



Sebastian Euler

Mentalisieren bei Persönlichkeitsstörungen

Mentalisieren
in Klinik und Praxis

Hrsg. von Ulrich Schultz-Venrath

Fach-
buch 
Klett-Cotta



Sebastian Euler

Mentalisieren bei Persönlichkeitsstörungen

Mentalisieren in Klinik und Praxis

Hrsg. von Ulrich Schultz-Venrath

Fach-
buch 
Klett-Cotta

Sebastian Euler

Mentalisieren bei Persönlichkeitsstörun- gen

Unter Mitarbeit von Esther Stalujanis

Mit einem Geleitwort von Peter Fonagy

Klett-Cotta

MENTALISIEREN IN KLINIK UND PRAXIS

Herausgegeben von Ulrich Schultz-Venrath

Mentalisieren ist die Fähigkeit, sich auf innerpsychische (mentale) Zustände (wie z. B. Gedanken, Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse) von sich selbst und anderen zu beziehen und diese als dem Verhalten zugrundeliegend zu begreifen. Mentalisieren wird als wesentliche menschliche Kompetenz angesehen.

Die Fähigkeit des Mentalisierens ist bei verschiedenen psychischen Störungen unterschiedlich stark eingeschränkt oder nicht vorhanden. Dies hat häufig schwerwiegende Folgen. Die Mentalisierungsfähigkeit wieder herzustellen ist eine zentrale therapeutische Aufgabe in den verschiedenen Psychotherapien.

Die einzelnen Bände der Reihe stellen in kompakter Form die Anwendungsmöglichkeiten mentalisierungsbasierter Maßnahmen auf wichtigen Störungsfeldern vor.

Die Einzelbände behandeln folgende Themen:

1. Band: Mentalisieren in Gruppen
2. Band: Mentalisieren bei Depressionen
3. Band: Mentalisieren mit Kindern und Jugendlichen
4. Band: Mentalisieren mit Paaren
5. Band: Mentalisieren des Körpers

6. Band: Mentalisieren bei Persönlichkeitsstörungen
7. Band: Mentalisieren bei Traumatisierungen (Frühjahr 2022)
8. Band: Mentalisieren bei Psychosen (2022)

Weitere Bände in Vorbereitung

Impressum

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2021 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von ©

photocase/like.eis.in.the.sunshine

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Altusried-Krugzell

Gedruckt und gebunden von CPI Clausen & Bosse GmbH, Leck

ISBN 978-3-608-96288-8

E-Book ISBN 978-3-608-11676-2

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20517-6

Bibliografische Information der Deutschen

Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;

detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Inhalt

Geleitwort von Peter Fonagy

Danksagung

Vorwort

Kapitel 1

Persönlichkeitsstörungen

1.1 Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen in DSM-5 und ICD-11

1.1.1 DSM-5

1.1.2 ICD-11

1.2 Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

1.3 Antisoziale Persönlichkeitsstörung (ASPS)

1.4 Narzisstische Persönlichkeitsstörung (NPS)

1.5 Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ÄVPS)

Kapitel 2

Mentalisieren bei Persönlichkeitsstörungen

2.1 Definition Mentalisieren

2.2 Entwicklungspsychologie des Mentalisierens

2.3 Dimensionen des Mentalisierens

2.4 Prämentalistische Modi

2.5 Bindung, Trauma und epistemisches Vertrauen

2.6 Operationalisierte Diagnostik des Mentalisierens

Kapitel 3

Mentalisieren bei spezifischen Persönlichkeitsstörungen

- 3.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)
als Mentalisierungsstörung
- 3.2 Antisoziale Persönlichkeitsstörung (ASPS)
als Mentalisierungsstörung
- 3.3 Narzisstische Persönlichkeitsstörung (NPS)
als Mentalisierungsstörung
- 3.4 Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ÄVPS)
als Mentalisierungsstörung

Kapitel 4

Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen

- 4.1 MBT als Behandlungsverfahren
- 4.2 Struktur der MBT
 - 4.2.1 Fallformulierung
 - 4.2.2 Krisenplan
- 4.3 Haltung und Technik der MBT
 - 4.3.1 Therapeutische Haltung in der MBT
 - 4.3.2 Techniken in der MBT
 - 4.3.3 Mentalisieren einer spezifischen Situation
- 4.4 Adhärenzskala
- 4.5 Vergleich zu anderen evidenzbasierten Verfahren für Persönlichkeitsstörungen
- 4.6 Wissenschaftliche Evidenz
- 4.7 MBT-Gruppentherapie für Persönlichkeitsstörungen
 - 4.7.1 MBT-Einführungsgruppe (MBT-I)
 - 4.7.2 MBT-Gruppentherapie (MBT-G)
- 4.8 MBT in der stationären und teilstationären Behandlung von Persönlichkeitsstörungen

