mitunter bedarf es hierfür jedoch einer ergänzenden stationären störungsspezifischen Behandlung (Bohus et al. 2016).

Allgemein lassen sich die Konzepte zur Behandlung der BPS anhand der Therapieschulen, aus denen sie entwickelt wurden, unterscheiden. Dabei handelt es sich i. d. R. um Konzepte für eine ambulante Psychotherapie, wobei auch entsprechende Modifikationen für das stationäre Behandlungssetting vorliegen. Da DBT, MBT, TFP und Schematherapie in > Kap. 34.6, > Kap. 32.4, > Kap. 32.3 bzw. > Kap. 35.1 ausführlicher dargestellt werden, beschränkt sich die Darstellung hier auf die Spezifika der Behandlung einer BPS.

Dialektisch-Behaviorale Therapie (Linehan et al. 1991) Die Arbeitsgruppe um Marsha Linehan nimmt für die Entstehung der Störung eine biosoziale Theorie an und beschreibt das Verfahren als **balancierte Kombination** aus **Veränderungsstrategien** (ziel- und problemorientiert), z. B. Fertigkeitentraining (vor allem Umgang mit suizidalen Krisen), Kontingenzmanagement, kognitive Interventionen sowie Expositionen an emotionalen Reizen und solchen Strategien, die sich auf eine **Unterstützung der Patientin** beziehen (vor allem Reflexion, Empathie und Akzeptanz), um schwere emotionale Traumata verarbeiten zu können. Weiterhin zeichnet sich die DBT durch eine klare Hierarchie von Behandlungszielen aus, die insbesondere Selbstgefährdung und andere Verhaltensweisen berücksichtigt, die einen Fortschritt der Therapie unmöglich machen. Neben der Einzeltherapie wird auch Gruppentherapie angeboten, in der Stresstoleranz, Emotionsregulation und zwischenmenschliche Fertigkeiten vermittelt und mit anderen Betroffenen diskutiert

werden. Affektive Dysregulation führt zu einer krisenhaften und erschwerten Lebensführung, der vonseiten der Therapeutin mit Achtsamkeit, Validierung, Analysemethoden und einer dialektischen Haltung begegnet werden sollte (Lynch et al. 2006). Die Therapeutin hat die Aufgabe, die Patientin dabei zu unterstützen, funktionales und Leben entfaltendes Verhalten aufzubauen, insbesondere dann, wenn intensive Emotionen im Alltag erlebt werden.

Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) nach Bateman und Fonagy (2004) Das Mentalisierungsmodell der BPS wurde ebenfalls aus der psychoanalytischen Tradition heraus entwickelt und berücksichtigt entwicklungstheoretische Ideen, die sich auf Defizite bei der Bewusstmachung innerer mentaler Prozesse beziehen. Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass auch das Verhalten anderer Menschen vor dem Hintergrund ihrer Gefühle, Gedanken und Bedürfnisse für BPS-Patientinnen als wenig begreifbar erscheint und als wenig kontrollierbar erlebt wird. Ziel ist es, mithilfe der Psychotherapie eine Verbesserung der **Mentalisierungsfähigkeit** zu erzielen und Bindungen mit anderen Menschen vor dem Hintergrund aktueller zwischenmenschlicher (Bindungs-)Beziehungen sowie **Bindungserfahrungen** in der Kindheit zu fördern. In der Therapie liegt daher der Fokus auf Diskussionen über aktuelle und vergangene Beziehungen, wobei die Therapeutin innerhalb der therapeutischen Situation eine Atmosphäre erzeugen sollte, die den die Patientin darin unterstützt, die eigenen Affekte zu regulieren und Bindungsverhalten zu entwickeln. Dies kann vor allem auch in der Gruppe mit anderen Betroffenen therapeutisch aufgearbeitet und gefördert werden.

Übertragungsfokussierte Psychotherapie (Transference-focused Psychotherapy, TFP) nach Kernberg (1967) In der TFP wird vor allem eine **Störung der inneren Objektbeziehungen** als ursächlich für die Entstehung und Aufrechterhaltung der BPS betont. Ziel der Therapie ist es daher, diese inneren Objektbeziehungen in der therapeutischen Situation gezielt anhand des Verhaltens der Patientin zu analysieren und eine Atmosphäre zu schaffen, in der die Patientin lernt, den eigenen **Affektausdruck zu reflektieren**, um unbewusste Objektbeziehungsdyaden zu bearbeiten. Die Autoren betonen hierfür den Einsatz analytischer Techniken wie Klärung, Konfrontation und Deutung. Ziel ist die Integration polarisierter Repräsentationen von sich selbst und anderen, eine Veränderung des Reflexionsvermögens sowie Affektregulation (Levy et al. 2006).

Schematherapie nach Young (1990) Die Schematherapie als transdiagnostischer Ansatz beschäftigt sich mit dem Verständnis und der Entstehung sog. **maladaptiver Schemata**, die aufgrund von belastenden frühkindlichen Erfahrungen und daraus resultierenden Problemen bei der Befriedigung kindlicher Bedürfnisse entstehen. In zwischenmenschlichen Situationen werden maladaptive Schemata aktualisiert, was den Betroffenen nicht bewusst ist. Die Auswirkungen von Schemata zeigt sich auf den Ebenen Kognition, Emotion, Erinnerung und Wahrnehmung, beeinflusst also in einem erheblichen Ausmaß die Verarbeitung sozialer Ereignisse in der gegenwärtigen Situation der Patientin. Maladaptive Schemata werden als distinkte Entitäten beschrieben, die auch in Wechselwirkung stehen können. Daher ist es das Ziel der Therapie zu lernen, einen **funktionalen Umgang** hiermit zu entwickeln, die eigene innere Struktur zu erkennen und einen neuen Umgang hiermit zu finden. Dafür kommen die vier zentralen Interventionen 1.) limitierte Nachbeileerung, 2.)

imaginatives Erleben und Dialogarbeit, 3.) kognitive Rekonstruktion und Edukation sowie 4.) Veränderung von Verhaltensgewohnheiten in den drei Phasen Bindung und Emotionsregulation, Schemamodus und Entwicklung von Autonomie zum Einsatz.

Settingaspekte

Die Behandlung der BPS findet therapieschulenübergreifend i. d. R. im **ambulanten Setting** statt. Neben der Einzeltherapie sollte ergänzend – falls möglich – eine Gruppentherapie mit Fertigkeitentraining angeboten werden, um den Umgang mit affektiver Dysregulation zu erlernen. Weiterhin sollte die Therapeutin einer Supervisionsgruppe bzw. einem Konsultationsteam angehören, um den Verlauf und ggf. schwierige Situationen in der Therapie regelmäßig zu besprechen und zu reflektieren. Daneben sollte je nach Funktionsniveau und Lebensökonomie der Patientin überlegt werden, ob eine Betreuung oder der Einsatz einer Sozialarbeiterin sinnvoll ist. Eine Verbesserung der beruflichen Situation der Patientin erfordert mitunter Gespräche mit Arbeitgeberinnen oder Behörden, die vermieden werden oder zur Überforderung der Patientin führen. Um Probleme der sozialen Kooperation zu mildern, kann auch die regelmäßige Durchführung von Angehörigengesprächen sowie die Teilnahme an einem Training sozialer Kompetenzen ein wichtiger Baustein in der Therapie sein. Entscheidend ist, dass es eine Behandlerin gibt, die den Überblick über alle aktuell laufenden Behandlungen besitzt und diese koordiniert. Psychotherapeutinnen sollten daher immer wieder den Kontakt mit Haus- und Fachärztinnen suchen, um Entwicklungen der Therapie zu evaluieren.

In Deutschland gibt es ein auf der Welt fast einzigartiges, relativ dichtes Netz an Borderline-Stationen, die ebenfalls ergänzend zur ambulanten Therapie in Betracht gezogen werden können, insbesondere für ambulant nicht ausreichend zu behandelnde Patientinnen sowie für solche aus Regionen mit einem eher geringen Angebot an störungsspezifischen Therapien. Vorrangiges Ziel der **stationären Behandlung** ist es jedoch, die Patientinnen in die Lage zu versetzen, ambulante Therapie machen zu können. Auch beim Vorhandensein weiterer komorbider Störungen wie PTBS, Suchterkrankungen und Essstörungen, die eine geordnete ambulante Psychotherapie verhindern, kann eine stationäre Therapie sinnvoll sein. Daher sollte eine zeitlich begrenzte stationäre Therapie mit Bedacht erwogen werden, vor allem wenn eine stationäre Behandlung unumgänglich erscheint, um einer weiteren Chronifizierung und Hospitalisierung entgegenzuwirken.

Motivationale Aspekte

Die Grundlage für Veränderung und eine erfolgreiche Psychotherapie ist die Motivation der Patientin. Wie die klinische Erfahrung zeigt, fällt es BPS-Patientinnen häufig schwer, den Ideen und Veränderungsvorschlägen der Therapeutin zu folgen und im Alltag umzusetzen. Dabei sollte man sich vor Augen führen, dass affektive Dysregulation die Betroffenen vor große Herausforderungen in der alltäglichen Lebensführung stellt und mit Angst vor Kontrollverlust über die eigene Stimmung einhergeht, insbesondere in sozialen Situationen. Innere Krisen und Überforderung sind daher ein großes Problem,

mit dem die Betroffenen irgendwie umzugehen gelernt haben, um ein Mindestmaß an Kontrolle über die eigenen Emotionen zu behalten. Wenngleich manche der eingesetzten Verhaltensweisen zu Scham, Ausgrenzung und Problemen führen, scheinen die Patientinnen neuen Strategien aus Mangel an Alternativen oder wegen mangelnder Wirkung häufig mit großer Skepsis zu begegnen. Dies erscheint auch verständlich, da manche problematischen Verhaltensweisen wie NSSV oder Substanzkonsum i. d. R. einen schnellen Wirkungseintritt besitzen, wohingegen therapeutisch vermittelte Fertigkeiten wie z. B. entgegengesetztes Handeln eine deutlich längere Latenz zur Regulation innerer aversiver Zustände besitzen.

Daher müssen Menschen mit einer BPS härter arbeiten, motivierter sein und mehr Toleranz gegenüber unangenehmem Erleben besitzen, um Emotionen erfolgreich zu regulieren. Hierauf sollte die Patientin vorbereitet werden, um eine realistische Erwartung zu entwickeln und offen über Motivationsprobleme sprechen zu können. Weiterhin sollte die Therapeutin motivationale Aspekte in der Therapie berücksichtigen und soziale Verstärker nutzen, um die Motivation aufrechtzuerhalten.

MERKE

Das Einüben eines neuen Umgangs mit affektiver Dysregulation erfordert viel Engagement, Zeit und Toleranz und wird häufig als enorm herausfordernd beschrieben. Beim Verzicht auf Problemverhalten und beim Aufbau alternativer Fertigkeiten zum Umgang mit Krisen sollte, neben einem Non-Suizid-Vertrag, auch ein Krisenplan vorhanden sein, um Sicherheit während der Therapie zu gewährleisten.

Neben der Berücksichtigung motivationaler Aspekte sollte die Patientin auf Nebenwirkungen von Psychotherapie vorbereitet werden, z. B. eine phasenweise Zunahme subjektiver Belastung bei Veränderung und Besprechung belastender Themen. Weiterhin sollten der Verzicht von Problemverhalten und der Aufbau eines Fertigkeitentrainings mit persönlich wichtigen Zielen verknüpft werden. Eine Kombination aus Anreizen bei der Erreichung von Therapiezielen und dafür benötigten Anstrengungen und sozialer Verstärkung/Unterstützung sind wichtige Determinanten für den Erfolg einer BPS-Behandlung.

Bei ausgeprägter Sensibilität für innere aversive Anspannung leben BPS-Patientinnen in permanenter Angst vor intensiven Emotionen. Dabei wird häufig beschrieben, dass die eigene Aufmerksamkeit stark an die eigene Anspannung gebunden ist, was metakognitive und metaemotionale Prozesse erschwert. Die Wahrnehmung der aktuellen sozialen Umwelt ist dabei durch Erwartungen an die Situation, Vorerfahrungen mit sozialen Situationen sowie mitunter intensiven unangenehmen Emotionen beeinflusst. Vor diesem Hintergrund erscheint es nachvollziehbar, dass es schwer sein muss, das eigene Verhalten zu verändern, und es bedarf eines hohen Maßes an Übung und Geduld, trotz affektiver Instabilität besonnen und zielführend im Alltag zu handeln. Vermeidung wird vorzugsweise in solchen Situationen gezeigt, in denen die Betroffene wenig Einfluss darauf hat, welche Anforderungen an sie gerichtet werden und in welcher Verlässlichkeit der Kontakt aufrechterhalten werden muss, da Angst vor sozialer Abwertung und impulsivem, sozial unerträglichem Verhalten und daraus resultierenden Problemen besteht.

