

Psychotherapeut

**Elektronischer Sonderdruck für
Babette Renneberg**

Ein Service von Springer Medizin

Psychotherapeut 2010 · 55:339–354 · DOI 10.1007/s00278-010-0748-5

© Springer-Verlag 2010

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

**Babette Renneberg · Bernt Schmitz · Stephan Doering · Sabine Herpertz · Martin Bohus ·
Leitlinienkommission Persönlichkeitsstörungen**

Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen

Psychotherapeut 2010 · 55:339–354
 DOI 10.1007/s00278-010-0748-5
 Online publiziert: 16. Juli 2010
 © Springer-Verlag 2010

Redaktion

T. Fydrich, Berlin
 A. Martin, Erlangen
 W. Schneider, Rostock



**Punkten Sie online auf
 CME.springer.de**

Teilnahmemöglichkeiten

- kostenfrei im Rahmen des jeweiligen Zeitschriftenabonnements
- individuelle Teilnahme durch den Erwerb von CME-Tickets auf CME.springer.de

Zertifizierung

Diese Fortbildungseinheit ist für ärztliche Psychotherapeuten mit 3 CME-Punkten zertifiziert von der Landesärztekammer Hessen und der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig. Für psychologische Psychotherapeuten ist diese Fortbildungseinheit von der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg akkreditiert.

Hinweis für Leser aus Österreich

Gemäß dem Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) der Österreichischen Ärztekammer werden die auf CME.springer.de erworbenen CME-Punkte hierfür 1:1 als fachspezifische Fortbildung anerkannt.

Kontakt und weitere Informationen

Springer-Verlag GmbH
 Fachzeitschriften Medizin / Psychologie
 CME-Helpdesk, Tiergartenstraße 17
 69121 Heidelberg
 E-Mail: cme@springer.com
CME.springer.de

Babette Renneberg · Bernt Schmitz · Stephan Doering · Sabine Herpertz · Martin Bohus · Leitlinienkommission Persönlichkeitsstörungen
 Klinische Psychologie und Psychotherapie, Freie Universität Berlin

Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen

Zusammenfassung

Die Behandlungsprinzipien für Persönlichkeitsstörungen, wie sie in der S2-Leitlinie Persönlichkeitsstörungen (DGPPN 2009) beschrieben sind, werden zusammenfassend dargestellt. Bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen sollten neben dem klinischen Gespräch (halb-)strukturierte Interviews und ergänzend zur kategorialen Diagnostik störungsspezifische Selbstbeurteilungsinstrumente zum Einsatz kommen. Es wird empfohlen, die Diagnose, eingebettet in ein psychoedukatives Vorgehen, unter Bezugnahme auf die biografische Entwicklung mit dem Patienten zu besprechen. Psychotherapeutische Verfahren gelten als Methode der ersten Wahl bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Die Behandlungsplanung berücksichtigt eine Hierarchisierung der Behandlungsziele und eine detaillierte Problemanalyse. Für 3 der Persönlichkeitsstörungen liegen empirisch abgesicherte Empfehlungen vor: (1) Für die Borderline-Persönlichkeitsstörung die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT), die Mentalization Based Therapy (MBT), die schemafokussierte Therapie (SFT) und die Transference Focused Therapy (TFP), (2) für die dissoziale Persönlichkeitsstörung die kognitive Verhaltenstherapie und (3) für die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung ebenfalls die kognitive Verhaltenstherapie sowie eingeschränkt die interpersonelle Therapie und psychodynamische Therapieansätze.

Schlüsselwörter

S2-Leitlinie · Diagnostik · Psychoedukation · Psychotherapie · Empirische Evidenz

Treatment guidelines for personality disorders**Abstract**

The S2 guidelines for the treatment of personality disorders (PD) are summarized. In the diagnostic assessment of personality disorders a clinical interview should be supplemented by (semi-) structured clinical interviews and self-report measures for the categorical and dimensional assessment of PDs. The results of the assessment process should be communicated to the patient based on a psycho-educational framework. The diagnosis should always be linked to the patient's individual history. Psychotherapy is the treatment of choice for personality disorders. A detailed analysis of the patient's problems as well as the definition of a hierarchy of treatment goals are part of the process of treatment planning. For three PDs empirical evidence for treatment approaches is available: (1) dialectical behavior therapy, mentalization-based therapy, schema focused therapy and transference focused therapy all proved beneficial in the treatment of borderline personality disorder. Cognitive-behavior therapy proved helpful in the treatment of (2) dissociative personality disorder and (3) avoidant personality disorder. There is limited evidence for interpersonal therapy and psychodynamic therapies in the treatment of avoidant personality disorder.

Keywords

S2 guideline · Diagnosis · Psychoeducation · Psychotherapy · Empirical evidence

Ziel war es, gemeinsame Prinzipien hinter den jeweiligen semantischen Konnotationen der psychotherapeutischen Ansätze herauszuarbeiten

► **Pharmakologische Behandlungsversuche**

Psychotherapeutische Verfahren gelten als Methode der Wahl

- **Manualisierte störungsspezifische Psychotherapiekonzepte**
- **Borderline-Persönlichkeitsstörung**

Für die Wirksamkeit von Psychotherapie bei dissozialer Persönlichkeitsstörung liegt breite empirische Evidenz vor

Unter dem Dach der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und mit Beteiligung verschiedener Fachgesellschaften wurde die im Folgenden dargestellte Behandlungsleitlinie für Persönlichkeitsstörungen (PS) von einem Expertenkomitee entwickelt und 2009 veröffentlicht. Schwerpunkte dieser S2-Leitlinie liegen auf der möglichst praxisnahen, handlungsleitenden Darstellung der therapeutischen Prinzipien der jeweiligen kategorial definierten spezifischen Persönlichkeitsstörungen und der Herleitung eines verfahrensübergreifenden Konsenses der therapeutischen Interventionen. So soll dem Bemühen um eine Optimierung von Diagnostik und Therapie sowie der Qualitätssicherung in Medizin und Psychotherapie Rechnung getragen werden.

Entwicklung der S2-Leitlinie

Die S2-Leitlinie richtet ihren Schwerpunkt nach der Abhandlung der epidemiologischen Grundlagen und der diagnostisch/klassifikatorischen Prinzipien auf eine möglichst praxisnahe, handlungsleitende Darstellung der therapeutischen Prinzipien der jeweiligen kategorial definierten spezifischen Persönlichkeitsstörungen. Ziel der Arbeitsgruppe war es, soweit wie möglich, einen verfahrensübergreifenden Konsens zu finden, d. h., gemeinsame Prinzipien hinter den jeweiligen semantischen Konnotationen der psychotherapeutischen Ansätze herauszuarbeiten. Wenn dies nicht gelang, sollte die jeweilige Sichtweise nichtwertend beschrieben werden.

Behandlungsmethoden

Alle ► **pharmakologischen Behandlungsversuche**, die auf die Kupierung einer krisenhaften Zuspitzung, auf Komorbidität und auch auf die Behandlung von besonders dysfunktionalen Persönlichkeitsmerkmalen abzielen können, erfolgen „off label“ (d. h. ohne Zulassung für diese Indikation). Sie sind stets mit Psychotherapie zu kombinieren. Off label erfolgen Behandlungen nur dann nicht, wenn die komorbide Störung die Hauptindikation darstellt.

Psychotherapeutische Behandlungsverfahren gelten als Methode der Wahl zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Einschränkend ist festzustellen, dass empirisch abgesicherte psychotherapeutische Empfehlungen lediglich für 3 Störungen – die Borderline-PS, die antisoziale und die ängstlich-vermeidende PS – vorliegen. Die Empfehlungen zur Behandlung der anderen Störungen basieren wegen weitgehend fehlender Wirksamkeitsstudien v. a. auf der klinischen Expertise der beteiligten Kollegen oder anderen veröffentlichten Expertenmeinungen und erfüllen damit nicht die Kriterien von S2-Leitlinien. Für die dissoziale, die Borderline- und die ängstliche (vermeidende) PS liegen ► **manualisierte störungsspezifische Psychotherapiekonzepte** vor. Diese maßgeschneiderten Therapien stellen sich bei diesen Störungen als überlegen gegenüber unspezifischen Verfahren dar.

Für die ► **Borderline-PS** liegen derzeit 4 störungsspezifische Verfahren mit empirisch belegten Hinweisen auf Wirksamkeit vor: die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT, Evidenzgrad Ib), die mentalisierungsbasierte Therapie (MBT, Evidenzgrad IIa), die Schematherapie bzw. schemafokussierte Therapie (Evidenzgrad IIa) und die Übertragungsfokussierte Therapie (TFP, Evidenzgrad IIa).

Für die dissoziale PS liegt breite empirische Evidenz dafür vor, dass das Kernmerkmal (das kriminelle Verhalten) wirksam behandelt werden kann, wenn man den 3 Prinzipien der Straftäterbehandlung Risikoprinzip, Ansprechbarkeitsprinzip und Bedürfnisprinzip folgt. Empirisch belegte Wirk-

Beteiligte Fachgesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP)

Expertenkomitee: Martin Bohus, Peter Buchheim, Stephan Doering, Sabine C. Herpertz, Hans-Peter Kapfhammer, Michael Linden, Rüdiger Müller-Isberner, Babette Renneberg, Henning Saß, Bernt Schmitz, Ulrich Schweiger, Franz Resch, Wolfgang Tress

Weitere Mitarbeiter: Sabine Eucker, Viola Habermeyer, Max Rotter

Federführung: Sabine C. Herpertz

samkeit liegt z. B. für das am weitesten verbreitete kognitiv-behaviorale Programmpaket „Reasoning and Rehabilitation Program“ (R&R-Programm) und für das aus der Suchtbehandlung kommende Rückfallvermeidungsmodell vor (Evidenzgrad Ia).