Kapitel 5

MBT bei spezifischen Persönlichkeitsstörungen

5.1 MBT der Borderline-Persönlichkeitsstörung

5.2 Fallbeispiel: Borderline-Persönlichkeitsstörung

5.3 MBT der antisozialen Persönlichkeitsstörung

5.4 MBT der narzisstischen Persönlichkeitsstörung

5.5 Fallbeispiel: Narzisstische Persönlichkeitsstörung mit antisozialen Zügen

5.6 MBT der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung

Kapitel 6

Schlussbemerkung

Literatur

Geleitwort von Peter Fonagy

Die Mentalisierungsbasierte Therapie wurde in den 1990er-Jahren aus der psychodynamischen Psychotherapie heraus als Behandlungsform für Menschen mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) entwickelt. Seither wurde sie um zahlreiche Techniken erweitert, die ihren Ursprung auch in anderen Verfahren als der Psychoanalyse haben, aber alle miteinander einem bestimmten Zweck dienen: Es geht darum, die Mentalisierungsfähigkeit von Menschen zu verbessern, die infolge ihrer genetischen oder sozialen Prädisposition eine entwicklungsbedingte Anfälligkeit aufweisen, in bindungsrelevanten Situationen die Fähigkeit zu verlieren, über ihre eigenen Handlungen und die Handlungen anderer sowie über die zugrundeliegenden mentalen Zustände nachzudenken. Noch wichtiger ist vielleicht, dass ein systematischer Fokus auf die Fähigkeit des Mentalisierens es den Therapeuten ermöglicht, eigentlich intuitive Formen der Interaktion mit dem Patienten zu vermeiden, die dessen vulnerable Fähigkeiten zum Mentalisieren unter Umständen übermäßig beanspruchen und so den Therapieerfolg unterminieren könnten. Oft zitierte Übersichtsarbeiten zur Behandlung von Patienten mit einer BPS im vergangenen Jahrhundert berichten, dass in den USA 97 % der Anwärter auf eine Therapie im Schnitt von sechs verschiedenen ambulanten Therapeuten behandelt wurden. Eine Analyse des zwei bis drei Jahre

später ermittelten Therapieerfolgs ergab, dass diese Behandlung in der Regel bestenfalls marginal wirksam gewesen (Lieb et al. 2004) und dass in den meisten Fällen keine Besserung eingetreten war beziehungsweise das Befinden der Patienten sich sogar verschlechtert hatte. Das spricht dafür, dass die – damals größtenteils psychodynamisch orientierte – Psychotherapie die Remission behinderte und die Patienten eher noch davon abhielt, positive Veränderungen in ihren sozialen Lebensumständen vorzunehmen. In Michael Stones klassischer Follow-up-Studie wurde bei Borderline-Patienten in zwanzig Jahren eine Remissionsrate von nur 66 % erreicht (Stone 1990). Es musste also über neue Behandlungsansätze nachgedacht werden. Der größte Vorteil einer Orientierung an den Grundsätzen der Mentalisierungsbasierten Therapie dürfte in der Minimierung iatrogenen Wirkungen von Interventionen liegen, die ihrerseits das Potenzial haben, Mentalisieren zu unterlaufen. Das Lesen und Befolgen der Empfehlungen, die der erfahrene Kliniker Sebastian Euler mit seinem wunderbaren Blick für klinische Details in diesem exzellenten Buch ausspricht, ermöglicht es dem Therapeuten, die – für die hier in Rede stehende Gruppe von Patienten abträglichen – Folgen gut gemeinter therapeutischer Bemühungen zu vermeiden.