Mithilfe von Verhaltens- und Bedingungsanalysen lässt sich die Funktionalität solcher Verhaltensweisen wie auch von Suizidversu-

chen, Hochrisikoverhalten und weiteren Formen selbstschädigenden Verhaltens nachvollziehen, und es können Lösungen abgeleitet werden. Neben Problemen im Umgang mit Anspannungsphänomenen und unangenehmen Gefühlen bestehen Probleme mit der eigenen Identität und dem Gefühl, wenig mit der (sozialen) Welt verbunden zu sein. Auch das Gefühl, anders zu sein als andere, wird häufig bereits für die Kindheit beschrieben, und es kann daher in der Therapie leicht der Eindruck entstehen, dass lediglich eine Therapeutin in der Lage ist, Verständnis, Akzeptanz und Unterstützung zu geben. Paradoxe Weise kann es also die Lernerfahrung mancher Betroffener sein, dass ausschließlich zu spezialisierten Behandlerinnen eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden kann, die gefährdet wird, wenn die Symptomatik abklingt. In diesem Fall bedeutet das Ende der Therapie den Verlust einer vertrauensvollen Beziehung zu einem Menschen, der ein gewisses Maß an Akzeptanz und Verlässlichkeit bedeutet. Neben Pro- und Kontralisten bzgl. des Problemverhaltens sollte daher parallel ein werte- und bedürfnisorientiertes Vorgehen gewählt werden, um den Aufbau tragfähiger zwischenmenschlicher Beziehungen als Ziel zu formulieren.

Pharmakotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Pharmakotherapie der BPS ist eine zielsyndromorientierte Therapie, die vor allem bei den Syndromen kognitiv-wahrnehmungsbezogene Defizite, Emotionsdysregulation sowie impulsive und dysregulierte Verhaltensweisen hilfreich sein kann (Lieb et al. 2010). Da Psychotherapie bei der BPS die Behandlung der Wahl darstellt, kann eine ergänzende Pharmakotherapie eine Psychotherapie u. U. unterstützen, sie aber nicht ersetzen. In der britischen Leitlinie (NICE 2009) wird explizit empfohlen, keine spezielle Pharmakotherapie der BPS anzubieten, sondern lediglich für die Behandlung komorbider Störungen. Dieselbe Leitlinie empfiehlt auch, auf eine Langzeitbehandlung mit antipsychotischen Medikamenten zu verzichten. In einem Cochrane-Review zur Bewertung der Effektivität des Einsatzes von Psychopharmaka bei BPS werden atypische Antipsychotika, Stimmungsstabilisierer und eine Nahrungsergänzung mit Omega-3-Fettsäuren als unterstützend eingeschätzt, wenngleich die Datenlage nicht eindeutig ist und die Studien an kleinen Fallzahlen durchgeführt wurden (Stoffers et al. 2022). Eine Behandlung mit Psychopharmaka, die parallel auf verschiedene Neurotransmittersysteme wirkt ist, bei BPS-Patientinnen zwar nicht selten, sollte aber unbedingt zeitlich limitiert und durch eine Fachärztin fortlaufend evaluiert werden. Dabei gilt es Polypharmazie zu reduzieren oder zu vermeiden.

TIPP

Folgende Prinzipien sollten bei der Behandlung einer BPS beachtet werden:

1. **Planung:** Es sollte möglichst eine Behandlerin geben, welche die Therapie plant, koordiniert und evaluiert. Die Therapie sollte im Team erfolgen.
2. **Transparenz:** Der Patientin sollte klar sein, wann welche möglichst konkret formulierten Therapieziele therapeutisch im Fokus stehen.
3. **Partizipative Entscheidungsfindung:** Die Patientin sollte ausreichend über Konzept, Dauer, Frequenz und hierarchische Struktur der Behandlung aufgeklärt werden und mit dem Vorgehen einverstanden sein.

4. **Affektive Dysregulation:** Der Patientin sollte nach Möglichkeit ein Fertigkeitentraining zur affektiven Dysregulation angeboten werden.
5. **Krisenmanagement:** Notfall- und Krisenpläne besitzen zu Beginn der Behandlung eine hohe Priorität und sollten, wenn nötig, auf der Grundlage von Verhaltensanalysen ausgearbeitet werden. Hierzu sollten der letzte Suizidversuch, Hochrisikoverhalten und/oder schweres selbstschädigendes Verhalten analysiert und Lösungsmöglichkeiten anhand konkret operationalisierten Verhaltens erarbeitet werden.
6. **Lebensökonomie:** Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie sind auch die Lebensumstände der Patientin. Daher sollten die finanzielle Situation, Wohnen/Unterkunft sowie etwaige laufende juristische Verfahren geprüft und ggf. multiprofessionelle Unterstützung erwogen werden.
7. **Komorbidität:** Beim Vorliegen komorbider Störungen (z. B. Suchterkrankungen, PTBS, Depression oder Essstörung) sollten im Rahmen der Behandlungsplanung weitere störungsspezifische (ggf. stationäre) Therapien sowie Möglichkeiten einer zeitlich limitierten Pharmakotherapie erwogen werden.

Therapie bei Komorbiditäten

Das Vorliegen mindestens einer weiteren psychischen Störung bei BPS-Betroffenen ist die Regel und sollte unbedingt in der Behandlungsplanung berücksichtigt werden:

- Bei einer komorbiden **Suchterkrankung** kann zunächst eine stationäre Entwöhnungsbehandlung nötig sein, um eine geordnete ambulante Psychotherapie zu ermöglichen. Dabei sollte abgeklärt werden, ob ein Substanzkonsum funktional zur Regulation affektiver Instabilität oder unangenehmer Stimmung genutzt wird oder beim Absetzen der Substanz sich klare Abhängigkeits- und Entzugssymptome beobachten lassen.
- Beim Vorliegen einer **posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)** sollte zu Beginn der Behandlung mit der Betroffenen besprochen werden, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um eine störungsspezifische Traumatherapie beginnen zu können. Diese sollte schnellstmöglich beginnen und Aspekte der affektiven Dysregulation, Dissoziation sowie Krisenmanagement berücksichtigen.
- Depressive Symptome sind bei der BPS häufig. Sollte jedoch eine anhaltende depressive Symptomatik im Rahmen einer **Depression** nachgewiesen werden, kann der Einsatz einer antidepressiven Medikation mit einem Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) sinnvoll sein, um die BPS-Behandlung zu unterstützen.
- Da sich das Ess- und Trinkverhalten unmittelbar auf die affektive Dysregulation auswirkt und auch die Vulnerabilität für Krisen erhöht, sollte eine **Essstörung** unbedingt störungsspezifisch behandelt werden, wenn sich durch die BPS-Behandlung auch in diesem Bereich keine deutlichen Fortschritte erzielen lassen. Phänomenologisch berichten Betroffene mit *Bulimia nervosa* von Kontrollverlust über Emotionen, weshalb regulierende Verhaltensweisen funktional mit der Emotion verknüpft sind. Bei beiden Störungsbildern werden häufig Fertigkeiten trainiert, um diesen Kreislauf durch Reaktionsverhinderung zu unterbrechen und innere Anspannung zu regulieren und Kontrollverlust zu verhindern.

Allgemein lässt sich festhalten, dass die Behandlung komorbider Störungen in einem Gesamtbehandlungskonzept berücksichtigt und

hierfür im Einzelfall auch die Kombination mit stationärer Behandlung sowie Pharmakotherapie erwogen werden sollte. Weiterhin sollte die Behandlungsplanung in Rücksprache mit weiteren Berufsgruppen wie z. B. Fachärztinnen erfolgen, die ebenfalls Anteil an der Behandlung haben. Bei einer hohen Anzahl von Komorbiditäten und schwierigen Verläufen sollte unbedingt eine Supervisionsgruppe genutzt werden, um eine Hierarchie von Behandlungsfoci im Rational der Therapie zu verankern. Des Weiteren ergänzt die Behandlung einer komorbiden Störung die BPS-Therapie, deren Ziel es sein sollte, eine berufliche wie soziale Teilhabe zu ermöglichen.

26.2.5 Ausblick

Eine BPS geht mit immensen Auswirkungen auf fast alle Lebensbereiche einher. Neben z. T. schweren Formen von Selbstverletzungen, suizidalen Krisen und ausgeprägten Problemen bei der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen stellt die Behandlung der affektiven Dysregulation eine große Herausforderung für die Betroffenen wie auch für die Behandlerinnen dar. Die Therapieverfahren DBT und MBT erweisen sich bei der Behandlung dieser Syndrome als vielversprechend und erfolgreich, wengleich ein Teil der Betroffenen auch nach der Behandlung angibt, unter Gefühlen wie Einsamkeit und Scham zu leiden und anders zu sein als andere; dies trifft insofern zu, als ein Teil der Betroffenen weiterhin ein geringes Funktionsniveau in den Bereichen Soziales und Beruf besitzt.

Die wissenschaftliche Evidenz für die Berücksichtigung komorbider Störungen im Kontext modularer Behandlungsplanung ist dringend notwendig und steht zurzeit noch aus. Die Anpassung an die Patientinnen mit sowohl störungsspezifischen als auch transdiagnostischen therapeutischen Interventionen stellt dabei eine besondere Herausforderung und bedarf daher weiterer seriöser Therapieprozessforschung. Die Möglichkeiten der neurobiologischen Forschung, insbesondere der funktionellen Bildgebung, werden in den kommenden Jahren sicher verstärkt zur Aufklärung von Pathomechanismen wie zur Evaluation von psychotherapieinduzierten Veränderungen herangezogen werden. Daneben können auch neuartige Verfahren der Neuromodulation (z. B. die echtzeitbasierte fMRT) in die Psychotherapie integriert werden.

Aktuell stehen verschiedene Psychotherapien zur Behandlung einer BPS zur Verfügung, wobei u. a. für die DBT eine spezifische Wirksamkeit nachgewiesen wurde (> Kap. 34.6). Vor allem Suizidalität, NSSV und interpersonelle Probleme lassen sich wirkungsvoll behandeln. Hierunter lässt sich eine deutliche Steigerung der Lebensqualität erreichen, wengleich der Nachweis für eine spezifische Wirksamkeit bezogen auf geringen Selbstwert, Identitätsstörung sowie berufliche und soziale Teilhabe noch aussteht.

26.3 Therapie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung

Claas-Hinrich Lammers

Kernaussagen

- Die Therapie von Patientinnen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung weist verfahrensübergreifende Aspekte i. S. des Konzepts der allgemeinen Psychotherapie auf.
- Der therapeutischen Beziehungsgestaltung kommt eine besondere Rolle zu.
- Grundlegend für den Therapieprozess ist die Einsicht in die doppelte Selbstwertregulation (Größenselbst vs. vulnerables Selbst).
- Konfrontationen mit dem Größenselbst sind eher zu vermeiden. Stattdessen sollte dem vulnerablen Selbst Empathie und Validierung entgegengebracht werden.
- Verborgene adaptive Bedürfnisse insbesondere nach Bindung und Zufriedenheit werden identifiziert und zunehmend in entsprechende Handlungen umgesetzt.
- Die Verbesserung der kognitiven Empathie und interaktioneller Fertigkeiten steht im Mittelpunkt der Arbeit an dysfunktionalen Interaktionen.
- Bislang passive intrinsisch motivierte Interessen werden identifiziert und gefördert.

26.3.1 Diagnostische Kriterien, Klassifikation, Epidemiologie

Die narzisstische Persönlichkeitsstörung (NPS) wird anhand der Kriterien aus dem DSM-5 und mithilfe des strukturierten SKID-Interviews diagnostiziert, da die NPS in der ICD-10 nur unter F60.8 als „sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung“ geführt wird. Das in Studien häufig verwendete *Narzisstische Persönlichkeitsinventar* (NPI) ist hingegen nur für die Erfassung von narzisstischen Persönlichkeitsmerkmalen bei gesunden Menschen validiert und wird deswegen in der klinischen Diagnostik nicht eingesetzt. Der in der therapeutischen Praxis sehr häufige vulnerable Typ der NPS wird jedoch im Gegensatz zum grandiosen Typ durch das DSM-5 in seiner kategorialen Form nicht erfasst (Lammers 2019). Dies wird sich jedoch mit der neuen Persönlichkeitsstörungsdiagnostik der ICD-11 ändern, die keine Typisierung der Persönlichkeitsstörung (mit Ausnahme der BPS) zulässt. Folglich wird die NPS als solche nicht mehr diagnostiziert werden, sondern auf Grundlage der Diagnose einer PS werden grandiose und vulnerable narzisstische Eigenschaften beschrieben werden können (> Kap. 26.1).