Bei der ängstlichen (vermeidenden) PS sind Verbesserungen durch ► **kognitive Verhaltenstherapie** hinsichtlich der Selbstunsicherheit, Angst vor negativer Bewertung, Vermeidung und Depressivität bei Anwendung einer störungsspezifischen kognitiv-behavioralen Behandlung zu erwarten (Evidenzgrad Ib). Empirische Belege für Wirksamkeit finden sich auch bei der interpersonellen Therapie und bei der psychodynamischen Therapie.

Definition

Die Klassifikationssysteme Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- (DSM-)IV und Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems- (ICD-)10 sprechen dann von einer PS, wenn bei einer Person bestimmte Verhaltens-, Gefühls- und Denkmuster vorhanden sind, die merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweichen und sich in einem breiten Spektrum sozialer sowie persönlicher Situationen bemerkbar machen. Dabei sind die Persönlichkeitszüge überdauernd vorhanden, unflexibel sowie wenig angepasst und führen in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Andere Konzeptionen von PS umgehen den auch heute noch z. T. pejorativ erlebten Störungsbegriff und sprechen von dysfunktionalen Persönlichkeits- und Verhaltensstilen (Schmitz et al. 2001) oder von „interpersonellen Interaktionsstörungen“ (Fiedler 2007).

Diagnostik

Beim klinischen Verdacht auf eine PS sollte ein halbstrukturiertes klinisches Interview wie die International Personality Disorder Examination (IPDE) oder das Strukturierte Klinische Interview zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen (SKID-II) durchgeführt werden. Dimensionale Persönlichkeitsfaktoren, die ergänzend zur kategorialen Diagnostik zu erheben sind, können auf der Grundlage von Selbstbeurteilungsinstrumenten reliabel und valide beschrieben werden. Zur dimensionalen Erfassung eignet sich der Assessment-of-DSM-IV-Personality-Disorders- (ADP-IV-) Fragebogen¹ (Doering et al. 2007). Weiterhin können der Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire (DAPP-BQ) oder die revidierte Fassung des NEO Personality Inventory (NEO-PI-R), beide in deutschen Versionen vorliegend und validiert, eingesetzt werden. Mithilfe des NEO-PI-R können die einzelnen Bestandteile des Fünffaktorenpersönlichkeitsmodells: Neurotizismus, Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit und Offenheit für Erfahrungen, einschließlich ihrer Subdimensionen, abgefragt werden.

Der ebenfalls in deutscher Sprache vorliegende DAPP-BQ ist ein international etablierter, reliabler und valider Selbstbeurteilungsfragebogen zur dimensionalen Erfassung pathologischer Persönlichkeitsausprägungen. Im Gegensatz zur kategorialen Diagnostik von PS liegt dem DAPP-BQ das ► **Konzept des graduellen Übergangs** von Normalität zu pathologischen Persönlichkeitsausprägungen zugrunde. Die Erfassung der Persönlichkeit basiert auf 290 Items, die auf 18 Persönlichkeitsdimensionen verteilt sind. Diese 18 Persönlichkeitsdimensionen lassen sich zu 4 übergeordneten, als robust belegten Faktoren zusammenfassen („emotionale Dysregulation“, „dissoziales Verhalten“, „Gehemmtheit“ und „Zwanghaftigkeit“; Livesley et al. 1998; Pukrop et al. 2001).

Mit dem ► **Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar** (PSSI) kann die relative Ausprägung von Persönlichkeitsstilen quantifiziert werden, die als nichtpathologische Entsprechungen der in DSM-IV und ICD-10 beschriebenen PS gelten.

Mit dem Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP), das in deutscher Übersetzung vorliegt und validiert ist, können typische interpersonelle Problembereiche von Patienten mit PS erfasst werden. Dieses Instrument kann nicht nur zur Querschnittsdiagnostik, sondern auch zur Messung von Veränderung unter Therapie eingesetzt werden.

¹ Fragebogen und Normwerttabellen können im Internet unter <http://www.klinikum.uni-muenster.de/index.php?id=2269> herunter geladen werden.

► Kognitive Verhaltenstherapie

Verhaltens-, Gefühls- und Denkmuster weichen merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung ab

Die Bestandteile des Fünffaktorenpersönlichkeitsmodells können mithilfe des NEO Personality Inventory-R abgefragt werden

► Konzept des graduellen Übergangs

► Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar

Das Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme kann zur Messung von Veränderung unter Therapie eingesetzt werden

► Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik

Die aus psychodynamischer Sicht wichtige Strukturdiagnostik kann mit der ► **Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik** (OPD-2; Arbeitskreis OPD 2006) erfolgen. Dieses Fremdbeurteilungsinstrument, das im Rahmen eines modifizierten psychodynamischen Interviews zur Anwendung kommt, umfasst folgende 5 Achsen:

1. Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen,
2. Beziehung,
3. Konflikt,
4. Struktur sowie
5. psychische und psychosomatische Störungen nach ICD-10 bzw. DSM-IV.

Es liegt eine Vielzahl von Studien zur Reliabilität und Validität des Instruments vor, die im Manual der OPD-2 zusammengefasst sind. Die Strukturachse der OPD erfasst das Strukturniveau auf 4 Dimensionen:

1. Selbst- und Objektwahrnehmung,
2. Steuerungsfähigkeit,
3. emotionale Kommunikation und
4. Bindung.

Die Skala umfasst 4 Strukturniveaus (gut integriert, mäßig integriert, gering integriert und desintegriert) mit jeweils einer Zwischenstufe.

Bei der adoleszenten Altersgruppe ist in besonderer Weise darauf zu achten, dass dysfunktionale Persönlichkeitszüge stabil seit der Kindheit oder frühen Jugend situationsübergreifend aufgetreten sind. Persönlichkeitsstörungen sind vor Abschluss der mittleren Adoleszenz, also etwa dem 14. Lebensjahr, nicht mit ausreichender Sicherheit zu stellen. Die Diagnose einer dissozialen (antisozialen) PS sollte nicht vor dem 18. Lebensjahr gestellt werden.

Kommunikation der Diagnose und Psychoedukation

Die Kommunikation der Diagnose von PS war lange umstritten. Die Argumente gegen eine ► **offene Kommunikation** der Diagnose beziehen sich v. a. auf die pejorative Sprache und Defizitorientierung der kategorialen Diagnostik von PS sowie die Sorge, dass Patienten oder Familien mit der Diagnose demoralisiert oder stigmatisiert werden. Ein weiteres Argument gegen die Kommunikation der Diagnose bezieht sich auf ungünstige Auswirkungen auf die Übertragung und Gegenübertragung sowie auf die Ich-Syntonie der PS, die dazu führe, dass Patienten nicht möchten, dass ihre Persönlichkeit zum Gegenstand der Therapie gemacht wird. Die Argumente für eine offene Kommunikation der Diagnose einer PS beziehen sich ebenso auf die Ich-Syntonie, auf die zunehmenden Informationsbedürfnisse von Patienten und Angehörigen sowie das Recht des Patienten auf Aufklärung und Informierung oder auf klärende, emotional entlastende und Hoffnung vermittelnde Aspekte, die sich durch die Definition einer psychischen Störung und deren wirksame Behandlungsmöglichkeiten ergeben. Die Aufklärung über die Diagnose ist auch Voraussetzung dafür, dass ein Patient Entscheidungsprozesse, die seine Behandlung betreffen, aktiv (mit-)gestalten kann – im Gegensatz zum passiven Konsumenten therapeutischer Hilfe.

Für die offene Kommunikation der Diagnose einer PS spricht im Besonderen, dass die neuere Forschung im Vergleich zu früheren fatalistischen Sichtweisen eine wesentlich optimistischere Haltung zum Störungsbild, seiner Behandlung und seinem Verlauf dokumentiert. Für die Aufklärung über die Diagnose einer PS spricht darüber hinaus, dass einzelne Merkmale einer PS (z. B. selbstverletzendes Verhalten bei der Borderline-PS) für die Betroffenen einen Ich-dystonen Charakter haben, aus dem unmittelbar eine ► **primäre Behandlungsmotivation** hervorgeht und dass erst die Aufklärung über die Diagnose die Teilnahme an den etablierten störungsspezifischen Therapiemaßnahmen ermöglicht.