MERKE

Narzisstische PS vom vulnerablen Typ, die sich mit der dimensional Persönlichkeitsstörungsdiagnostik nach ICD-11 gut beschreiben lassen, finden sich häufiger in therapeutischen Settings als PS vom grandiosen Typ.

26.3.2 Konzept der allgemeinen Psychotherapie

Es sind insbesondere Patientinnen mit einer Persönlichkeitsstörung, die aufgrund der Komplexität ihrer Problematik (Störungen auf den Ebenen der Kognitionen, Affektivität, Impulskontrolle, Bedürfnisbefriedigung, zwischenmenschlichen Beziehungen) der Integration verschiedener Modelle und Methoden der Psychotherapie bedürfen. Während man diese früher noch einzelnen Therapieverfahren zuordnete, kann man heutzutage diese Betrachtungsweise als veraltet ansehen. So ist die therapeutische Beziehungsgestaltung nicht die eigentliche Domäne der Gesprächspsychotherapie, die Arbeit mit frühen Beziehungserfahrungen nicht allein der Tiefenpsychologie zugehörig und die gezielte Veränderung von Verhaltensweisen nicht Eigentum der Verhaltenstherapie. Will man genau sein, dann müsste man von einer behavioral-kognitiv-emotional-interaktionellen Therapie sprechen, doch einfacher kann man den Begriff der allgemeinen Psychotherapie wählen, die auf den **vier Wirkfaktoren der Psychotherapie sensu Grawe basiert (1995)**:

- 1. Problemaktualisierung (prozessuale Aktivierung):** Die Probleme der Patientinnen werden in der Psychotherapie nicht nur thematisiert, sondern durch erlebnisaktivierende Interventionen auch unmittelbar erfahrbar und dadurch veränderbar gemacht. So gehören u. a. Techniken wie Fokussierung auf das emotionale Erleben, Stuhldialoge, Exposition, Rollenspiele, aber auch die therapeutische Beziehung zu den problemaktualisierenden Interventionen.
- 2. Problemklärung bzw. motivationale Klärung (Intentionsveränderung):** Dieser Wirkfaktor bezieht sich auf die Einsicht in die Bedingungsfaktoren der individuellen Problematik. Hierzu zählt insbesondere die Klärung von bewussten und unbewussten Zielen bzw. Motiven der Patientinnen vor dem Hintergrund ihrer biografischen Erfahrungen. Aber z. B. auch die Einsicht in den Angstkreislauf, die Verstärker bzw. aufrechterhaltenden Bedingungen von dysfunktionalen Verhaltensweisen oder das Erkennen von automatischen Gedanken gehören zur Problemklärung.
- 3. Problembewältigung (Intentionsrealisierung):** Die Therapeutin unterstützt die Patientinnen bei der Bewältigung ihrer Probleme und gibt ihnen Methoden an die Hand, mit denen sie ihre Probleme konstruktiv bearbeiten können. Techniken der Problembewältigung sind z. B. das Training sozialer Kompetenzen, Emotionsregulation, Expositionstraining, Imaginationsübungen oder kognitive Umstrukturierung.
- 4. Ressourcenaktivierung:** Um den anstrengenden Weg der Veränderung erfolgreich zu gehen, müssen die Patientinnen sich so oft wie möglich positiv, kompetent und akzeptiert erleben. Deswegen ist die Fokussierung auf ihre Fähigkeiten, positiven Eigenschaften, Interessen und Motivationen von grundlegender Bedeutung. Häufig können gerade Patientinnen mit einer Persönlichkeitsstörung nur aufgrund einer ausreichenden Ressourcenaktivierung die belastenden Schritte der Problemaktualisierung, -klärung und -bewältigung gehen. Bei der Ressourcenaktivierung spielt die therapeutische Beziehung eine zentrale Rolle.

MERKE

Die therapeutische Beziehungsgestaltung ist bei Patientinnen mit einer Persönlichkeitsstörung im Allgemeinen und mit einer narzisstischen PS im Speziellen entscheidend für deren Therapiemotivation und den Therapieerfolg.

Der auf diesen Wirkfaktoren basierende Ansatz einer allgemeinen Psychotherapie ermöglicht die flexible Ausrichtung der Interventionen an die individuellen Probleme der Patientin. So unterscheiden sich die Interventionen bei narzisstischen Patientinnen mit chronischer Erfolglosigkeit deutlich von denen mit einem leistungsbedingten Burnout oder mit einer akuten Beziehungskrise. Außerdem erleichtert ein solches Konzept die notwendige Anpassung des therapeutischen Vorgehens an die Ressourcen und Präferenzen der individuellen Patientin (sog. *Responsiveness*, Caspar und Grosse Holtforth 2009).

TIPP

Narzisstische Patientinnen sollten so häufig wie möglich in ihrer Psychotherapie positive, selbstwertstärkende Erlebnisse haben. Zu diesem Zweck sollte die Therapeutin neben der Fähigkeit zur Ressourcenaktivierung auch ein gehöriges Maß an Humor in die Therapie einbringen.

Die im Folgenden vorgestellte Therapie narzisstischer Patientinnen steht demnach im Zeichen einer allgemeinen Psychotherapie (Lammers 2014a). Sie umfasst Aspekte verschiedener Verfahren wie der kognitiven Verhaltenstherapie (Beck und Freeman 1999), der Schematherapie (Rödiger 2016), der Tiefenpsychologie (Yeomans et al. 2017), der Klärungsorientierten Psychotherapie (Sachse et al. 2011), dem *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy* (CBASP; McCullough et al. 2015) und der Mentalisierungs-basierten Therapie (MBT; Stalujanis und Euler 2019). Diese Verfahren weisen bereits untereinander große Schnittmengen auf, was sich auf der Praxisebene noch deutlicher als auf der Theorieebene zeigt. So unterliegt z.B. allen Verfahren die Konzeption von sog. Schemata, also impliziten Gedächtnisinhalten vergangener Beziehungserfahrungen (z. B. Vernachlässigung, Beschämung), auf deren Aktivierung die Patientinnen mit charakteristischen Bewältigungsstrategien reagieren (z. B. Selbstidealisation, Arroganz, Abwertung anderer), deren Dysfunktionalität zu einem Leidensdruck führt (z. B. Beziehungskrisen, berufliche Probleme). Auch messen alle genannten Verfahren der therapeutischen Beziehungsgestaltung eine zentrale Rolle in der Psychotherapie narzisstischer Patientinnen bei.

EVIDENZ

Bislang gibt es keine empirische Studie zur Wirksamkeit eines der genannten psychotherapeutischen Verfahren bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung.

26.3.3 Das Konfliktmodell narzisstischer Störungen

Gemäß dem **Modell der doppelten Selbstwertregulation** (Morf und Rhodewalt 2006) weisen narzisstisch gestörte Patientinnen sowohl einen grandiosen Selbstanteil (u. a. charakterisiert durch Selbst-



Abb. 26.2 Narzisstischer Kreislauf [L231]

idealisation, Größenideen, Abwertung anderer, Anspruchsdenken, Empathiearmut) als auch einen vulnerablen Selbstanteil auf (u. a. gekennzeichnet durch Scham, Hilflosigkeit, Angst, Einsamkeit). Im Rahmen ihrer pathologischen Selbstwertregulation sind die Patienten fortlaufend mit der Vermeidung bzw. Unterdrückung der Aktivierung ihres vulnerablen Selbstanteils beschäftigt. Hierzu dienen dem grandiosen Typ die bekannten narzisstischen Verhaltensweisen, die andere Menschen zu Bewunderung, Anerkennung, Unterwerfung u. ä. Reaktionen verleiten sollen, welche die wesentliche Quelle ihres Selbstwerts sind. Patientinnen vom vulnerablen Typ weisen solche Verhaltensweisen nicht auf, sondern sind im Kontakt eher angepasst und distanziert. Sie haben eher passive Größenfantasien, Misstrauen und innere Abwertung anderer Menschen, um ihren vulnerablen Selbstanteil zu kompensieren. Sowohl grandiose als auch vulnerable narzisstischen Verhaltensweisen führen, wie > Abb. 26.2 verdeutlicht, wiederum zu einer Instabilität sozialer Kontakte im privaten und beruflichen Bereich mit krisenhaften Zuspitzungen, die letztlich zum Leiden der Patientinnen beitragen (Kealy und Ogrodniczuk 2011).

MERKE

Narzisstische Patientinnen haben stark ausgeprägte Vermeidungsschemata hinsichtlich der wirklichen Nähe zu anderen Menschen, da eine solche Nähe unmittelbar zu einer Aktivierung ihres vulnerablen Selbst führt. Dieser Umstand ist wegweisend für die Bedeutung der therapeutischen Beziehungsgestaltung und für spezifische Ziele und Interventionen der Therapie.

Da es ihnen im Kontakt mit anderen Menschen primär um eine positive Resonanz geht, setzen narzisstische Patientinnen in manipulativer Art und Weise Verhaltensweisen ein, die oftmals beliebig oder vorgetäuscht sind (narzisstische Maske). Man spricht hier auch von einer extrinsischen Motivation (Heckhausen und Heckhausen 2010). Diese zeigt sich u. a. darin, dass sie Dinge nicht um ihrer selbst willen

tun, sondern aufgrund des zu erwartenden Nutzens in Form von Anerkennung und Bewunderung (sog. Performanzorientierung). Die Patientinnen fragen sich also weniger:

- „Welche Gefühle und Bedürfnisse habe ich gerade?“
- „Wie kann ich mir Unterstützung und Geborgenheit bei anderen Menschen sichern?“
- „Was bringt mir gerade Spaß?“

Vielmehr stellen sie sich eher die folgende Art von Fragen:

- „Was muss ich lernen/tun, damit ich den anderen überlegen bin?“
- „Mit welchem Hobby/Interesse komme ich am ehesten in die besten Kreise/kann ich vor den anderen glänzen/bin ich anderen überlegen?“
- „Wie kann ich am besten verhindern, dass ich mich vor den anderen blamiere/als Außenseiter dastehe/als mittelmäßig bewertet werde?“

MERKE

Narzisstische Patientinnen weisen eine **hohe extrinsische Motivation** bei einer gleichzeitig **niedrigen intrinsischen Motivation** auf.

Die hohe extrinsische Motivation geht mit einer Vernachlässigung der intrinsischen Motivation einher, insbesondere der Vernachlässigung stabiler Paarbeziehungen, Freundschaften oder nicht leistungsorientierter Interessen, also Aktivitäten, die ihren Anreiz in erster Linie aus dem Tätigkeitsvollzug beziehen und nicht aus den Ergebnissen (sog. Prozessorientierung). Die Betroffenen können deshalb keine stabile innere Welt bzw. ein authentisches Selbst unabhängig von einer konstanten äußeren Bestätigung aufbauen. Allein mit sich konfrontiert, erleben sie zumeist ein Gefühl der inneren Leere und der Sinnlosigkeit.

26.3.4 Therapeutische Interventionen

Folgende Ansätze bzw. Techniken können als entscheidend für eine erfolgreiche Therapie narzisstischer Patientinnen angenommen werden (Lammers 2014a):

1. Motivationale Arbeit und Aufbau einer therapeutischen Beziehung
2. Schemaanalyse mit Bildung von Übertragungshypothesen und Aktivierung vermiedener adaptiver Bedürfnisse bzw. Bearbeitung negativer Selbstwertschemata
3. Interaktionsanalyse und Training interaktioneller Kompetenzen
4. Reduktion der Anspruchshaltung und Förderung der Leistungsfähigkeit
5. Förderung intrinsisch motivierter Interessen

Motivationale Arbeit

Narzisstische Patientinnen kommen entweder in krisenhaften Zuspitzungen oder mit einer im Vordergrund stehenden komorbiden Störung zur Therapeutin (z. B. Depression, Burnout, Suchterkrankung). Handelt es sich um eine krisenhafte Zuspitzung, dann scheinen die

Patientinnen auf den ersten Blick oftmals erstaunlich einsichtig in ihre narzisstische Problematik („Ich habe mich immer nur um mich selbst gedreht und meinen Mann und meine Kinder vernachlässigt!“) und motiviert für eine Psychotherapie („Ich will mein Leben ändern!“). Es ist allerdings ratsam, dieses defizitorientierte Angebot nicht in vollem Umfang anzunehmen, sondern der Patientin zunächst ressourcenorientiert zu begegnen („Ich sehe Ihre derzeitigen Probleme sehr wohl, aber Sie scheinen bislang in vielen Gebieten Ihres Lebens durchaus erfolgreich gewesen zu sein!“). Geht die Therapeutin zu sehr auf die krisenhaft bedingte Vulnerabilität der Patientin ein, besteht die Gefahr, dass diese sich nach kurzer Zeit unterlegen und beschämt fühlt und in der Folge die Therapie abbricht. Kommt die Patientin mit einer komorbiden psychischen Störung, dann besteht die Kunst darin, ihre narzisstische Problematik als wesentliche Bedingung ihrer aktuellen Problematik herauszuarbeiten.

Die diesbezüglich häufig geäußerten Befürchtungen, dass narzisstische Patientinnen beim Stichwort Narzissmus gekränkt und demotiviert reagieren, ist sicherlich überzogen. Erfahrungsgemäß sind sich viele narzisstische Patientinnen ihrer Problematik durchaus bewusst, wollen dies aber gegenüber der Therapeutin nicht eingestehen. Entscheidend für die weitere Therapiemotivation ist einerseits das gemeinsame Herausarbeiten eines klaren und positiven Ziels für die Psychotherapie und andererseits eine therapeutische Beziehungsgestaltung, die den interaktionellen Bedürfnissen der Patientin entgegenkommt (s. u.).

PATIENTENINFO

Wie erläutere ich Patientinnen dieses Krankheitsbild?

Die Diagnose einer narzisstischen PS sollte i. S. der Ressourcenorientierung erfolgen, was bedeutet, dass zunächst die Vorteile eines gesunden Narzissmus zur Darstellung kommen. Die störungsbedingenden Defizite können dann nach der **80:20-Regel** erläutert werden: „Zu 80 % sind Ihre Persönlichkeitseigenschaften in Ordnung bzw. von Vorteil. Sie haben nur 20 % zu viel von diesen, was letztlich dann Ihr Problem verursacht. Deswegen möchte ich nicht an Ihrer gesamten Persönlichkeit arbeiten, sondern nur an diesen 20 %.“

Um möglichst positive Ziele zu verfolgen, sollte in der Therapie von Beginn an der Fokus auf die Identifizierung adaptiver Bedürfnisse bzw. intrinsischer Motive gelegt werden, welche die Patientin aufgrund ihrer pathologischen Selbstwertregulation und interaktionellen Fertigungsdefizite bislang vernachlässigt hat. Hieraus können die positiven Therapieziele abgeleitet werden.

TIPP

Hilfreich ist es, die narzisstischen Bedürfnisse als Ersatzbefriedigung für verborgene adaptive Bedürfnisse (insbesondere nach Akzeptanz, Geborgenheit, Zufriedenheit) zu benennen.

Diese positiven Therapieziele sollten auch im Sinne einer werteorientierten Arbeit, wie sie in der Akzeptanz und Commitment-Therapie beschrieben wird (Eifert 2022), betrachtet und verfolgt werden.

Aufbau einer therapeutischen Beziehung

VERMEIDBARE FEHLER

Auf Konfrontationen sollte weitgehend verzichtet werden, da von Anfang an eine vertrauensvolle und tragfähige therapeutische Beziehung im Mittelpunkt des Bemühens der Therapeutin stehen sollte. Narzisstischen Patientinnen fällt es naturgemäß schwer, eine Patientinnenrolle einzunehmen und Vertrauen zu einem anderen Menschen aufzubauen.

Die notwendige Reduktion narzisstischer Verhaltensweisen lässt sich erfahrungsgemäß besser auf indirektem Wege erreichen. Wenn die Patientinnen nämlich ihre therapeutischen Ziele erreichen wollen, müssen sie Verhaltensweisen erlernen, die mit ihren bisherigen narzisstischen Bewältigungsstrategien nicht kompatibel sind, z. B. wenn eine Patientin eine Stabilisierung ihrer beruflichen Beziehungen anstrebt und hierfür sozial kompetente Verhaltensweisen erlernen muss, die nicht mit Wutausbrüchen vereinbar sind. Durch diese Vorgehensweise müssen sich die Patientinnen gewissermaßen selbst mit ihren narzisstischen Verhaltensweisen konfrontieren. Ist eine Konfrontation jedoch unumgänglich, dann sollte diese in Form einer empathischen Konfrontation erfolgen, z. B.: „Ich kann verstehen, dass Sie diese Kritik als ungerechtfertigt erlebt haben, aber können Sie verstehen, dass Ihr Wutanfall für die andere Person sehr bedrohlich war?“

Die therapeutische Beziehungsgestaltung mit narzisstischen Patientinnen lässt sich in zwei wesentliche Aspekte unterteilen:

- Die therapeutische Beziehung als Arbeitsbeziehung und
- die therapeutische Beziehung als Ort der Problemaktualisierung, -klärung und -bewältigung interaktioneller Konflikte.

Therapeutische Beziehung als Arbeitsbeziehung

Eine persönliche und vertrauensvolle therapeutische Beziehung soll der Patientin helfen, therapiemotiviert zu sein und an ihren Problemen zu arbeiten. Diese sog. **Arbeitsbeziehung** (Bordin 1979) kann man unter Berücksichtigung dreier Ebenen konzeptualisieren:

- **Übereinstimmung in Zielen zwischen Patientin und Therapeutin:** Welche Veränderung möchte die Patientin durch die Therapie erreichen? Woran wird sich der Erfolg der Therapie konkret zeigen? Beispiel: Stabilisierung ihrer Beziehung, bessere Anpassung an die Erfordernisse ihres Berufslebens, befriedigendere Gestaltung ihres Privatlebens.
- **Übereinstimmung in Aufgaben zwischen Patientin und Therapeutin:** Wie sollen diese Ziele erreicht werden? Welche Vorgehensweisen und Interventionen sind für die individuelle Patientin hierbei hilfreich bzw. werden von ihr bevorzugt? (z. B. Rollenspiel, kognitive Umstrukturierung, Exposition, emotionsbezogene Arbeit, Verhaltensaktivierung u. v. m.).
- **Affektive Beziehung:** Die Patientin fühlt sich von ihrer Therapeutin wertgeschätzt, verstanden und unterstützt. Sie vertraut ihr und hat Hoffnung, dass sie ihr bei ihren Problemen helfen wird. Für eine affektive Bindung mit narzisstischen Patientinnen können u. a. die folgenden Strategien und Beziehungsangebote hilfreich sein (Lammers 2014b):
 - Empathie, positive Wertschätzung und Akzeptanz sowie Kongruenz und Echtheit der Therapeutin;
 - das Angebot einer spürbar persönlichen, individuellen und engagierten Beziehung;

- eine komplementäre Beziehungsgestaltung, in deren Rahmen die Therapeutin nicht auf die dysfunktionale narzisstische Interaktion reagiert, sondern sich der Befriedigung zentraler, aber verborgener interaktioneller Bedürfnisse der Patientin zuwendet (vor allem nach Akzeptanz und Geborgenheit);
- eine therapeutische Selbstenthüllung über eigene, jedoch erfolgreich bewältigte, Schwächen, Misserfolge und Bedürfnisse, um der Patientin auf Augenhöhe zu begegnen und auch ein positives Modell zu sein;
- die Fokussierung auf positive sowie bedürfnis- und ressourcenorientierte Eigenschaften und Ziele (und nicht überwiegend auf die Defizite der Patientin);
- eine hohe Akzeptanz seitens der Therapeutin für selbstbewusste, dominante, eitle und ehrgeizige Menschen.

MERKE

Dass man narzisstische Patientinnen „füttern“ oder ihnen „Honig um den Bart“ schmieren sollte, ist vom Tonfall abwertend und daher im Sprachgebrauch auch unter Kolleginnen zu vermeiden. Vielmehr sollte man von einer ressourcenorientierten Haltung sprechen.

Die therapeutische Beziehung als Ort der Problemaktualisierung

Die therapeutische Beziehung ist aber auch ein Ort der **Problemaktualisierung**, denn die Patientin legt gegenüber ihrer Therapeutin ihre narzisstischen Erlebnis- und Verhaltensweisen an den Tag. Die Arbeit an der Problemaktualisierung in der therapeutischen Beziehung erfolgt explizit, d. h., das Problemverhalten der Patientin und dessen Psychodynamik wird von der Therapeutin offen thematisiert und bearbeitet (Bsp. „Sie scheinen mir gerade angespannt und genervt zu sein. Wollen Sie mir einmal berichten, was Sie gerade gefühlt und gedacht haben?“). Dieses Vorgehen entspricht im Kern der Arbeit an der **Übertragung**, wie sie aus der Tiefenpsychologie bekannt ist. Jedoch ist nicht jede Problemaktualisierung auch als Übertragung *sui generis* zu betrachten. Als Übertragung bezeichnet man ein unbewusst motiviertes Verhalten, das aus der Reaktivierung von Emotionen, Erwartungen, Befürchtungen und Verhaltensweisen aus der Lerngeschichte zu erklären ist. Viele narzisstische Verhaltensweisen erklären sich jedoch aus anderweitigen Lernprozessen. So kann z. B. ein dominantes Verhalten der Patientin vielmehr zur Erreichung ihrer Ziele dienen und somit nicht Teil einer Schemaaktivierung sein.

Angesichts einer Problemaktualisierung kann die Therapeutin zunächst Hypothesen über die Bedingungsfaktoren bilden, d. h. das Problemverhalten in das Fallkonzept der Patientin einordnen (s. u.). Zu den Bedingungsfaktoren des Problemverhaltens gehören u. a. Aspekte wie:

- Welches sind die möglicherweise passenden Grundannahmen und konditionalen Gedanken bzw. Pläne?
- Welche problematischen Emotionen könnte die Patientin durch ihr Verhalten zu vermeiden bzw. zu bekämpfen versuchen?
- Welche Reaktionen bewirkt oder verhindert die Patientin durch ihr Verhalten bei der Therapeutin?
- Zu welchen Erlebnissen in der Entwicklungsgeschichte passt dieses Verhalten?

- Welches adaptive Bedürfnis liegt dem Problemverhalten zugrunde (zu dem die Therapeutin sich komplementär verhalten könnte)?

MERKE

Grundsätzlich sollten die Patientinnen durch die Art der therapeutischen Beziehung korrigierende Neuerfahrungen machen, die ihren Annahmen und alltäglichen Beziehungserfahrungen gegenläufig sind, z. B. wenn sie bei Thematisierung ihres vulnerablen Selbst und dem damit einhergehenden Erleben von Emotionen wie Scham und Angst entgegen ihren Erwartungen Empathie, Akzeptanz und Respekt erfahren.

Vor diesem Hintergrund lässt sich anhand der jeweiligen Problemaktualisierung die doppelte Selbstwertregulation der Patientin klären. Die Patientin kann so mit ihrer Therapeutin exemplarisch eine neue Form der Beziehungsgestaltung lernen, die durch eine größere emotionale Offenheit und das Erleben von Nähe, einer reifen Abhängigkeit, Gleichberechtigung und Reziprozität geprägt ist. Hierzu dient die Therapeutin auch als Modell, wenn sie u. a. im Rahmen einer therapeutischen Selbstoffenbarung auch einen angemessenen Umgang mit eigenen Schwächen und Misserfolgen aufzeigen kann. Durch das empathisch-validierende Beziehungsangebot wird der Patientin darüber hinaus ein besserer Zugang zu sich selbst, zu ihren Emotionen und Bedürfnissen ermöglicht. In der Folge kann sie eine größere Kongruenz zwischen ihrem bewussten Erleben, Bedürfnissen und Vorstellungen von sich selbst herstellen. Dies mündet dann idealerweise in eine Verhaltensänderung (s. u.).

Fallbeispiel

Die Patientin idealisiert ganz offensichtlich ihre Therapeutin, u. a. indem sie ihr immer wieder ihr volles Vertrauen ausspricht und betont, wie froh sie sei, so eine kompetente Therapeutin gefunden zu haben. Hierauf angesprochen antwortet die Patientin sinngemäß, dass es ihre Hoffnung sei, dass sie auch für ihre Therapeutin eine besondere Patientin sei und nicht bloß irgendeine von den vielen 0815-Patientinnen. Dies würde ihr ein gutes Gefühl geben. In der sich hieran anschließenden Schemaarbeit stellt sich heraus, dass der Umgang mit „besonderen Menschen“ ihr immer wieder geholfen habe, sich nicht selbst als durchschnittlich und wertlos zu bewerten, was mit starken Schamgefühlen einhergeht (vulnerables Selbst), sondern als besonders (grandioses Selbst). Beziehungen auf Augenhöhe wertet die Patientin ab, da sie sich hier als mittelmäßig erlebt.