Psychoedukation, und damit auch die Aufklärung über die Diagnose, ist eine wesentliche Komponente besonders von störungsspezifischen Therapieprogrammen. Die günstigen Ergebnisse spezifischer psychoedukativer Programme für Patienten mit PS und/oder deren Angehörige bestätigen zumindest für ausgewählte PS, dass die Vorteile einer offenen Kommunikation der Diagnose die Nachteile überwiegen. Die meisten Patienten reagieren entlastet auf eine fachgerecht vorgetragene Diagnose. Daher wird die beschreibende und erklärende Mitteilung einer PS-Diagnose an

Persönlichkeitsstörungsdiagnosen sind vor Abschluss der mittleren Adoleszenz nicht mit ausreichender Sicherheit zu stellen

► Offene Kommunikation

Die Aufklärung über die Diagnose ist Voraussetzung dafür, dass ein Patient Entscheidungsprozesse aktiv (mit-)gestalten kann

► Primäre Behandlungsmotivation

Die beschreibende und erklärende Mitteilung der Diagnose an die Patienten wird grundsätzlich empfohlen

die Patienten grundsätzlich empfohlen. Die Aufklärung über die Diagnose sollte allerdings nicht als isolierte Intervention erfolgen, sondern im Zeitpunkt flexibel in ein psychoedukatives Vorgehen integriert sein, das mit einer wertschätzenden Sprache und Sichtweise der Persönlichkeit sowie einem sinnstiftenden und plausiblen Erklärungs- und Behandlungsmodell wesentlich zur Entstigmatisierung und Entmystifizierung der Diagnose sowie zur Förderung von Behandlungsmotivation beitragen kann.

Hilfreiche konkrete Anregungen für das therapeutische Vorgehen finden sich beispielsweise im psychoedukativen Programm von Schmitz et al. (2001), das sich in Anlehnung an Oldham u. Morris (1992) an einer dimensionalen Sichtweise orientiert, die von einem ► **Kontinuum vom Persönlichkeitsstil zur PS** ausgeht. Persönlichkeitsstile wie etwa der gewissenhafte oder der selbstbewusste Persönlichkeitsstil werden hier in wertschätzender Weise als universelle Umgangsformen und besondere Qualitäten des zwischenmenschlichen Zusammenlebens betrachtet, die in unterschiedlichen Anteilen bei praktisch jedem Menschen vorhanden sind. Persönlichkeitsstörungen wie die zwanghafte oder die narzisstische PS werden dann als deren Extremvarianten vermittelt. Diese dimensionale Sichtweise ermöglicht im Besonderen, jeden Persönlichkeitsstil sowohl unter dem Gesichtspunkt seiner Stärken und Ressourcen als auch seiner Schwächen und Probleme zu betrachten, wenn der Persönlichkeitsstil extrem und unflexibel wird bzw. als PS zu Leiden und Beeinträchtigungen führt. Darüber hinaus lassen sich therapeutische Zielsetzungen im Sinne einer Abschwächung und Flexibilisierung der Persönlichkeit ableiten, ohne Anspruch auf deren grundlegende Veränderung als Therapieziel zu erheben.

Vor dem Hintergrund einer gleichermaßen ressourcen- und problemorientierten Sichtweise der Persönlichkeit sollte sich die weitergehende Aufklärung über die Diagnose und das Erklärungsmodell nicht an den Stereotypen (DSM-IV-Kriterien), sondern an den individuellen Denk-, Erlebens- und Verhaltensweisen des Patienten orientieren, und der Patient sollte lernen zu erkennen, in welchen Situationen diese zum Problem werden, woher sie kommen, wofür sie nützlich sind bzw. waren, welche Folgen sie haben und wie sie möglicherweise zu verändern sind. Die Zusammenhänge zwischen den aktuellen interpersonellen Bedürfnissen, Einstellungen, Gefühlen und Verhaltensweisen sowie der eigenen Lern- und Entwicklungsgeschichte sind den Betroffenen meistens nicht bewusst. Eine wichtige Aufgabe der Therapie besteht darin, dem Patienten zu ermöglichen, diese Zusammenhänge wahrzunehmen und ihm ein plausibles Erklärungsmodell für seine Probleme zu bieten, um das eigene Verhalten als subjektiv sinnhafte oder nachvollziehbare Anpassungs- und Bewältigungsstrategie in früheren Lebenszusammenhängen zu verstehen. Dies löst zwar meist noch nicht die aktuellen Schwierigkeiten, entlastet aber die Patienten. Indem die Erlebens-, Interpretations- und Verhaltensweisen nachvollziehbar und verständlich gemacht werden, werden Sinn und Bedeutung des Verhaltens deutlicher. Ziel ist ebenso, dass der Patient die eigene Mitverantwortung an den gegenwärtigen Problemen wahrnimmt und akzeptiert, dass die Probleme nur durch eigene Mitarbeit und Veränderungen vermindert werden können. Psychoedukative Interventionen sollten angesichts der tief verwurzelten Problemstellungen beim Patienten realistische Hoffnungen, Zielsetzungen und Pläne für eine Veränderung initiieren und ein plausibles Behandlungsmodell anbieten, das bewältigbare Schritte auf dem Weg hin zur Veränderung aufzeigt.

Organisation der Behandlungsplanung

Die Planung der Behandlung von Patienten mit PS erfordert die Einbeziehung mehrerer Komponenten:

- störungstypische Verhaltens- und Erlebensmuster,
- individuelle Ausprägung dieser Muster,
- komorbide Achse-I-Störungen,
- komorbide somatische Störungen und
- soziale Variablen.

Die Behandlungsplanung, also die Frage, welches Problem zu welchem Zeitpunkt und mit welchen Mitteln bearbeitet wird, sollte sich an klaren Regeln orientieren: Der Algorithmus (■ **Abb. 1**) organisiert die Wahl des therapeutischen Behandlungsfokus. Die Entscheidungen orientieren sich dabei jeweils an der Symptomatik, wie sie gegenwärtig vom Patienten präsentiert wird.

► Kontinuum vom Persönlichkeitsstil zur Persönlichkeitsstörung

Aufklärung und Erklärungsmodell orientieren sich an den individuellen Denk-, Erlebens- und Verhaltensweisen des Patienten

Ein plausibles Behandlungsmodell zeigt bewältigbare Schritte auf dem Weg zur Veränderung auf

Entscheidungen orientieren sich an der Symptomatik, die gegenwärtig vom Patienten präsentiert wird

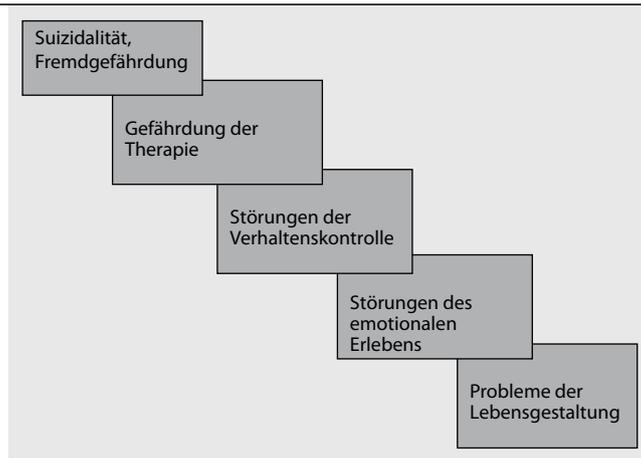


Abb. 1 ◀ Dynamische Hierarchisierung der Behandlungsziele. (Nach Bohus et al. 1999)

An oberster Stelle, und damit – falls manifest – immer als primärer Fokus zu bearbeiten, steht die akute Suizidalität (ggf. auch Fremdgefährdung). In zweiter Position dieser dynamischen Hierarchisierung stehen Verhaltensmuster oder Variablen, die die Aufrechterhaltung der Therapie oder deren Fortschritt unmittelbar gefährden. An dritter Stelle stehen Phänomene, die aus Störungen der Verhaltenskontrolle resultieren. Dabei sind insbesondere solche Verhaltensweisen zu berücksichtigen, die den Patienten daran hindern, therapeutische Lernprozesse zu machen oder Problemverhaltensweisen, die schwere Krisen aufrechterhalten oder fördern (z. B. starke, impulsive Aggressivität, Drogen- und Substanzmissbrauch, schwere dissoziative Symptome oder selbstverletzendes Verhalten bei der Borderline-PS). Etwas nachrangig gehören dazu auch Verhaltensmuster, die sich in der Symptomreduktion kurzfristig als wirksam erweisen, auf längere Sicht jedoch zum eigenständigen Problem werden oder situationsadäquate Problemlösung erschweren. Beispiele dafür sind weniger schwere Selbstverletzungen, rascher Partnerwechsel bei histrionischer PS oder sozialer Rückzug bei ängstlich-vermeidenden Personen. An vierter Stelle stehen Störungen des emotionalen Erlebens. In diesem Stadium ist der Patient zwar in der Lage, seine Handlungen zu kontrollieren, leidet jedoch an intensiven negativen Emotionen oder an Verhaltensmustern, die eingesetzt werden, um negative Emotionen zu vermeiden oder rasch wirksame positive Emotionen zu erlangen. An fünfter Stelle stehen Probleme der Selbstverwirklichung und Alltagsbewältigung (Ausbildung, Arbeitsplatz, Partnerschaft etc.). Schließlich sind Themen wie „Sinnggebung“, „Lebensplanung“ oder „religiöse Orientierung“ wichtig. Im klinischen Alltag wird man diese Problemzonen nicht immer klar trennen, bisweilen ergibt sich die Notwendigkeit, nachgeordnete Probleme in der Behandlung vorzuziehen, insbesondere dann, wenn diese die höher geordneten Problemzonen mitbedingen. Wenn z. B. ein Partnerschaftsproblem suizidale Gedanken triggert, so muss dieses Problemfeld mit in den Fokus aufgenommen werden.