Schemaanalyse mit Bildung von Übertragungshypothesen und Bearbeitung negativer Selbstwertschemata

Im Rahmen der Schemaanalyse wird den Patienten der Zusammenhang zwischen ihrem grandiosen und ihrem vulnerablen Selbst verdeutlicht. Dabei entspricht das **vulnerable Selbst** den maladaptiven Schemata nach Young et al. (2008), den dysfunktionalen Grundannahmen nach Beck und Freeman (1999), den negativen Selbstschemata nach Sachse et al. (2011) bzw. den primären maladaptiven

Emotionen nach [Greenberg \(2006\)](#). Am häufigsten wird hierbei nach dem Modusmodell der Schematherapie gearbeitet, das den situativ aktivierten Erlebniszustand der Patientin zusammen mit den Verhaltenstendenzen in den Mittelpunkt der Schemaanalyse stellt (Bsp.: Eine Patientin reagiert auf Kritik mit Ärger und Gegenwürfen, um die durch die Kritik aktivierten Schamgefühle zu bekämpfen). Eine Schemaanalyse kann dabei auf verschiedenen Wegen erfolgen, z. B.:

1. Verhaltensanalysen mit Fokus auf die vertikale Analyse
2. Übertragungsanalyse (Problemaktualisierung in der therapeutischen Beziehung)
3. Emotionsfokussierte Arbeit
4. Biografische Arbeit

MERKE

Zur Schemaanalyse gehört zwingend die biografische Arbeit, da es die Erlebnisse insbesondere in der frühen Lerngeschichte sind, die zur Entstehung von maladaptiven Schemata führen. Deren Aufdeckung und Thematisierung bedeuten für die Patientinnen häufig bereits eine Erleichterung und ermöglichen der Therapeutin einen besseren Zugang zu ihnen.

Die Schemaanalyse sollte in einem Fallkonzept münden, in dessen Mittelpunkt die **doppelte Selbstwertregulation** mit dem grandiosen und dem vulnerablen Selbst sowie deren Verbindung mit verborgenen adaptiven Emotionen einerseits und dysfunktionalen Bewältigungsstrategien andererseits steht.

Aus dem Fallkonzept (> [Abb. 26.3](#)) lassen sich u. a. die folgenden Interventionen direkt ableiten:

- Korrektur dysfunktionaler Grundannahmen, Regeln und Pläne (z. B. „Andere wollen sich nur über mich lustig machen“ oder „Eigentlich bin ich nicht liebenswert“)
- Emotionsregulation von Scham, Angst und anderen problematischen Emotionen
- Identifikation und Akzeptanz adaptiver Bedürfnisse (z. B. „Ich möchte akzeptiert und gemocht werden“)
- Umsetzung adaptiver Bedürfnisse in entsprechende Verhaltensweisen (z. B. Aufbau von befriedigenden Beziehungen mit Freunden)
- Training von Empathie und sozial kompetenten Verhaltensweisen (z. B. aktives Zuhören)
- Korrektur dysfunktionaler Verhaltensweisen (z. B. Reduktion von arroganten und abwertenden Verhaltensweisen)

Dabei ist die Schemaanalyse nicht nur Problemlösung, sondern natürlich auch Problemaktualisierung, da die Patientinnen mit ihrem vulnerablen Selbst in Kontakt gebracht werden. Gleichzeitig ist sie aber bereits Teil der Problemlösung, denn hierbei lernen sie, sich mit ihrer verletzlichen Seite auseinanderzusetzen, eine Neubewertung von problematischen Persönlichkeitsanteilen vorzunehmen und die hierbei auftretenden Emotionen regulatorisch zu bearbeiten. Durch die biografische Arbeit wird das vulnerable Selbst als Ausdruck von frustrierten adaptiven Bedürfnissen herausgearbeitet (z. B. Scham als Ausdruck für ein frustriertes Bindungsbedürfnis durch ein vernachlässigendes und abwertendes Verhalten seitens der Eltern).

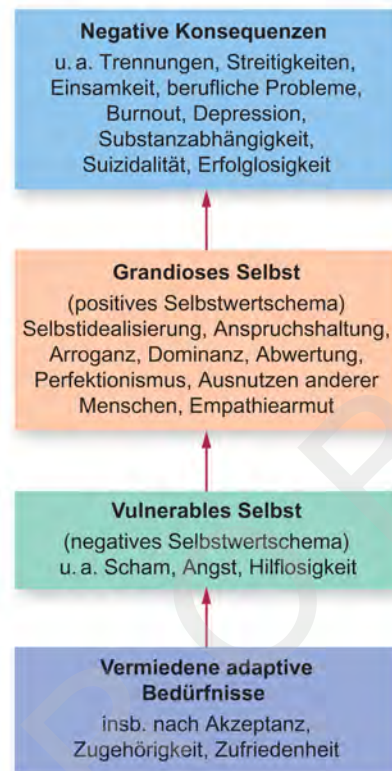


Abb. 26.3 Fallkonzept [L231]

MERKE

Diese adaptiven Bedürfnisse (sog. Motivebene nach [Sachse et al. 2011](#)) spielen in der weiteren Therapie eine entscheidende Rolle, denn hieran lassen sich die individuellen Therapieziele der Patientinnen festmachen. Außerdem sind sie auch Ziel der komplementären Beziehungsgestaltung (s. o.).

Da die schemagetriggerten interaktionellen Konflikte im Mittelpunkt der Therapie stehen, sollte die Schemaanalyse direkt mit der Liste prägender Bezugspersonen und der Formulierung von Übertragungshypothesen kombiniert werden. Die pathologische Selbstwertregulation ist nämlich wesentlich durch die Einflüsse prägender Bezugspersonen bedingt, die in der Gegenwart als Übertragung in Bezug auf andere Personen und insbesondere auf die Therapeutin wirksam sind ([Yeomans et al. 2017](#); [McCullough 2012](#)). Die Patientin wird im Rahmen der **Liste prägender Bezugspersonen** (CBASP-Strategie) zunächst angeleitet, die wichtigsten prägenden Bezugspersonen zu benennen, die ihre Persönlichkeit und ihren Lebensweg wesentlich beeinflusst haben. Anschließend wird für jede dieser Bezugspersonen eine Prägung formuliert. Diese gibt die Auswirkungen der Beziehungserfahrungen mit dieser bestimmten Person auf das heutige Erleben interaktioneller Situationen (Emotionen und Kognitionen) und als Konsequenz das daraus resultierende Verhalten wieder. Die Therapeutin achtet deswegen besonders darauf, dass die narzisstischen Erlebnis- und Verhaltensweisen des grandiosen Selbst sowie die Bewältigungsstrategien zur Vermeidung und Unterdrückung des vulnerablen Selbst bereits bei den Prägungen aufgedeckt werden.

Vor diesem Hintergrund stellen Therapeutin und Patientin **Übertragungshypothesen** auf, die wesentliche Beziehungserwartungen bzw. -befürchtungen und hieraus resultierende Verhaltensweisen erfassen, die sich aus den Prägungen der Patientin ergeben.

Anhand von Übertragungshypothesen können auch potenzielle und aktuelle Konflikte zwischen der Patientin und ihrer Therapeutin thematisiert und zur Analyse und Bearbeitung der Schemata und der interaktionellen Konflikte genutzt werden (McCullough 2015). Die Übertragungshypothesen beziehen sich auf vier Bereiche:

- **Nähe/Intimität**
Beispiel: „Wenn ich meiner Therapeutin näherkomme, dann wird sie mich uninteressant und nicht liebenswert finden. Daher gehe ich auf Distanz.“
- **Fehler/Versagen**
Beispiel: „Wenn ich einen Fehler mache, dann wird mich meine Therapeutin abwerten oder auslachen. Daher versuche ich, immer alles sehr gut zu machen und sie zu beeindrucken.“
- **Emotionale Bedürftigkeit**
Beispiel: „Wenn ich etwas von meiner Therapeutin brauche, dann wird sie nicht für mich da sein. Daher gehe ich lieber auf Distanz und zeige nicht meine bedürftige Seite.“
- **Umgang mit negativen Gefühlen**
„Wenn ich Angst habe, wird meine Therapeutin mich nicht verstehen und nicht respektieren. Daher werde ich mich kompetent und überlegen verhalten.“

Die Prägungs- bzw. Schemaanalyse und die Übertragungshypothesen ermöglichen die Problematisierung und Veränderung des grandiosen und des vulnerablen Selbst. Zur Bearbeitung beider Selbstwertschemata werden u. a. Techniken der kognitiven Therapie eingesetzt (u. a. Verhaltensanalysen, Disputation von Grundannahmen, kognitive Umstrukturierung; vgl. z. B. Hautzinger und Pössel 2017). Insbesondere zur Verbesserung der interaktionellen Fertigkeiten gehört die Bearbeitung dysfunktionaler konditionaler Annahmen, die sich aus den Übertragungshypothesen und den Verhaltensanalysen ableiten lassen. Wesentlich hierbei sind **dysfunktionale Annahmen**

- zu den Einstellungen und Motivationen anderer Menschen (z. B.: „Andere Menschen suchen bei mir nur nach meinen Schwachstellen“ oder: „Wenn ich nicht jederzeit meine Stärken präsentiere, bin ich uninteressant und werde nicht beachtet“);
- zu den befürchteten negativen Folgen einer Verhaltensänderung (z. B.: „Wenn ich mich bedürftig zeige, dann bin ich schwach und hilflos“ oder: „Wenn ich einen Fehler mache, werde ich von den anderen ausgelacht“);
- in Form von Lebensregeln (z. B.: „Jeder kämpft für sich allein und interessiert sich nur für sich“ oder: „Ich muss immer die Beste sein“).

Abgesehen von den kognitiven Strategien kann eine Reihe von weiteren Techniken zur Anwendung kommen, z. B.

- **Emotionsregulation** zur Veränderung der problematischen Emotionen (vor allem Scham, Einsamkeit und Hilflosigkeit) des vulnerablen Selbst (Lammers 2015)
- **Zwei-Stuhl-Technik** (Young et al. 2005), mit deren Hilfe Anteile des vulnerablen und des grandiosen Selbst in Kontakt gebracht und durch eine geleitete Auseinandersetzung verändert werden können (in dem Sinne, dass das vulnerable Selbst stärker und

selbstbewusster und das grandiose Selbst nachsichtiger und unterstützender wird)

- Neuerfahrungen durch **Verhaltensänderungen** vor allem im interaktionellen Bereich (s. u.)

Schließlich können auch Problemaktualisierungen in der therapeutischen Beziehung dazu genutzt werden, korrigierend an den Selbstschemata zu arbeiten.

Interaktionsanalyse und Training interaktioneller Kompetenzen

Das Leiden narzisstischer Patientinnen resultiert wesentlich aus den negativen Konsequenzen ihrer narzisstischen Verhaltensweisen im Privatleben und Beruf (Kealy und Ogrodniczuk 2011). Insofern zielt die veränderungsorientierte therapeutische Arbeit vor dem Hintergrund der Therapieziele (insbesondere Stabilisierung von Beziehungen) auf die Verbesserung der kognitiven Empathie und den Aufbau interaktioneller Fertigkeiten. Durch das Training der kognitiven Empathie, auch Perspektivwechsel genannt, können die Patientinnen ein tieferes Verständnis für die Bedürfnisse und Motive ihrer Interaktionspartner entwickeln und vor diesem Hintergrund ihr Verhalten entsprechend verändern. Gleichmaßen wird am Aufbau von interaktionellen Kompetenzen gearbeitet, die einen bestmöglichen Kompromiss zwischen den eigenen Bedürfnissen und denen anderer Menschen ermöglichen (z. B. „Wie muss ich mich verhalten, wenn ich die Beziehung mit meiner Frau stabilisieren möchte?“ oder „Wie kann ich im Beruf meine Interessen wirksam vertreten, ohne dass ich meine Mitarbeiter verletze?“).

TIPP

Häufig geht es bei den Verhaltensänderungen anfänglich um ein So-tun-als-ob, d. h., obwohl die Patientinnen z. B. kein Interesse an dem anderen Menschen haben, verhalten sie sich so, als ob sie ein Interesse verspüren würden. Die positiven Erfahrungen, die sie durch dieses gezielte Verhalten machen, wirken zurück auf ihr Erleben sozialer Situationen und stimulieren damit ein genuines Interesse.

MERKE

Die Erreichung wesentlicher Therapieziele narzisstischer Patientinnen (vor allem Stabilisierung von Beziehungen) geht nur über ein tieferes Verständnis und die Befriedigung der Bedürfnisse anderer Menschen. Deswegen ist das Training der kognitiven Empathie und hierauf aufbauenden Verhaltensänderungen entscheidend für den Erfolg der Psychotherapie.

Zur besseren Einschätzung bzw. Visualisierung des bisherigen Interaktionsstils der Patientinnen und des angestrebten Interaktionsstils kann der sog. **Kiesler-Kreis** (> Abb. 26.4) verwendet werden. Der charakteristische interaktionelle Stil einer Person wird dabei als Stimuluscharakter bezeichnet, da dieser wiederum bei der anderen Person zu bestimmten Reaktionstendenzen führt.

Um der Patientin die situationspezifischen Ursachen und Auswirkungen ihrer Verhaltensweisen auf ihre Interaktionspartner einsichtig zu machen (Training kognitiver Empathie) und an diesen veränderungsorientiert zu arbeiten, bietet sich eine **Interaktionsanalyse** (> Box 26.6) an, die der Situationsanalyse in CBASP ähnelt (Lam-

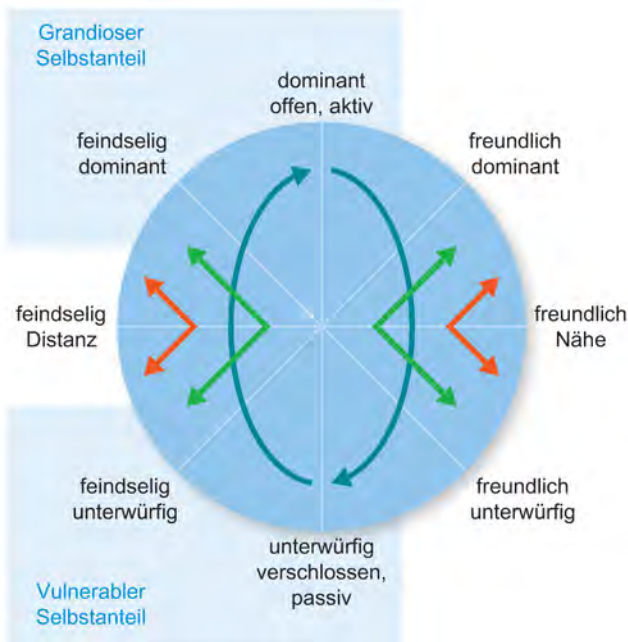


Abb. 26.4 Kiesler-Kreis [L231]

mers 2014a). Grundlage dieser Interaktionsanalyse ist das Wissen der Patientin um ihre dysfunktionalen Motive und Verhaltensweisen sowie ihre verborgenen adaptiven Bedürfnisse und die sich hieraus ergebenden Therapieziele. Mittels dieser Interaktionsanalyse lernen die Patientinnen dann, sich einerseits auf die Bedürfnisse und Motive anderer Menschen zu konzentrieren und sie zu verstehen (Training der kognitiven Empathie). Andererseits hinterfragen sie ihre expliziten narzisstischen Motive und beschäftigen sich mit ihren bislang verborgenen impliziten adaptiven Motiven. Die Patientinnen arbeiten somit auch an einer Empathie für ihre eigene Person. Dieses Training der kognitiven Empathie wird insbesondere von der mentalisierungs-basierten Therapie vertreten (Simonsen und Euler 2019).

BOX 26.6

Interaktionsanalyse

1. Objektive Beschreibung der Interaktionssituation
Beispiel: „Meine Kollegin hat in der Projektgruppe eine Idee von mir kritisch hinterfragt.“
2. Wie war Ihre Haltung bzw. Ihr Verhalten in der Situation (Einordnung im Kiesler-Kreis)? Welche Annahmen hatten Sie über die Motivation der anderen Person?
„Feindselig-dominant. Ich habe sie persönlich attackiert. Meine Annahme war, dass sie mich fertigmachen will.“
3. Was waren wahrscheinlich die Bedürfnisse und Motive der anderen Person in der Interaktion?
„Wahrscheinlich wollte sie gerne ihre eigene Idee in den Vordergrund stellen.“
4. Welche Auswirkung hatte Ihr Verhalten auf die andere Person?
„Sie hat sich zurückgezogen und nicht mehr mit mir gesprochen. Auch nach der Sitzung ist sie mir aus dem Weg gegangen.“
5. Wie würden Sie im Nachhinein den Ausgang der Interaktion vor dem Hintergrund Ihrer Therapieziele beurteilen?

„Der Ausgang war nicht gut, da ich mit der Kollegin zusammenarbeiten muss, und wir uns hierfür einigermaßen verstehen müssen.“

6. Welches Verhalten hätte in dieser Interaktion zur Stabilisierung dieser Beziehung beigetragen?

„Ich hätte auf das persönliche Attackieren verzichten und mich auf sachliche Argumente beschränken sollen. Außerdem hätte ich meiner Kollegin etwas mehr Raum geben können.“

Vor dem Hintergrund der Therapieziele, der Schemaarbeit und der Interaktionsanalyse wird anschließend an den konkreten Verhaltensdefiziten der Patientinnen gearbeitet. Ein individuelles Training von interaktionellen Fertigkeiten (u. a. durch Rollenspiele und Verhaltensexperimente) soll den Patientinnen helfen, Beziehungen positiver zu gestalten und damit ihre bislang vermiedenen adaptiven Bedürfnisse besser zu befriedigen.

Fallbeispiel

Die Patientin hatte regelmäßig Streit mit einer Arbeitskollegin, weil sie der Meinung war, sie würde ihr nicht schnell genug zuarbeiten („Die blockiert mich, weil sie faul ist!“). In der Interaktionsanalyse konnte sie mittels kognitiver Empathie feststellen, dass ihre Kollegin, die in einer anderen Abteilung arbeitete, sich zunächst ihrer Abteilungsleiterin und deren Anforderungen verpflichtet fühlte und erst in zweiter Linie ihr zuarbeiten konnte. Hieraus konnte die Patientin den Schluss ziehen, dass ihre bisherige Strategie, die in Ausübung von Druck und Beschimpfungen bestand, dazu führte, dass die Kollegin ihr zunehmend aus dem Weg ging und deren Abteilungsleiterin gegenüber der Patientin nun aggressiv auftrat. Vor diesem Hintergrund entschied sie sich dafür, ein aktives Verständnis für die Problematik ihrer Kollegin an den Tag zu legen und hierüber Sympathie aufzubauen, die schließlich die Zusammenarbeit für beide Seiten positiver gestalten sollte.

Zu diesem Verhaltenstraining sollte auch das **Training von Strategien zur reziproken Kommunikation** bzw. ein Training prosozialer Fertigkeiten gehören, die bei narzisstischen Patientinnen häufig defizitär sind (Lammers 2014a).

- Verbindliche und bestätigende Verhaltensweisen (z. B. Kopfnicken, Sätze wie „Ich verstehe“, „Wie interessant“ oder „Ok“)
- Reflektierendes Zuhören (z. B. Nachfragen: „Habe ich das richtig verstanden, dass...?“ oder Bestätigungen: „Aha, Sie fanden also, dass...“)
- Empathisch auf den anderen eingehen: mögliche Gefühle, Gedanken und Bedürfnisse der anderen Person ansprechen und diese zur Grundlage der weiteren Kommunikation machen (z. B. „Ich habe den Eindruck, dass Du gerade erschöpft bist und eine Pause bräuchtest“).
- Einverständnis und Verständnis signalisieren: Der Versuch, sich in Bezug auf die Ansichten des Gegenübers verständnisvoll zu zeigen, ist eine wirksame Übung, um mehr Nähe und Verbindlichkeit im Kontakt herzustellen (z. B. „Ich verstehe, dass Sie sich gerade überfordert fühlen und kann das angesichts Ihrer Arbeitslast gut nachvollziehen“).

- **Kompromisse suchen und herausarbeiten:** Nach einer gemeinsamen Position zu suchen und Lösungen vorzuschlagen, welche dem Interesse beider Seiten dienen (z. B. „*Ok, ich kann verstehen, dass Du keinen Krimi schauen willst und ich eben keine Love-Story. Könnten wir uns auf eine Komödie einigen?*“).
- **Respektieren und Loben:** Zu einer reziproken Beziehungsgestaltung gehört auch das Bekunden von Respekt bzw. das Loben für die Leistungen und Eigenschaften der anderen Person.
- **Sich entschuldigen:** Der Alltag des Zusammenlebens bringt viele Situationen hervor, in welchen wir Menschen Fehler machen, ob wissentlich oder unwissentlich. Sich entschuldigen zu können ist unerlässlich für stabile Beziehungen (z. B. „*Es tut mir leid, war mein Fehler*“).
- **Eskalationen vermeiden:** Da sich einige Meinungsverschiedenheiten grundsätzlich oder aber auch nur temporär nicht lösen lassen, sollten Diskussionen eher abgebrochen werden, anstatt diese zur Eskalation zu treiben (z. B. „*Vielleicht wäre es besser, wenn wir heute Abend noch einmal darüber reden würden und hier erst einmal Schluss machen?*“).

In geeigneten Situationen Anteilnahme zeigen und Unterstützung anbieten

- Wichtigen Bezugspersonen bewusst etwas Gutes tun
- Eigene Unzulänglichkeiten und Fehler offenbaren

TIPP

Einem anderen Menschen bewusst und gezielt etwas Gutes zu tun ist für die meisten narzisstischen Patientinnen eine große Herausforderung, da sie in ihrem bisherigen Leben kaum auf diese Idee gekommen sind. Können sie aber unter therapeutischer Anleitung diesbezüglich aktiv werden, machen sie zumeist eine sehr positive und korrigierende Erfahrung.

Reduktion der Anspruchshaltung und Förderung der Leistungsfähigkeit

Narzisstische Patientinnen haben eine sehr hohe und oftmals unrealistische Anspruchshaltung nicht nur gegenüber anderen Personen, sondern auch an sich selbst. Diese Anspruchshaltung geht mit erheblichen Belastungen und Frustrationen einher, da zu deren Erfüllung i. d. R. ein extremer Arbeitsaufwand notwendig ist, der mit hohem, chronischem Stress verbunden ist und nur unter Vernachlässigung eines befriedigenden Privatlebens zu leisten ist. Dies ist wiederum häufig der Nährboden für ein Burnout-Syndrom oder eine Depression. Auf der anderen Seite kann eine zu hohe und vor allem unrealistische Anspruchshaltung dazu führen, dass Patientinnen ihr aktives Bemühen um die Erreichung ihrer hochgesteckten Ziele aufgeben und weniger in realen Erfolgen als in narzisstischen Fantasien ihre Befriedigung suchen (z. B. wenn sie sich wegen Versagenssituationen bzw. Versagensängsten vom Berufsleben zurückziehen).

CAVE

Vermeidbare Fehler

Chronisch depressive Patientinnen werden häufig jahrelang erfolglos mit den verschiedensten Psychopharmaka behandelt, bis eine Behandlerin auf die Idee kommt, dass dieser Depression eine narzisstische Problematik

i. S. des vulnerablen Narzissmus zugrunde liegen könnte. Damit ist aber häufig leider noch nicht viel gewonnen, denn i. d. R. fehlt es sowohl auf Therapeutinnen- als auch Patientinnenseite an der Entschlossenheit, die Psychopharmaka konsequent abzusetzen und allein psychotherapeutisch voranzugehen.

Das Ziel der therapeutischen Arbeit in diesem Modul besteht deswegen in einer Reduktion von Ansprüchen und einer Steigerung von Leistung bzw. Erfolgen. Diese adaptive Balance lässt sich in Abwandlung der Selbstwertformel nach William James (1890) wie folgt darstellen:

$$\text{Selbstwert/Zufriedenheit} = \frac{\text{Erfolg/Leistung}}{\text{Anspruch}}$$

So einfach und alt diese Formel auch ist, so einleuchtend ist sie erfahrungsgemäß für narzisstische Patientinnen. Entweder müssen sie ihre Ansprüche senken oder ihre Leistung bzw. ihren Erfolg steigern. Beide Varianten sind je nach Problemlage möglich.

Für eine erfolgreiche narzisstische Patientin, die aufgrund ihrer hohen Arbeitsleistung in eine chronische Stresssituation geraten ist, hat eine alleinige Senkung der Anspruchshaltung dennoch zunächst nur negative Folgen, denn schließlich verzichtet sie damit auf Teile ihres grandiosen Selbst. Hierzu wird sie nur ausreichend motiviert sein, wenn dem ein Gewinn entgegensteht, der nur auf diesem Weg zu erreichen ist. Hier kommen die adaptiven Bedürfnisse und die anfänglich definierten positiven Therapieziele ins Spiel (z. B. Partnerschaft, Freundschaften, Hobbys), die sich nur unter Verzicht auf eine allzu große Anspruchshaltung erreichen lassen.