Problemanalyse

Ist der Behandlungsfokus definiert, sollte als nächster Schritt eine detaillierte Problemanalyse erfolgen. Die notwendigen Informationen für die Problemanalyse können aus unterschiedlichen Quellen und mithilfe verschiedener Verfahren erhoben werden. Hierzu zählen die Analyse von Interaktionsmustern in der therapeutischen Beziehung, detaillierte Problem- und Verhaltensanalysen in der kognitiven Verhaltenstherapie, Beobachtungen des Interaktionsverhaltens in Gruppen oder im stationären Setting, Fremdanamnesen und Selbsteinschätzungsbögen. Auch wenn verschiedene psychotherapeutische Verfahren unterschiedliche Methoden der Problemanalyse bevorzugen und andere Schwerpunkte setzen, sollten bei der Problemanalyse generell folgende **psychische und soziale Aspekte** berücksichtigt werden:

- externe Bedingungen für das Erleben und Verhalten,
- akzentuierte Wahrnehmung und Interpretationen des Patienten,
- akzentuierte Denk-, Erlebens- und Beziehungsmuster des Patienten,
- akzentuierte Handlungstendenzen und Verhaltensrepertoire,
- manifeste Verhaltens- und Interaktionsmuster sowie
- spezifische Reaktionen des sozialen Umfelds.

► Psychische und soziale Aspekte

Externe Bedingungen

Menschen mit PS haben meist ein nur eingeschränktes Repertoire, sich auf sich ändernde soziale Bedingungen flexibel einzustellen und zu reagieren. Sie sind dennoch häufig sehr gut in der Lage, sich unter spezifischen, konstanten Umgebungsbedingungen psychisch weitgehend unauffällig zu verhalten. Häufig stellen erst Veränderungen in der Umgebung Anforderungen, die den Betroffenen überfordern. Oft sind psychische Krisen daher auf eine aktuelle Veränderung der Lebensumstände zurückzuführen. Eine psychotherapeutische Problemanalyse sollte deshalb die gegenwärtigen sozialen Bedingungen des Patienten erfassen und insbesondere auf aktuelle Veränderungen achten. Dies impliziert etwa Probleme am Arbeitsplatz und Veränderungen hinsichtlich der beruflichen Anforderungen, finanzielle Probleme, partnerschaftliche Probleme, Konflikte in der Familie, Erkrankungen von nahen Angehörigen, politische Verfolgung, Asylprobleme usw.

Akzentuierte Wahrnehmungen und Interpretationen des Patienten

Patienten mit PS neigen dazu, Informationen entsprechend ihrer besonderen „Raster“ zu filtern und bisweilen hochselektiv oder verzerrt wahrzunehmen und zu interpretieren. Die meisten PS können durch ► **prototypische Fehlinterpretationen** charakterisiert werden. So werden (neutrale) Verhaltensweisen von Personen in der Umgebung etwa als zu bedrohlich, zu sexualisiert oder als sehr beschämend wahrgenommen. Da auch die dysfunktionalen Interpretationen für die Betroffenen als „evident“ bewertet werden, d. h., subjektiv einen hohen Realitätsgehalt haben, werden diese nicht als problematisch thematisiert. Vielmehr müssen sie durch Beobachtung des Therapeuten, Reflexion der therapeutischen Beziehung oder Beobachtungen oft indirekt erschlossen werden.

Akzentuierte Denk-, Erlebens- und Beziehungsmuster des Patienten

Die Ermittlung von Besonderheiten im Denken, Erleben und Kommunizieren bei Patienten mit PS steht im Zentrum der Problemanalyse. Dies ist als Prozess zu verstehen: Hypothesen, die zu Beginn der Therapie gestellt werden, sollten einer fortwährenden korrektiven Anpassung unterzogen werden, da sich im weiteren Verlauf der Informationsgrad verbessert und die individuellen Ausprägungen sowie Charakteristika des jeweiligen Patienten immer sichtbarer werden. Sicherlich ist es zu Beginn der Therapie hilfreich, über prototypisches, kategoriales Wissen zu verfügen. So ist es z. B. sehr wahrscheinlich, dass ein Patient mit anankastischer PS unter Stress gerät, wenn er sich ohne weitere Hilfe zwischen gleichrangigen Alternativen zu entscheiden hat. Er fühlt sich jedoch wohler, wenn die Entscheidungsstrukturen von außen vorgegeben sind. Ebenso wahrscheinlich ist es, dass histrionische Patienten aversiv auf Kontinuität und Routine reagieren, dabei sehr rasch auf Außenreize reagieren. Paranoide Persönlichkeiten sind eher bereit, für ihre vermeintlichen Rechte zu prozessieren und nehmen dabei selbst möglicherweise hohe Verluste in Kauf. Der Therapeut sollte jedoch nicht der Gefahr des Generalisierens verfallen und für die jeweiligen individuellen Ausprägungen und Besonderheiten seiner Patienten offen sein.

Akzentuierte Handlungsmuster

Menschen mit PS verfügen über eine eingeschränkte Varianz und reduzierte Flexibilität in ihren Möglichkeiten, auf externe und interne Informationen zu reagieren. Dies trifft nicht nur für kognitiv-emotionale Prozesse, sondern auch für Handlungsentwürfe zu, d. h. Möglichkeiten zu kommunizieren oder anderweitig zu handeln. Sehr häufig liegen interpersonelle Probleme darin begründet, dass das Spektrum möglicher Handlungen, also die ► **Handlungskompetenz** zu gering ist, dass der Patient also schlicht nicht „weiß“, wie er eine problematische Situation adäquat lösen kann. Die Schwierigkeiten in der Antizipation möglicher sozialer Folgen der jeweiligen Handlungen sowie in der Kontrolle der Handlungsentwürfe im Sinne mangelnder Impulskontrolle schränken Handlungstendenzen und das Verhaltensrepertoire zusätzlich ein. Dieses eingeschränkte Repertoire kann in starken dysfunktionalen Erlebensmustern begründet sein (starke Schamgefühle, verbunden mit der Kognition „Es steht mir auf der Stirn geschrieben, dass ich ein Versager bin“, können z. B. Fluchtgedanken während einer öffentlichen Rede aktivieren).

Die gegenwärtigen sozialen Bedingungen des Patienten werden erfasst; insbesondere wird auf aktuelle Veränderungen geachtet

► Prototypische Fehlinterpretationen

Hypothesen, die zu Beginn der Therapie gestellt werden, werden einer fortwährenden korrektiven Anpassung unterzogen

► Geringe Handlungskompetenz

Viele Verhaltenstendenzen liegen in dem Versuch begründet, drohende unangenehme Emotionen zu vermeiden

► **Beobachtung manifesten Verhaltens**

Kontinuität im sozialen Umfeld kann Lernprozesse und Veränderungen des Patienten behindern

► **Krisenmanagementplan**

Zum Erreichen der notwendigen Transparenz werden schriftliche Therapieverträge abgefasst

Viele Verhaltenstendenzen liegen aber auch in dem Versuch begründet, drohende unangenehme Emotionen zu vermeiden. So wird ein Patient mit ängstlicher (vermeidender) Persönlichkeit eben mit aller Kraft versuchen, eine aus seiner Sicht Scham induzierende Situation zu vermeiden. Schließlich können eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten schlicht auch auf mangelhafte soziale Lernprozesse und infolgedessen auf zu geringe soziale Kompetenzen zurückgeführt werden.

Dabei ist wichtig, nicht jedem manifesten interpersonellen Verhalten des Patienten bewusste oder unbewusste Intentionen zu unterstellen. Einschränkungen der Impulskontrolle, konditionierte Reaktionsmuster, sozial verstärkte Verhaltensmuster und dysfunktionale Beziehungsgestaltung unterliegen meist nicht oder nur teilweise der willentlichen Kontrolle durch den Patienten. Andererseits entfalten genau diese dysfunktionalen Verhaltensmuster ihre Wirkung im sozialen Kontext und wirken entsprechend auf das Individuum zurück. Um dies am Beispiel der Borderline-Störung zu verdeutlichen: Selbstverletzendes Verhalten wird in aller Regel eingesetzt, um intensive unangenehme Emotionen oder Spannungszustände zu mildern. Erfolgt im Anschluss an oberflächliche Schnittverletzungen aber starke emotionale Zuwendung durch Partner oder Therapeuten, so hat dies Auswirkung auf zukünftiges Verhalten, auch wenn dies nicht vom Patienten beabsichtigt wurde. Eine vorschnelle Reaktion des Therapeuten („Kann es sein, dass Sie sich mit den Selbstverletzungen Aufmerksamkeit sichern wollen?“) wird jedoch häufig vom Patienten als kritische Unterstellung wahrgenommen.

Für alle therapeutischen Ansätze stellt die ► **Beobachtung manifesten Verhaltens** die beste Quelle für die hypothetische Erschließung intrapsychischer Prozesse dar.

Spezifische Reaktionen des sozialen Umfelds

Die meisten prototypischen Erlebens- und Verhaltensmuster von Menschen mit akzentuierten Persönlichkeiten entwickeln sich bereits während der Adoleszenz und bleiben im weiteren Verlauf des Lebens relativ stabil. Auch im Erwachsenenalter kann man annehmen, dass die soziale Umgebung an die Verhaltensmuster des Betroffenen „gewöhnt“ ist, diese stabilisiert und – aus lerntheoretischer Sicht gesehen – verstärkt. So können einerseits Veränderungen im sozialen Umfeld oft Krisen auslösen, andererseits kann aber auch Kontinuität im sozialen Umfeld Lernprozesse und Veränderungen des Patienten behindern. Daher sollte der Therapeut spezifische Reaktionsmuster der Personen im Umfeld des Patienten in die Problemanalyse miteinbeziehen. Dies betrifft v. a. Partner, Familienmitglieder sowie Freunde, Kollegen und Vorgesetzte.

Therapievereinbarung

Die Klärung der Rahmenbedingungen der Therapie ist eine wesentliche Voraussetzung jeder psychotherapeutischen Arbeit. Bei der Behandlung von Patienten mit PS sind jedoch darüber hinaus einige Besonderheiten zu berücksichtigen: Neben den generellen Rahmenbedingungen, die die Modalitäten der Finanzierung, Dauer und Frequenz der Behandlung festlegen, sollte insbesondere bei schweren PS, bei denen mit suizidalen Krisen zu rechnen ist, im Vorfeld geklärt werden, unter welchen Bedingungen stationäre Aufenthalte als sinnvoll erachtet werden. Gerade bei chronisch suizidalen Patienten sollte – für alle Beteiligten transparent – ein Plan für ein ► **„Krisenmanagement“** erstellt werden, der geeignete Maßnahmen (einschließlich Telefonnummern von Notfallambulanz) in Abhängigkeit von der jeweiligen Steuerungsfähigkeit auflistet. Es hat sich bei suizidalen Patienten als sinnvoll erwiesen, dass der Patient weiß, wo und unter welchen Bedingungen er im Notfall den Therapeuten auch telefonisch erreichen kann. Im Rahmen der Therapievereinbarung sollten auch Absprachen darüber getroffen werden, ob und ggf. wie elektronische Medien (Audio- und Videoaufzeichnungen) sowohl zum Selbstmanagement als auch im Rahmen der Supervision eingesetzt werden. Der Patient sollte wissen, ob und ggf. wo sich der Therapeut supervidieren lässt und welche Materialien dabei zum Einsatz kommen. Zum Erreichen der notwendigen Transparenz ist es insgesamt günstig, in der Praxis schriftliche „Therapieverträge“ abzufassen, in denen die getroffenen Informationen und Vereinbarungen festgehalten und die von beiden Seiten unterzeichnet werden.

Therapeutische Beziehung

Da sich, wie beschrieben, dysfunktionale Denk-, Erlebens- und Verhaltensmuster von Patienten mit PS insbesondere im zwischenmenschlichen Bereich manifestieren, kommt der Beziehungsgestaltung im therapeutischen Prozess besonders wichtige, dreifache Funktion zu: Zum Ersten ist der Aufbau der therapeutischen Beziehung durch akzentuierte Erwartungen des Patienten an seine Mitmenschen geprägt. Da davon auszugehen ist, dass sich diese Erwartungen auch in der Interaktion mit dem Therapeuten abbilden, erfordert der Beziehungsaufbau von der Seite des Therapeuten ggf. Modifikationen seines eigenen Beziehungsverhaltens, das über „Empathie“ deutlich hinausgeht. Zum Zweiten können und sollen die normativen Abweichungen in der Beziehungsgestaltung vom Therapeuten registriert werden. Sie sind für die diagnostische Einschätzung sehr wichtig. Schließlich sollte die therapeutische Beziehung, nach einer stabilen Aufbauphase, als Lern- und Experimentierfeld genutzt werden, um so dem Patienten eine Erweiterung seines Erlebens- und Verhaltensrepertoires zu ermöglichen.

Beziehungsaufbau

Alle therapeutischen Ansätze betonen die Bedeutung der Vertrauen herstellenden, von Expertise und Zuversicht geprägten Grundhaltung des Therapeuten. Im Rahmen der Behandlung von Patienten mit PS kommt der therapeutischen Beziehung jedoch eine besondere Funktion zu. Zum einen sind die Erwartungen oder Befürchtungen eines persönlichkeitsgestörten Patienten bezüglich seines Gegenübers häufig von negativen Beziehungserfahrungen geprägt. Im Gegensatz zu Personen mit den meisten anderen psychischen Störungen erleben die betroffenen Patienten jedoch ihre akzentuierten Denk-, Erlebens- und Verhaltensmuster charakteristischerweise in weiten Bereichen als Ich-synton und „evident“, also als in sich stimmig, logisch und nicht als übertrieben oder gar behandlungsbedürftig. Sie erwarten daher, wie jeder Patient von seinem Therapeuten, dass dieser ihre Wahrnehmung bestätigt und sich „schemakonform“ verhält. Mit dem Fachbegriff ► **„komplementäre Beziehungsgestaltung“** skizziert die Psychotherapieforschung daher therapeutisches Verhalten, das sich gezielt und bewusst an die entsprechenden Erwartungen des Patienten anpasst. So wird z. B. der Therapeut auch die nichtformulierten Wünsche eines dependenten Patienten nach Übernahme von Verantwortung durch ihn früh erkennen und die Sitzungen klar strukturieren. Er sollte Stärke und Führungsqualität zeigen und kann dabei durchaus alltagspraktische Ratschläge zur Problembewältigung geben. Gleichzeitig ist es von Beginn der Therapie an aber auch wichtig, auf eine langsame Steigerung der Eigenständigkeit der Patienten mit dependenten Persönlichkeitszügen zu achten. Bei einem paranoiden Patienten hingegen wird der Therapeut möglichst wenig in dessen Alltagsgestaltung „eingreifen“, sondern zunächst versuchen, dessen Vertrauen dadurch zu gewinnen, dass er das Misstrauen des Patienten verstehend akzeptiert. Es bedarf also besonders in der Anfangsphase der Behandlung eines hohen Maßes an Flexibilität seitens des Therapeuten, die interpersonelle Erwartungshaltung des jeweiligen Patienten zu erkennen und entsprechend zu reagieren. Wichtig dabei ist jedoch, dass der Therapeut nicht „schauspielert“, sondern sein eigenes, authentisches Repertoire an Beziehungsresonanz ausschöpft. Gelingt dies nicht, ist mit Therapieabbrüchen in einem frühen Stadium der Behandlung zu rechnen.

Beziehungsdiagnostik

Der Therapeut sollte zu Beginn der Therapie versuchen, den expliziten und impliziten Beziehungserwartungen des Patienten in gewissen Grenzen zu entsprechen, um dadurch dessen Vertrauen zu gewinnen und die Basis für anstehende Veränderungsprozesse zu schaffen. Zeitgleich sollte er inadäquate, d. h. insbesondere nichtkompetenz- und/oder nichtbeziehungsfördernde Wünsche oder Interaktionsangebote des Patienten wahrnehmen und reflektieren. Er wird also einerseits als Beziehungspartner auftreten und andererseits auf einer metakognitiv-emotionalen Ebene Besonderheiten im Beziehungsaufbau registrieren. ► **„Normabweichungen“** in der therapeutischen Beziehungsgestaltung sind daher wertvolle diagnostische Hinweise. Nach dem psychodynamischen Modell werden in den Prozessen von Übertragung und Gegenübertragung die primären Quellen diagnostischer Information gesehen. Kognitiv-behaviorale Therapeuten nutzen in stärkerem Ausmaß als psychodynamische Therapeuten zusätzlich Fragebögen und Informationen Dritter.

► Komplementäre Beziehungsgestaltung

Der Therapeut schöpft sein eigenes, authentisches Repertoire an Beziehungsresonanz aus