Für beruflich erfolglose Patientinnen hingegen zielen die Interventionen eher auf eine konkrete Verbesserung der Arbeitsleistungen ab, damit sie ihr adaptives Bedürfnis nach Anerkennung, Beachtung und Respekt durch reale Erfolge befriedigen können. Da überhöhte Ansprüche häufig für eine Arbeitsblockade verantwortlich sind, ist deren Reduktion natürlich nicht zu vernachlässigen.

Bei bereits längerer Zeit erfolglosen narzisstischen Patientinnen sollte sich die Therapeutin jedoch bewusst sein, dass die Wahrscheinlichkeit einer beruflichen Wiedereingliederung eher gering ist. Die Wiederaufnahme einer Beschäftigung nach langer Arbeitslosigkeit fände auf einem viel niedrigeren Niveau statt, als sich die Patientinnen das in ihrer überhöhten Anspruchshaltung wünschen würden, was wiederum mit Schamgefühlen einherginge. Um das Erleben dieser Schamgefühle zu vermeiden, boykottieren die Patientinnen bewusst und unbewusst jegliche therapeutischen Bemühungen, die in Richtung einer beruflichen Wiedereingliederung zielen. Diese erfolglosen narzisstischen Patientinnen zeigen häufig das Bild einer chronischen Depression, die für sie mit einem hohen sekundären Krankheitsgewinn verbunden ist (schließlich sind sie an einer Depression erkrankt und nicht gescheitert). Deswegen geht es bei diesen Patientinnen eher darum, weitere medikamentöse Behandlungsversuche zu unterbinden und an einer Verbesserung ihrer jeweiligen Lebenssituation und -umgebung zu arbeiten (z. B. mehr soziale Kontakte, Wiederaufnahme intrinsisch motivierter Interessen).

Tab. 26.1 Wertetabelle

Gewichtung der Bedeutung von	0	1	2	3	4	5
Ruhm/Macht						
Leistung/Erfolg						
Materielle Werte						
Aussehen						
Partnerschaftliche Beziehungen						
Freundschaften						
Gemeinschaft						
Persönliche Interessen bzw. Hobbys						

Fallbeispiel

Frau E. wollte ursprünglich einmal Architektin werden („Nicht irgendeine Architektin, sondern in der Liga von Gehry, Gerkan oder Libeskind!“). Doch nachdem sie in den ersten Prüfungen wider Erwarten durchschnittlich abgeschlossen hatte, entwickelte sie Prüfungsängste und schloss ihr Studium nie ab. Mit 45 Jahren lebt sie von Hartz IV und ist verbittert über ihre ehemaligen Professorinnen, die, davon ist Frau E. überzeugt, ihr Talent schlicht verkannt haben. Zum Zeitpunkt der Therapie lebte sie zurückgezogen in ihrem ehemaligen Kinderzimmer bei ihren Eltern. Als realistisches Therapieziel wurde der Wunsch nach vermehrten sozialen Kontakten herausgearbeitet, woran auch erfolgreich gearbeitet werden konnte.

Förderung intrinsisch motivierter Interessen

Narzisstische Patientinnen weisen eine Identitätsdiffusion (Kernberg 2006) bzw. Unklarheit des Selbstkonzepts (Stucke und Sporer 2002) auf, die häufig mit Langeweile, innerer Leere und einem Gefühl der Sinnlosigkeit beschrieben wird. Diese Identitätsdiffusion lässt sich, wie oben beschrieben, aus einer Dysbalance von extrinsischen und intrinsischen Motivationen erklären. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Verfolgung intrinsisch motivierter Interessen zu fördern, welche die Patientin unmittelbar als lustvoll und befriedigend erlebt, ohne dass sie hiermit vorrangig andere Menschen beeindruckt will. Diese gilt es zunächst herauszuarbeiten und deren Bedeutung für die Erreichung der Therapieziele zu verdeutlichen (vor allem höhere Zufriedenheit mit dem Leben und freundschaftliche Kontakte). Hilfreich kann hierbei eine werteorientierte Arbeit mit einer Wertetabelle sein, anhand derer die Patientinnen sich ihrer eher extrinsischen (1.–4.) und eher intrinsischen Motive (5.–8.) bewusst werden können (> Tab. 26.1). Hierauf fußend können sie Bereiche intrinsisch motivierter Interessen bestimmen, denen sie sich vermehrt zuwenden möchten.

Fallbeispiel

Auf die Frage der Therapeutin, welche Beschäftigung die Patientin interessieren würde, auch wenn niemand sie dabei beobachten würde bzw. sie es niemanden gegenüber zur Darstellung bringen könnte, fiel ihr nach längerem Nachdenken ein, dass sie sich in der Natur immer

ruhig und ausgeglichen gefühlt habe. Nach und nach fing sie an, sich mit Gartenarbeit zu beschäftigen. Nach ½ Jahr berichtete sie, dass sie hierbei zu einer Ruhe und Zufriedenheit fände, die sie sonst nicht aus ihrem Leben kennen würde.

CAVE

Die geschilderten therapeutischen Strategien lassen sich jedoch nicht ohne Weiteres auf Patientinnen mit einem malignen Narzissmus anwenden, deren dissoziale, paranoide, aggressive und sadistische Eigenschaften eine Psychotherapie erheblich erschweren.

LITERATUR

- Alden L. E., Capreol M. J. Avoidant personality disorder: interpersonal problems as predictors of treatment response. *Behav Ther.* 1993; 24: 357–376.
- Bamelis L. L., Evers S. M., Spinhoven P., Arntz A. Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiatry.* 2014; 171: 3. 305–322.
- Barber J. P., Morse J. Q., Krakauer I. D. Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following time-limited supportive-expressive therapy. *Psychotherapy.* 1997; 34: 2. 133–143.
- Bateman A. W., Fonagy P. Mentalization-based treatment of BPD. *J Person Disord.* 2004; 18: 1. 36–51.
- Beck A., Freeman A. Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. 1999; Beltz. Weinheim.
- Beck A. T., Freeman A., Davis D. D. Cognitive Therapy of Personality Disorders. 2004; Guilford Press. New York.
- Beesdo-Baum K., Zaudig M., Wittchen H-U. SCID-5-PD. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5 Persönlichkeitsstörungen. 2019; Hogrefe. Göttingen.
- Berk S., Rhodes B. Maladaptive dependency traits in men. *Bull Menn Clin.* 2005; 69: 3. 187–205.
- Bertsch K., Roelofs K., Roch P. J. Neural correlates of emotional action control in anger-prone women with borderline personality disorder. *J Psychiatry Neurosci.* 2018; 43: 3. 161–170.
- Biskin R. S. The lifetime course of borderline personality disorder. *Can J Psychiatry.* 2015; 60: 7. 303–308.
- Bohus M. Borderline-Störung. 2019; Hogrefe. Göttingen.
- Bohus M., Kleindienst N., Limberger M. The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology.* 2009; 42: 1. 32–39.
- Bohus M., Schmahl C., Herpertz S. C. Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt.* 2016; 87: 7. 739–745.
- Bordin E. S. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy.* 1979; 16: 252–260.
- Caspar F., Grosse Holtforth M. Responsiveness – Eine entscheidende Prozessvariable in der Psychotherapie. *Z Klin Psychol Psychother.* 2009; 38: 61–69.

- Chambless D. L., Renneberg B., Goldstein A. J., Gracely E. J. MCMI-diagnosed personality disorders among agoraphobic outpatients: Prevalence and relationship to severity and treatment outcome. *J Anxiety Disord.* 1992; 6: 193–211.
- Chapman A. L., Gratz K. L., Brown M. Z. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behav Res Ther.* 2006; 44: 3: 371–394.
- Cutajar M. C., Mullen P. E., Oglloff J. R. Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse Negl.* 2010; 34: 11: 813–822.
- Distel M. A., Trull T. J., Derom C. A. Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychol Med.* 2008; 38: 9: 1219–1229.
- Distel M. A., Trull T. J., Willemsen G. The five-factor model of personality and borderline personality disorder: A genetic analysis of comorbidity. *Biol Psychiatry.* 2009; 66: 12: 1131–1138.
- Doering S. Borderline personality disorder in patients with medical illness: A review of assessment, prevalence, and treatment options. *Psychosom Med.* 2019; 81: 7: 584–594.
- Ebner-Priemer U. W., Welch S. S., Grossman P. Psychophysiological ambulatory assessment of affective dysregulation in borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 2007; 150: 3: 265–275.
- Effert G. Akzeptanz- und Commitment-Therapie. 2022; Hogrefe: Göttingen.
- Emmelkamp P. M., Benner A., Kuipers A. Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *Br J Psychiatry.* 2006; 189: 60–64.
- Fassbinder E., Rudolf S., Bussiek A. Effektivität der dialektischen Verhaltenstherapie bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im Langzeitverlauf – eine 30-Monats-Katamnese nach stationärer Behandlung. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2007; 57: 3–4: 161–169.
- Ferreira L. F., Queiroz Pereira F. H., Neri Benevides A. M. L., Aguiar Melo M. C. Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Res.* 2018; 262: 70–77.
- Gjerde L. C., Czajkowski N., Roysamb E. The heritability of avoidant and dependent personality disorder assessed by personal interview and questionnaire. *Acta Psychiatr Scand.* 2012; 126: 6: 448–457.
- Golier J. A., Yehuda R., Bierer L. M. The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *Am J Psychiatry.* 2003; 160: 11: 2018–2024.
- Goodman M., Tomas I. A., Temes C. M. Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. *Personal Ment Health.* 2017; 11: 3: 157–163.
- Grawe K. Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut.* 1995; 40: 130–145.
- Greenberg L. Emotionsfokussierte Therapie. Lernen mit eigenen Gefühlen umzugehen. 2006; dgvt. Tübingen.
- Grilo C. M., Sanislow C. A., Skodol A. E. C. Longitudinal diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: A 2-year prospective study. *Can J Psychiatry.* 2007; 52: 6: 357–362.
- Gunderson J. G., Singer M. T. Defining borderline patients: An overview. *Am J Psychiatry.* 1975; 132: 1: 1–10.
- Gunderson J. G., Hertzpertz S. C., Skodol A. E. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primers.* 2018; 4: 18029.
- Hallquist M. N., Lenzenweger M. F. Identifying latent trajectories of personality disorder symptom change: Growth mixture modeling in the longitudinal study of personality disorders. *J Abnorm Psychol.* 2013; 122: 1: 138.
- Hautzinger M., Pössel P. Kognitive Interventionen. 2011; Hogrefe. Göttingen.
- Heckhausen J., Heckhausen H. Motivation und Handeln. 2010; Springer. Berlin.
- Herpertz S. C., Schneider I., Schmahl C., Bertsch K. Neurobiological mechanisms mediating emotion dysregulation as targets of change in borderline personality disorder. *Psychopathology.* 2018; 51: 2: 96–104.
- Hessels C. J., Laceulle O. M., van Aken M. A. G. Differentiating BPD in adolescents with NSSI disorder: The role of adverse childhood experiences and current social relationships. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2018; 5: 20.
- James W. Principles of Psychology. Vol. 1. 1890; Holt. New York.
- Kaess M., Brunner R., Chanen A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics.* 2014; 134: 4: 782–793.
- Kealy D., Ogrodniczuk J. S. Narcissistic interpersonal problems in clinical practice. *Harv Rev Psychiatry.* 2011; 19: 290–301.
- Keefe J. R., McMain S. F., McCarthy K. S. A meta-analysis of psychodynamic treatments for borderline and cluster C personality disorders. *Personal Disord.* 2019; 11: 3: 157–169.
- Kernberg O. Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc.* 1967; 15: 3: 641–685.
- Kernberg O. F. Die narzisstische Persönlichkeit und ihre Beziehung zum antisozialen Verhalten und Perversion – pathologischer Narzissmus und narzisstische Persönlichkeit. Kernberg O. F. Hartmann H. P. Narzissmus. 2006; Schattauer. Stuttgart.
- Kleindienst N., Bohus M., Ludascher P. Motives for nonsuicidal self-injury among women with borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2008; 196: 3: 230–236.
- Krause-Utz A., Sobanski E., Alm B. Impulsivity in relation to stress in patients with borderline personality disorder with and without co-occurring attention-deficit/hyperactivity disorder: an exploratory study. *J Nerv Ment Dis.* 2013; 201: 2: 116–123.
- Kuhl J., Kazén M. Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI). 1997; Hogrefe. Göttingen.
- Lammers C-H Psychotherapie narzisstischer Patienten. 2014; Schattauer. Stuttgart.
- Lammers C-H. Die therapeutische Beziehung mit narzisstisch gestörten Patienten – Beifahrer in einem Porsche. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie.* 2014; 19: 52–72.
- Lammers C-H Emotionsfokussierte Methoden. 2015; Beltz. Weinheim.
- Lammers C-H. Die vulnerable Seite des Narzissmus. *Persönlichkeitsstörungen.* 2019; 1: 19–28.
- Leichsenring F., Leibing E., Kruse J. Borderline personality disorder. *Lancet.* 2011; 377: 9759: 74–84.
- Levy K. N., Clarkin J. F., Yeomans F. E. The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *J Clin Psychol.* 2006; 62: 4: 481–501.
- Lieb K., Zanarini M. C., Schmahl C. Borderline personality disorder. *Lancet.* 2004; 364: 9432: 453–461.
- Lieb K., Völlm B., Rucker G. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry.* 2010; 196: 1: 4–12.
- Linehan M. M., Armstrong H. E., Suarez A. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1991; 48: 12: 1060–1064.
- Lynch T. R., Chapman A. L., Rosenthal M. Z. Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *J Clin Psychol.* 2006; 62: 4: 459–480.
- McCullough J. Therapeutische Beziehung und die Behandlung chronischer Depressionen: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). 2012; Springer. Heidelberg.
- McCullough Jr J. P., Schramm E., Penberthy J. K. CBASP – Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy: Chronische Depressionen effektiv behandeln. 2015; Junfermann. Paderborn.
- Minzenberg M. J., Fan J., New A. S. Fronto-limbic dysfunction in response to facial emotion in borderline personality disorder: An event-related fMRI study. *Psychiatry Res.* 2007; 155: 3: 231–243.
- Morf C. C., Rhodewalt F. Die Paradoxa des Narzissmus – ein dynamisches selbstregulatorisches Prozessmodell. Kernberg O. Hartmann H-P Narzissmus. 2006; Schattauer. Stuttgart. 308–347.
- Müller L. E., Schulz A., Andermann M. Cortical representation of afferent bodily signals in borderline personality disorder: Neural correlates and relationship to emotional dysregulation. *JAMA Psychiatry.* 2015; 72: 11: 1077–1086.
- Müller L. E., Bertsch K., Bulau K. Emotional neglect in childhood shapes social dysfunctioning in adults by influencing the oxytocin and the attach-