► Normabweichungen

Beziehungsarbeit

Da sich die interpersonellen Erwartungshaltungen und Reaktionsmuster des Patienten in aller Regel in der Interaktion mit dem Therapeuten manifestieren, birgt diese therapeutische Beziehung auch die Möglichkeit, neue Erfahrungen und Lernprozesse im zwischenmenschlichen Bereich zu machen, und dies quasi unter „kontrollierten Bedingungen“. Der Therapeut ist also gehalten, nach einer Phase des Beziehungsaufbaus zu beginnen, dysfunktionale Erwartungen zu irritieren und den Patienten zu neuen Erfahrungen sowie Verhaltensexperimenten anzuregen. Dieser Prozess erfordert ein hohes Maß an Geschicklichkeit, da gerade durch Irritationen der Erwartungshaltungen aversive Emotionen gegenüber dem Therapeuten aktiviert werden können, die dann im Gegenzug durch aktive Beziehungsaufnahme durch diesen ausbalanciert werden müssen. Diese Beziehungsaufnahme basiert auf der zeitgleichen Vermittlung von akzeptierender Wertschätzung bzw. Befriedigung hierarchisch hoher Ziele des Patienten (soziale Akzeptanz, Nähe und Geborgenheit etc.) bei Korrektur nachgeordneter dysfunktionaler Strategien. Eine weitere therapeutische Strategie besteht darin, die „subjektive Evidenz“ der jeweiligen Annahmen des Patienten, eventuell in Bezugsetzung zu dessen eigener biografischer Erfahrung, zu validieren, ohne dabei den kritischen Reflex auf die soziale Wirklichkeit zu vernachlässigen. In dieser dialektischen Dynamik zwischen Beziehungsaufbau durch Akzeptanz und Beziehungsgefährdung durch Irritation liegt der Schlüssel zum Gelingen der therapeutischen Arbeit. Verschiedene therapeutische Verfahren bieten auch hier unterschiedliche Methoden an: Während kognitiv-behavioral orientierte Therapeuten bewusst die **► Position des „Coaches“** einnehmen, der aufseiten des Patienten, gemeinsam mit ihm, seine „Störung“ betrachtet und ihm mit Rat und Tat hilft, neue Erfahrungen, insbesondere außerhalb der therapeutischen Beziehung zu wagen, achtet der psychodynamisch orientierte Therapeut primär darauf, welche Interaktionsmuster sich innerhalb der **► „therapeutischen Dyade“** entwickeln und interveniert in Form von Klärungen, Konfrontationen und Deutungen, indem er dem Patienten hilft, die sich gerade entwickelten Prozesse auf metakognitiver Ebene zu betrachten, emotional wahrzunehmen und mit biografisch relevanten Bezugssystemen in Verbindung zu setzen. Es wird angenommen, dass in der therapeutischen Praxis die Übergänge zwischen diesen beiden Positionen fließend sind. Ein guter Therapeut wird beide Strategien beherrschen und gezielt einsetzen können. Es bleibt zu beachten, dass Irritationen des Selbstbilds oder der Interaktion immer die Gefahr der Beziehungsstörung mit sich tragen. Zudem sollte der Therapeut flexibel genug sein, um die Intensität dieses Prozesses der **► „haltenden Irritation“** an die individuellen Möglichkeiten des Patienten und sich eventuell ändernde soziale Bedingungen anzupassen. So wird er z. B. einem dependenten Patienten, der während der Therapie den Arbeitsplatz verliert, auch in einem fortgeschrittenen Therapiestadium zunächst die gewünschte Unterstützung wieder gewähren, um dann in einem zweiten Schritt die bereits neu erlernten Ressourcen zu aktivieren.

Die dialektische Dynamik zwischen Beziehungsaufbau durch Akzeptanz und Beziehungsgefährdung durch Irritation bestimmt den Therapieerfolg

► Position des Coaches

► Therapeutische Dyade

► Haltende Irritation

Veränderungsstrategien

Kognitiv-behaviorale Veränderungsstrategien

Externe Bedingungen

Auslösende Faktoren für die psychische Dekompensation von Menschen mit PS sind in aller Regel externe Belastungsfaktoren. Darunter fallen soziale Variablen (Trennung, Veränderung im Berufsleben etc.), aber auch somatische Erkrankungen. Die Analyse dieser Belastungsvariablen und deren Objektivierung sollte Vorrang haben.

In Abhängigkeit von der Problemanalyse stehen als Interventionsstrategien „Problemlösen“, „Kompetenzerwerb“ oder „akzeptanzbasierte“ Methoden zur Verfügung. Der Einsatz von strukturierten Problemlösungsmanualen hat sich als wichtiges Modul in zahlreichen multimodalen Behandlungsverfahren etabliert.

Akzentuierte Wahrnehmung und Interpretationen des Patienten

Die Veränderung von einseitiger Wahrnehmung und überwertigen Interpretationen des Patienten geschieht zweistufig: Erst gilt es, diese Automatismen zu identifizieren; im zweiten Schritt können alternative Sichtweisen erprobt werden. Da die (pathologischen) spezifischen Sichtweisen der Welt für den Betroffenen zunächst Ich-synton, d. h. als evident erlebt werden, liegt es im Aufgabenbereich des Therapeuten, diese aufzudecken und einer kritischen Betrachtung zugänglich zu machen. Refle-

Interventionsstrategien sind „Problemlösen“, „Kompetenzerwerb“ oder „akzeptanzbasierte“ Methoden

Erst gilt es, Automatismen zu identifizieren; im zweiten Schritt werden alternative Sichtweisen erprobt

xionen über deren Entstehungsgeschichte und biografische Relevanz sind meist hilfreich. Als Informationsquelle eignen sich sowohl die therapeutische Beziehung als auch die Beobachtung von Interaktionen in der therapeutischen Gruppe, von Paaren oder Familien oder im stationären Bereich. Methodisch folgt man den Techniken der ► „**kognitiven Umstrukturierung**“, die insbesondere auf die Ökonomie der automatisierten Gedanken („Wie hilfreich ist diese Sichtweise für Sie?“) und auf die dezidierte Erarbeitung von kognitiven Alternativen („Gäbe es noch eine andere Erklärungsmöglichkeit für dieses Ereignis?“ „Unter welchen Umständen wäre diese andere Sichtweise hilfreicher?“) Wert legt.

Akzentuierte Denk- und Erlebensmuster des Patienten

Die Bearbeitung der dysfunktionalen Denk- und Erlebensmuster erfordert zunächst eine genaue Analyse der jeweils individuellen Charakteristika und Ausformungen. Verhaltensanalysen, Schemanalysen, Plananalysen sowie offene und verdeckte Induktionsmethoden stehen dem Therapeuten zur Verfügung. Insbesondere sollte geklärt werden, ob dysfunktionale Muster an definierbar auslösende Variablen gekoppelt sind, ob sie durch kognitive Selbstinstruktionen aktiviert oder durch Reaktionen der Umwelt stabilisiert werden. Je nachdem wird der Therapeut expositionsbasierte Veränderungstechniken auswählen oder Methoden der kognitiven Umstrukturierung oder versuchen, zusammen mit dem Patienten dessen Verstärkersysteme neu zu organisieren.

Akzentuierte Handlungstendenzen und Verhaltensrepertoire

Geprägt durch seine Lerngeschichte verfügt der Patient über ein individuelles Repertoire an Möglichkeiten, auf bestimmte Anforderungen oder Situationen zu reagieren. Häufig eingesetzte und kurzfristig wirksame Verhaltensmuster wirken selbstverstärkend und werden automatisch aktiviert. Um einen höheren Grad an Flexibilität zu erreichen, sollte der Patient lernen, diese automatisierten Konzepte zu identifizieren und sein Repertoire zunächst mental zu erweitern. Methodisch wird der Therapeut zunächst „Lernen am Modell“ anbieten und dann zu Verhaltensexperimenten „in sensu“ anregen.

Manifeste Verhaltens- und Interaktionsmuster

Im Weiteren sollte der Patient die neu konzeptualisierten Handlungsmöglichkeiten „im realen Leben“ umsetzen. ► **Therapeutische Rollenspiele** bereiten auf diese Experimentalphase vor. Die In-vivo-Verhaltensexperimente sollten gut geplant und gut begründet sein sowie (vom Patienten) protokolliert werden. Im Sinne von antizipierten Verhaltensanalysen werden sowohl die emotionalen Reaktionen des Patienten als auch die zu erwartenden (ungewohnten) Reaktionen der Umgebung diskutiert. Diese Phase ist für den Patienten häufig sehr belastend, da er starke emotionale Hindernisse (Angst, Scham etc.) überwinden muss, um Neues zu lernen. Er bedarf daher der besonderen Unterstützung durch den Therapeuten.

Umsetzung der Veränderungen unter Alltagsbedingungen

Während der erste, oben benannte Schritt zunächst noch unter „Experimentalbedingungen“ umgesetzt wird (erweitertes Rollenspiel), sollte der Patient dazu ermutigt werden, nach erfolgreicher Erprobung die neu erworbenen Verhaltensmuster auch in seiner realen Umgebung (Arbeitsplatz, Partnerschaft, Familie oder Freizeitbereich) umzusetzen. Auch hier hat sich der Einsatz von ► **Verhaltensprotokollen** bewährt.

Spezifische Reaktionen des sozialen Umfelds

Es ist davon auszugehen, dass die soziale Umgebung des Patienten auf dessen Veränderungen irritiert reagiert. Der Therapeut sollte den Patienten darauf vorbereiten und ihn ermuntern „durchzuhalten“. Im Einzelfall kann es hilfreich sein, die unmittelbare soziale Umgebung des Patienten in die Therapie miteinzubinden, um ungewollt stabilisierende Verstärkersysteme zu identifizieren und zu verändern.

Psychodynamische Veränderungsstrategien

Psychodynamische Therapien setzen ► **störungsorientierte Modifikationen** der psychoanalytischen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ein und verfolgen generell Veränderungsstrate-

► Kognitive Umstrukturierung

Expositionsbasierte Veränderungstechniken, kognitive Umstrukturierung oder Neuorganisation der Verstärkersysteme werden eingesetzt

Der Therapeut bietet zunächst „Lernen am Modell“ an und regt dann zu Verhaltensexperimenten „in sensu“ an

► Therapeutische Rollenspiele

► Verhaltensprotokolle

Im Einzelfall wird die unmittelbare soziale Umgebung des Patienten in die Therapie miteingebunden

► Störungsorientierte Modifikationen

Im Fokus stehen eingeschränkte Fähigkeiten zur Selbst- und Beziehungsregulation oder abgespaltene, verzerrte Objektbeziehungen

Klärungen, Konfrontationen und Deutungen des konkreten Verhaltens, Erlebens und der inneren Abbilder werden eingesetzt

► Interpersonelle Psychodynamik

Ziel ist die Entwicklung einer realistischen, differenzierten und gestalthaften Wahrnehmung des Selbst und anderer Menschen

Die Therapie vermittelt korrigierende kognitive und emotionale Erfahrungen mit neu erschlossenen Veränderungsmöglichkeiten

gien, die weniger auf unbewusste Konflikte, sondern mehr auf die Persönlichkeitsstruktur und typische maladaptive Verhaltensmuster bezogen sind. Dabei handeln sie nach Konzepten, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufweisen. Grundsätzlich geht es um:

- Identifikation und Bearbeitung von dysfunktionalen Beziehungs-, Erlebens- und Verhaltensmustern im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung sowie
- Prozesse der Übertragung und Gegenübertragung zwischen Therapeut und Patient.

Im psychodynamischen Fokus stehen entweder eher eingeschränkte Fähigkeiten zur Selbst- und Beziehungsregulation oder durch Identitätsstörung abgespaltene, verzerrte Objektbeziehungen und die damit verbundenen Affekte oder auch die Unfähigkeit, eigene innere Prozesse und die anderer Menschen zu erkennen und zu verstehen (z. B. Mentalisierungsschwäche) sowie darüber zu reflektieren. Das Vorgehen ist in den psychodynamischen Therapien jedoch weniger strukturiert als bei der kognitiv-behavioralen Therapie.

Externe Bedingungen

Psychodynamische Therapieansätze beachten und berücksichtigen auch externe Bedingungen, sind allerdings im Einsatz direkter Vorgehensweisen eher zurückhaltend. Es wird jedoch auf in der Therapievereinbarung getroffene Absprachen Bezug genommen, wenn das Leben des Patienten oder das Fortbestehen der Therapie gefährdet ist oder wenn der Patient aufgrund seiner eingeschränkten Fähigkeiten der Selbst- und Beziehungsregulation sowie praktischen Lebensbewältigung nicht in der Lage ist, Lösungsstrategien für aktuelle Probleme zu entwickeln. Um den Patienten in dieser Entwicklung zu unterstützen, werden in bestimmten Therapieansätzen Klärungen, Konfrontationen und Deutungen seines konkreten Verhaltens, Erlebens und seiner inneren Abbilder vom Selbst und wichtigen anderen („Repräsentanzen“) eingesetzt. In anderen Ansätzen unterstützt der Therapeut den Patienten dadurch, dass er dessen fehlende oder eingeschränkte Fähigkeiten quasi stellvertretend vorübergehend übernimmt.

Akzentuierte Wahrnehmung, Interpretationen, Denk-, Erlebens- und Beziehungsmuster

Es wird davon ausgegangen, dass Patienten mit PS zu einem großen Teil durch frühere negative Beziehungserfahrungen geprägt sind, die zu Einschränkungen in der Selbst- und Objektwahrnehmung, der Impulssteuerung, der Kommunikations- und Bindungsfähigkeit führen sowie sich auf die zwischenmenschliche und insbesondere auch auf die therapeutische Beziehungsgestaltung auswirken. Mit dem Fokus auf die ► **interpersonelle Psychodynamik** ist die aktuelle Beziehung zum Therapeuten von zentraler Bedeutung, da sich hier dysfunktionale, maladaptive Verhaltens- und Erlebnismuster des Patienten, Störungen seiner Identität und Abwehrmechanismen manifestieren, die gleichsam „online“ identifiziert und einer Bearbeitung unmittelbar zugänglich gemacht werden können.

Es wird darauf abgezielt, widersprüchliche, fragmentierte und nichtverbundene innere Bilder vom Selbst und wichtigen anderen zu integrieren bzw. das Verstehen eigener und fremder intrapsychischer Prozesse zu fördern. Dabei kommen entweder klärende, konfrontierende und deutende Techniken oder aber die zeitweise Übernahme eingeschränkter Funktionen des Patienten durch den Therapeuten zum Einsatz. Das Ziel ist die Entwicklung einer realistischen, differenzierten und gestalthaften Wahrnehmung des Selbst und anderer Menschen; dies wird als eine entscheidende Voraussetzung für eine gelingende Beziehungsgestaltung angesehen.

Akzentuierte Handlungstendenzen und Verhaltensrepertoire

Aus psychodynamischer Sicht wird davon ausgegangen, dass nicht in erster Linie das Erarbeiten einer alternativen Verhaltensstrategie zur Persönlichkeitsveränderung führt, sondern dass die Fähigkeit zum Reflektieren und Neubewerten der zugrunde liegenden Probleme des Verhaltens und Erlebens die Voraussetzungen für nachhaltige Veränderung schafft. Es wird also nicht gefragt: „Wie könnten Sie sich in dieser Situation anders verhalten?“, sondern vielmehr: „Wie können wir verstehen, dass Sie sich in dieser Situation so verhalten haben?“. Die eigentliche therapeutische Arbeit setzt dann an den bereits diskutierten Denk-, Erlebens- und Beziehungsmustern und an den korrigierenden kognitiven und emotionalen Erfahrungen mit neu erschlossenen Veränderungsmöglichkeiten an.

Manifeste Verhaltens- und Interaktionsmuster

Im Mittelpunkt stehen die Interaktionsmuster, wie sie in der Therapiesitzung in der Beziehung zum Therapeuten, in der Interaktion und in der Übertragung sichtbar werden. Dabei wird zunächst versucht, die ► **Übertragungsmuster** zu identifizieren, um diese anschließend gemeinsam mit dem Patienten analysierend verstehen zu können. Zum Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit wird das manifeste Verhalten in allen psychodynamischen Ansätzen allerdings immer dann, wenn es zu einer Bedrohung für das Leben des Patienten bzw. anderer Menschen wird oder wenn es das Fortbestehen der Therapie gefährdet. Einige Therapieansätze orientieren sich an einer hierarchischen Aufstellung von risikoreichen Verhaltensweisen des Patienten, die in der Behandlung vom Therapeuten direkt thematisiert werden sollen, um eine Gefährdung des Patienten und der Therapie zu verhindern. Andere Ansätze arbeiten mit weniger formalisierten Vorgaben, verzichten jedoch keineswegs auf eine aktive Strukturierung und Grenzsetzung in bedrohlichen Situationen.

Umsetzung der Veränderungen unter Alltagsbedingungen

Es wird mit dem Patienten erkundet, wann, wo und wie er neue Verhaltensstrategien erprobt und davon profitiert. Erfolgt die Umsetzung der Veränderungen im Alltagsleben des Patienten jedoch nicht, wird diese Vermeidung vom Therapeuten thematisiert, damit der Patient sein Erleben und Handeln im äußerem Umfeld durch den Austausch- und Verstehensprozess in der Therapie besser sowie nachhaltiger integrieren kann.

Spezifische Reaktionen des sozialen Umfelds

In psychodynamischen Therapiekonzepten hat das soziale Umfeld für den Therapieprozess und die Umsetzung von den in der Behandlung entwickelten neuen Erlebens- und Verhaltensmustern hohe Relevanz; hierbei wird weniger direkt auf der Verhaltensebene interveniert. Eine gute ► **Kooperation** mit anderen Personen und Einrichtungen aus dem sozialen Umfeld des Patienten (Mitglieder der Familie, Partner, Familienhelfer, Sozialarbeiter, Bewährungshelfer und Fachärzte) wird stets hergestellt und schon im Behandlungsvertrag mit dem Patienten vereinbart.

Super- und Intervision

Berücksichtigt man die Besonderheit und die Bedeutung der therapeutischen Beziehung in der therapeutischen Arbeit mit persönlichkeitsgestörten Patienten, wird offensichtlich, dass Super- oder Intervision ein integraler Bestandteil der Therapie sein sollte. Wie oben ausgeführt, steht der Therapeut vor der Herausforderung, eine Balance zwischen Erfüllung und Irritation der interaktionellen Erwartungen des Patienten an den Therapeuten zu finden. Je nach Belastungsfaktoren, die auf den Patienten einwirken, sollte der Therapeut flexibel in seinen Beziehungsangeboten reagieren können. Da davon ausgegangen wird, dass selbst sehr gut ausgebildete Therapeuten dazu tendieren, auf Dauer den komplementären Beziehungsangeboten der Patienten zu entsprechen bzw. ihre Gegenübertragungen nicht vollständig reflektieren können und dadurch Gefahr laufen, den Veränderungsprozess zu verzögern, dient die kollegiale Super- oder Intervision als ► **korrektive Instanz**.

Supervisoren aller therapeutischen Verfahren greifen heute zunehmend auf die Möglichkeiten der Audio- und Videotechnik zu, da die Möglichkeit einer detaillierten Verhaltensbeobachtung von Patient und Therapeut zur Therapiesteuerung herangezogen werden kann.

Alle unter experimentellen Bedingungen erhobenen Evidenznachweise von psychotherapeutischen Verfahren zur Behandlung von Patienten mit PS wurden unter supervidierten Bedingungen durchgeführt. Es existiert daher, pointiert formuliert, kein Nachweis, dass Psychotherapie bei Patienten mit PS ohne Supervision wirksam ist. Die Kostenträger sollten demnach die Finanzierung der Supervision in angemessenem Rahmen gewährleisten.