- ment system: Results from a population-based study. *Int J Psychophysiol.* 2019; 136: 73–80.
- NICE – National Institute for Health & Clinical Excellence Borderline Personality Disorder: Treatment and Management. NICE Clinical Guidelines No. 78. 2009; British Psychological Society. Leicester (UK). www.nice.org.uk/guidance/cg78/evidence/bpd-full-guideline-242147197.
- Niedtfeld I., Schulze L., Kirsch P. Affect regulation and pain in borderline personality disorder: A possible link to the understanding of self-injury. *Biol Psychiatry.* 2010; 68: 4. 383–391.
- Niedtfeld I., Kirsch P., Schulze L. Functional connectivity of pain-mediated affect regulation in Borderline Personality Disorder. *PLoS One.* 2012; 7: 3. e33293.
- Oldham J. M., Morris L. B. Ihr Persönlichkeits-Portrait: Warum Sie genauso denken, lieben und sich verhalten, wie Sie es tun. 3. A. 2007; Klotz. München.
- Paret C., Kluetsch R., Zaehring J. Alterations of amygdala-prefrontal connectivity with real-time fMRI neurofeedback in BPD patients. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2016; 11: 6. 952–960.
- Reitz S., Krause-Utz A., Pogatzki-Zahn E. M. Stress regulation and incision in borderline personality disorder – a pilot study modeling cutting behavior. *J Person Disord.* 2012; 26: 4. 605–615.
- Reitz S., Kluetsch R., Niedtfeld I. Incision and stress regulation in borderline personality disorder: Neurobiological mechanisms of self-injurious behaviour. *Br J Psychiatry.* 2015; 207: 2. 165–172.
- Renneberg B. Cluster C Persönlichkeitsstörungen. Herpertz S. Caspar F. Lieb K. Psychotherapie. 2017; Elsevier Urban & Fischer. München. 386–394.
- Renneberg B., Böttcher J. Wenn Vermeidung das soziale Leben bestimmt. Diagnose und kognitive Verhaltenstherapie der Ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapeutenjournal.* 2017; 2: 116–122.
- Renneberg B., Herpertz S. Persönlichkeitsstörungen. 2020; Hogrefe. Göttingen.
- Renneberg B., Schmitz B., Doering S. Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut.* 2010; 55: 4. 339–354.
- Richter J., Brunner R., Parzer P. Reduced cortical and subcortical volumes in female adolescents with borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 2014; 221: 3. 179–186.
- Rödiger E. Schematherapie. 2016; Schattauer. Stuttgart.
- Sachse R., Sachse M., Fasbender J. Klärungsorientierte Psychotherapie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung. 2011; Göttingen. Hogrefe.
- Sachse R., Breil J., Sachse M., Fasbender J. Klärungsorientierte Psychotherapie der dependenten Persönlichkeitsstörung. Bd. 4. 2013; Hogrefe. Göttingen.
- Schmahl C., Herpertz S. C., Bertsch K. Mechanisms of disturbed emotion processing and social interaction in borderline personality disorder: State of knowledge and research agenda of the German Clinical Research Unit. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2014; 1: 1. 12.
- Schmitz B., Schuhler P., Handke-Raubach A., Jung A. Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen. 2001; Pabst. Lengerich.
- Shenk C. E., Fruzzetti A. E. The impact of validating and invalidating responses on emotional reactivity. *J Soc Clin Psychol.* 2011; 30: 2. 163–183.
- Simonsen S., Bateman A., Bohus M. European guidelines for personality disorders: past, present and future. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation.* 2019; 6: <https://bpded.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40479-019-0106-3>.
- Soeteman D. I., Verheul R., Busschbach J. J. The burden of disease in personality disorders: Diagnosis-specific quality of life. *J Person Disord.* 2008; 22: 3. 259–268.
- Soloff P. H., Pruitt P., Sharma M. Structural brain abnormalities and suicidal behavior in borderline personality disorder. *J Psychiatry Res.* 2012; 46: 4. 516–525.
- Stäbler K., Helbing E., Rosenbach C., Renneberg B. Rejection sensitivity and borderline personality disorder. *Clin Psychol Psychother.* 2011; 18: 4. 275–283.
- Stalujanis S., Euler S. Mentalisierungsbasierte Therapie bei narzisstischer Persönlichkeitsstörung. *PiD.* 2019; 20: 44–47.
- Stern A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. *Psychoanal Q.* 1938; 7: 4. 467–489.
- Stiglmayr C. E., Grathwol T., Linehan M. M. Aversive tension in patients with borderline personality disorder: A computer-based controlled field study. *Acta Psychiatr Scand.* 2005; 111: 5. 372–379.
- Stiglmayr C. E., Ebner-Priemer U. W., Bretz J. Dissociative symptoms are positively related to stress in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2008; 117: 2. 139–147.
- Stiglmayr C., Stecher-Mohr J., Wagner T. Effectiveness of dialectic behavioral therapy in routine outpatient care: The Berlin Borderline Study. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2014; 1: 1. 20.
- Stoffers J. M., Lieb K. Pharmacotherapy for borderline personality disorder – current evidence and recent trends. *Curr Psychiatry Rep.* 2015; 17: 1. 534.
- Stoffers J., Völlm B. A., Rucker G. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 6. 2010;.
- Stoffers-Winterling J. M., Völlm B. A., Rucker G. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 8. 2012;.
- Strauss J. L., Hayes A. M., Johnson S. L. Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *J Consult Clin Psychol.* 2006; 74: 2. 337–345.
- Stucke T. S., Sporer S. L. When a grandiose self-image is threatened: Narcissism and self-concept clarity as predictors of negative emotions and aggression following ego-threat. *J Person.* 2012; 70: 509–532.
- Tomko R. L., Trull T. J., Wood P. K., Sher K. J. Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: Comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *J Person Disord.* 2014; 28: 5. 734–750.
- Torgersen S. The nature (and nurture) of personality disorders. *Scand J Psychol.* 2009; 50: 6. 624–632.
- Torgersen S., Lygren S., Oien P. A. A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry.* 2000; 41: 6. 416–425.
- Trull T. J., Jahng S., Tomko R. L. Revised NESARC personality disorder diagnoses: Gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Person Disord.* 2010; 24: 4. 412–426.
- Wagner T., Fydrich T., Stiglmayr C. Societal cost-of-illness in patients with borderline personality disorder one year before, during and after dialectical behavior therapy in routine outpatient care. *Behav Res Ther.* 2014; 61: 12–22.
- Warnock-Parkes E., Wild J., Stott R. Seeing is believing: using video feedback in cognitive therapy for Social Anxiety Disorder. *Cogn Behav Pract.* 2016; 24: 2. 245–255.
- Weinbrecht A., Schulze I., Böttcher J., Renneberg B. Avoidant personality disorder: A current review. *Curr Psychiatry Rep.* 2016; 18: 3. 1–8.
- Yen S., Weinstock L. M., Andover M. S. Prospective predictors of adolescent suicidality: 6-month post-hospitalization follow-up. *Psychol Med.* 2013; 43: 5. 983–993.
- Yeomans F. E., Clarkin J. F., Kernberg O. F. Übertragungsfokussierte Psychotherapie für Borderline-Patienten: Das TFP-Praxismanual. 2017; Schattauer. Stuttgart.
- Young J., Klosko J. S., Weishaar M. E. Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. 2005; Junfermann. Paderborn.
- Zanarini M. C., Frankenburg F. R., Dubo E. D. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1998; 155: 12. 1733–1739.
- Zanarini M. C., Frankenburg F. R., Hennen J. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2006; 163: 5. 827–832.
- Zanarini M. C., Frankenburg F. R., Reich D. B., Fitzmaurice G. The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatr Scand.* 2010; 122: 2. 103–109.
- Zanarini M. C., Frankenburg F. R., Reich D. B., Fitzmaurice G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry.* 2012; 169: 5. 476–483.
- Zimmermann J., Altenstein D., Krieger T. The structure and correlates of self-reported DSM-5 maladaptive personality traits: Findings from two German-speaking samples. *J Pers Disord.* 2014; 28: 4. 518.

Psychotherapie

Ein kompetenzorientiertes Lehrbuch

Winfried Rief / Elisabeth Schramm / Bernhard Strauß (Hrsg.)



2. Auflage geplant für: 08.09.2026.
Ca. 952 Seiten, 115 farb. Abb.,
Gebunden
€ (D) 99,00
ISBN 9783437213526

Stand: Mai-26, Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten.
€-Preise gültig in Deutschland inkl. MwSt., ggf. zzgl. Versandkosten.

Psychotherapie – kompetenzorientiert und praxisnah

„Psychotherapie“ ist das **Lehrbuch** für angehende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten – zur **Vorbereitung auf die Approbationsprüfung** sowie als Begleiter für die **psychotherapeutische Weiterbildung** und **Praxis**.

Im **Mittelpunkt** steht die **Kompetenzorientierung**: Welche Fähigkeiten zeichnen kompetente Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus? Wie lassen sie sich im Berufsalltag gezielt aufbauen und weiterentwickeln und welche Wirkung haben Person und Persönlichkeit des Behandlenden? Der **störungsspezifische Teil** zeigt, wie man psychische Erkrankungen **evidenzbasiert und leitliniengerecht** behandelt und wie man präventiv tätig werden kann – und das bei unterschiedlichen Patientengruppen, Problemkonstellationen und Settings.

Ein **weiterer Schwerpunkt** sind wissenschaftlich fundierte **Methoden und Techniken**. Dabei werden jedoch **nicht nur alle Richtlinienverfahren** berücksichtigt, sondern auch zahlreiche Neuentwicklungen. Diese **verfahrenübergreifende Darstellung** vermittelt ein übergeordnetes Verständnis von Psychotherapie, Fallkonzeption und therapeutischen Veränderungsprozessen. Auch Themen wie Ressourcenorientierung, und Vermeidung von unerwünschten Behandlungseffekten werden aufgegriffen. **Praktische Tipps und Empfehlungen** (u. a. zu Verwaltung, Ethik, transkulturellen und rechtlichen Fragen) bereiten darauf vor, den Berufsalltag routiniert und effizient **zum Wohle der Patientinnen und Patienten** zu gestalten. So werden Sie „**Fit for the first day**“!

Neu in der 2. Auflage:

- Therapeutische Beziehungsgestaltung inkl. *Ruptures and Repair*
- Professionelle Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten
- Komplette neue Kapitel zu Persönlichkeitsstörungen und Psychotherapie bei körperlichen Krankheiten
- Erweitert: Systemische Therapie, Geschlechtsinkongruenz

Ideal für Studierende sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Aus- und Weiterbildung – für Prüfung und Praxis.



ELSEVIER

elsevier.de