Verlaufskontrolle

Grundsätzlich sollte man davon ausgehen, dass Behandlungsverlauf und -erfolg psychischer Störungen so weit wie möglich operationalisiert erfasst werden sollten. Auch für das Gebiet der PS liegen mittlerweile ► **diagnostische Erhebungsinstrumente** vor, die sich in 3 Kategorien gliedern lassen:

1. Kategoriale Instrumente, die erfassen, ob die jeweiligen DSM-IV-Kriterien einer PS nach Behandlung persistieren oder nicht. Obgleich diese Instrumente in gut publizierten Studien angewandt

► Übertragungsmuster

► Kooperation

► Korrektive Instanz

Pointiert formuliert, existiert kein Nachweis, dass Psychotherapie ohne Supervision bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen wirkt

► Diagnostische Erhebungsinstrumente

Klar definierte, realistische und mit dem Patienten abgestimmte Behandlungsziele werden in einen zeitlichen Kontext gestellt

werden, sind die klinische und auch die wissenschaftliche Validität der gewonnenen Erkenntnis jedoch sehr kritisch zu sehen.

2. Spezifische dimensionale Instrumente liegen für einige PS vor. Mit ihnen können Ausprägungs- und Schweregrad der Störung bzw. der dysfunktionalen Erlebens- und Denkweisen erfasst werden.

3. Dimensionale unspezifische Instrumente: Hierunter fallen zum einen Fragebögen, die z. B. dysfunktionale Kognitionen oder Störungen der zwischenmenschlichen Beziehung erfassen. Zum anderen können auch störungsübergreifende Fragebögen [beispielsweise die Symptom-Checkliste (SCL-90R)] herangezogen werden.

Unabhängig vom Einsatz operationalisierter Instrumente hat es sich in der klinischen Praxis bewährt, zu Behandlungsbeginn klar definierte, realistische Behandlungsziele mit dem Patienten abzustimmen, diese in einen zeitlichen Kontext zu stellen, um damit die therapeutischen Prozesse einer gemeinsamen Überprüfung zu öffnen.

Fazit für die Praxis

Bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen sollten neben dem klinischen Gespräch (halb-)strukturierte Interviews und ergänzend zur kategorialen Diagnostik störungsspezifische Selbstbeurteilungsinstrumente zum Einsatz kommen. Die Diagnose wird, eingebettet in ein psychoedukatives Vorgehen, unter Bezugnahme auf die biografische Entwicklung mit dem Patienten besprochen. Psychotherapeutische Verfahren gelten als Methode der ersten Wahl in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Empirisch abgesicherte psychotherapeutische Empfehlungen liegen für die Borderline-PS, die antisoziale und die ängstlich-vermeidende PS vor. Die Empfehlungen zur Behandlung der anderen Störungen basieren wegen weitgehend fehlender Wirksamkeitsstudien v. a. auf der klinischen Expertise der beteiligten Kollegen oder anderen veröffentlichten Expertenmeinungen und erfüllen damit nicht die Kriterien von S2-Leitlinien.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Babette Renneberg

Klinische Psychologie und Psychotherapie, Freie Universität Berlin
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin
b.renneberg@fu-berlin.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg) (2006) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Huber, Bern
- Bohus M, Stieglitz R, Fiedler P, Berger M (1999) Persönlichkeitsstörungen. In: Berger M (Hrsg) Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Urban & Schwarzenberg, München, S 771–846
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg) (2009) Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen. Reihe: S2-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Bd 1. Steinkopff, Heidelberg
- Doering S, Renn D, Höfer S et al (2007) Validierung der deutschen Version des Fragebogens zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV). Z Psychosom Med Psychother 53:111–128
- Fiedler P (2007) Persönlichkeitsstörungen, 6. Aufl. Beltz, Weinheim
- Livesley W, Jang KL, Vernon PA (1998) Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. Arch Gen Psychiatry 55:941–948
- Oldham JB, Morris LB (1992) Ihr Persönlichkeitsportrait. Kabel, Hamburg
- Pukrop R, Gentil I, Steinbring I, Steinmeyer E (2001) Factorial structure of the German version of the Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire in clinical and non-clinical samples. J Personal Disord 15:450–456
- Schmitz B, Schuhler P, Handke-Raubach A, Jung A (2001) Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen. Pabst, Lengerich

CME-Fragebogen

Bitte beachten Sie:

- Antwortmöglichkeit nur online unter: **CME.springer.de**
- Die Frage-Antwort-Kombinationen werden online individuell zusammengestellt.
- Es ist immer nur eine Antwort möglich.

Die S2-Leitlinien für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen (PS) ...

- wurden von einem Expertenkomitee im Konsensusverfahren entwickelt.
- beziehen sich auf die psychodynamische Therapie von PS.
- beziehen sich auf die verhaltenstherapeutische Therapie von PS.
- gelten ausschließlich für PS des Cluster C.
- gelten als veraltet.

Für welche der folgenden PS gibt es ausreichend Wirksamkeitsstudien aus der Psychotherapieforschung?

- Paranoide PS
- Narzisstische PS
- Borderline-PS
- Histrionische PS
- Schizoide PS

Wie sollte die Kommunikation der Diagnose PS erfolgen?

- Gar nicht! Die Kommunikation dieser Diagnose ist stigmatisierend und gefährdet die therapeutische Beziehung.
- Ohne Umschweife zu Beginn der Behandlung, am besten in standardisierter Form.
- Ressourcenorientiert im Sinne von einer starken Ausprägung besonderer Persönlichkeitszüge, die in der Lebensgeschichte durchaus funktional waren, jedoch in ihrer extremen Ausprägung aktuell zu Beeinträchtigungen führen.
- Die Diagnose sollte am besten durch einen behandelnden Psychiater oder Konsiliararzt kommuniziert werden.
- Nur, wenn der Klient danach fragt.

Welcher Rahmenvereinbarung kommt in der Therapie von PS besondere Bedeutung zu?

- Ausfallhonorare: In der Psychotherapie von PS sollten entsprechende Regelungen aufgehoben werden.
- Kontakt zum Therapeuten zwischen den Sitzungen: Es sollte besprochen werden, wie und wann der Therapeut für den Klienten außerhalb der Sitzungen erreichbar ist.
- Sitzungsdauer: In der Therapie von PS sind grundsätzlich Doppelstunden à 100 min zu empfehlen.
- Selbstzahler: Selbstzahler mit PS sollten möglichst die Sitzungen im Voraus bezahlen.
- Geschlechterverhältnis: Gegengeschlechtliche Therapeut-Klient-Dyaden gelten in der Therapie von PS als weniger erfolgversprechend.

Für welche Gruppe von Psychopharmaka gibt es ausreichende Wirksamkeitsbelege in der Behandlung von PS?

- Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
- Atypische Neuroleptika
- Benzodiazepine
- Trizyklische Antidepressiva
- Keine

Was bedeutet komplementäre Beziehungsgestaltung?

- Komplementäre Beziehungsgestaltung bezeichnet die oft dysfunktionalen Beziehungen zwischen Personen mit PS und deren Partnern, angelehnt an das Prinzip der Koabhängigkeit.

- Komplementäre Beziehungsgestaltung bedeutet, dass sich der Therapeut anfangs konträr zu den Bedürfnissen des Klienten verhalten sollte.
- Komplementäre Beziehungsgestaltung bedeutet, dass der Therapeut anfangs versuchen sollte, sich gemäß den (funktionalen) Bedürfnissen des Klienten zu verhalten.
- Komplementäre Beziehungsgestaltung bedeutet, dass der Therapeut die Rolle eines Elternteils einnehmen sollte.
- Komplementäre Beziehungsgestaltung heißt, dass der Therapeut sich komplementär zum sichtbaren Verhalten des Klienten verhält.

Welche Elemente sind nicht zwingend Teil der Problem-analyse bei PS?

- Externe Bedingungen wie z. B. die berufliche Situation.
- Verzerrte Aufmerksamkeits- und Interpretationsprozesse.
- Typische Verhaltensmuster.
- Akademische Leistungen.
- Reaktionen des sozialen Umfelds.

Welche Methode wird üblicherweise nicht in der kognitiven Verhaltenstherapie gewählt, um akzentuierte Interpretationen von Klienten mit PS zu bearbeiten?

- Identifikation automatischer Gedanken in der Verhaltensanalyse.
- Identifikation automatischer Gedanken anhand von Tagebüchern.

- Veränderung von Interpretationen im sokratischen Dialog.
- Identifikation automatischer Gedanken anhand projektiver Tests.
- Veränderung von akzentuierten Denkmustern in Verhaltensexperimenten.

Was ist in der psychodynamischen Behandlung von PS zentral?

- Bearbeitung externer Bedingungen
- Übertragung und Gegenübertragung in der therapeutischen Beziehung
- Einüben alternativer Verhaltensstrategien
- Soziales Kompetenztraining
- Erlernen von Entspannungstechniken

Was gilt für die Wirksamkeit von Psychotherapie bei PS?

- Für alle PS liegen gut evaluierte Behandlungsansätze vor.
- Bisher liegen nur positive Wirksamkeitsbelege für supervidierte Therapien vor.
- Psychopharmaka gelten als „treatment of choice“.
- Für die dissoziale PS gibt es keine wirksame Psychotherapie.
- Keines der genannten.

Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate auf **CME.springer.de** verfügbar.

Den genauen Einsendeschluss erfahren Sie unter **CME.springer.de**

Hier steht eine Anzeige.