Welchen Grundsätzen folgt das Prinzip des Mentalisierens? Was machen Sie anders, wenn Sie mit Menschen arbeiten, denen eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, und Ihnen bewusst wird, dass es an der Fähigkeit zu mentalisieren fehlt? Was wird die Lektüre

dieser anschaulichen und praxisnahen Darstellung der Methode der Mentalisierungsbasierten Therapie Ihnen ermöglichen? Was wird Sie zu einem besseren Therapeuten machen? Im Mittelpunkt steht vielleicht der Gedanke des Respekts: Dieses Buch wird Sie lehren, den Unterschied zwischen der Erfahrung Ihres eigenen mentalen Erlebens und der entsprechenden Erfahrung einer anderen Person zu respektieren; es wird Sie lehren anzuerkennen, dass unsere automatische Annahme, was die Welt- und Lebenserfahrung der Patienten angeht, falsch sein könnte, und die Perspektive dieser Patienten zu respektieren, selbst wenn wir sie für falsch halten. Sehr wichtig ist es, alternative Perspektiven anzubieten, um den Patienten zu Einsichten zu verhelfen, aber ebenso wichtig ist es, ihnen zu gestatten, diese Perspektiven zurückzuweisen und zugleich sicherzustellen, dass allen Perspektiven nachgegangen wird, bevor irgendeine fallen gelassen wird. Ein Therapeut, der sich imstande weiß, die eigene Perspektive zu überdenken – dessen Denken und Fühlen sich durch das Denken und Fühlen des Patienten verändert –, fördert das Mentalisieren. Den Patienten zur verlässlichen Integration seines augenblicklichen mentalen Erlebens mit der vom Kliniker präsentierten alternativen Sicht zu befähigen, scheint einfach zu sein und kann in Fällen einer milden bis moderaten Psychopathologie mühelos gelingen. Es ist aber schwer zu erreichen, wenn eine ernsthafte psychische Störung vorliegt – und dabei ist es eben genau das, worauf der Prozess der Veränderung aufbaut. Die in diesem Buch exzellent beschriebenen Patienten sind nicht imstande, einen fruchtbaren Gebrauch

von den alternativen Perspektiven zu machen, die ihnen ihr Psychotherapeut präsentiert. Mit ihrem geringen, manchmal sehr geringen Verständnis für das, was in ihrem eigenen Innern und im Innern anderer Personen vorgeht, dürfte es ihnen kaum möglich sein, Gewinn aus traditionellen (und damit vor allem einsichtsorientierten) Therapieformen zu ziehen.

Wie das vorliegende Buch klar und systematisch aufzeigt – ohne dabei je das essentiell Menschliche der beschriebenen Personen außer Acht zu lassen –, zeigen Patienten, denen das Mentalisieren nicht gelingt, schematische, starre und mitunter extreme Vorstellungen, sowohl was ihre eigenen mentalen Zustände als auch was die mentalen Zustände anderer Personen angeht. Solche übertriebenen Gedanken, Gefühle und Überzeugungen können sie anfällig machen für heftige Gefühlsausbrüche und offensichtlich impulsive, wenig vorausschauende Handlungen, in deren Folge es zu massiven Problemen in der Affekt- und Verhaltensregulation kommt. Aber das Verständnis für die eigene wie auch für die andere Person ist abhängig vom gleichen Mentalisierungssystem. Ohne die kohärente und robuste Fähigkeit, das Selbst zu mentalisieren, ist das Gefühl des Individuums für die eigene Subjektivität sehr wahrscheinlich unvollständig, oberflächlich, inakkurat, unrealistisch, eigennützig und raschen Veränderungen unterworfen. Das untergräbt und behindert die Fähigkeit der Betroffenen, die eigene Wahrnehmung dessen, was in ihrem Innern vorgeht, mit der Sichtweise zu vergleichen, die ein »Seelenfachmann« ihnen anbietet. Psychologische Interventionen müssen

modifiziert werden können, wie Sebastian Euler in seinem Buch anschaulich aufzeigt. Anhand bewegender klinischer Beispiele wird hier auch gezeigt, dass unbefriedigende frühe Bindungsbeziehungen und nachfolgende traumatische Erfahrungen genügend Gründe liefern, Störungen des Mentalisierens als nachvollziehbare Anpassung an unzuträgliche Gegebenheiten anzuerkennen. Gezeigt wird überdies, dass das ineffektive Mentalisieren dieser Patientengruppen kein permanentes Defizit in einer evolutionsbiologisch tradierten Funktion ist, sondern eher, dass die genetische Vulnerabilität mancher Individuen in Kombination mit negativen frühen Beziehungserfahrungen, etwa Vernachlässigung und Trauma, diese Personen in hochemotionalen Momenten für den Verlust der Mentalisierungsfähigkeit anfällig machen kann. Therapeuten müssen sich neue Techniken zu eigen machen, um ihre Bemühungen an die Bedürfnisse und aktuell vorhandenen Kapazitäten ihrer Patienten anzupassen, indem sie sorgfältig den Schritten folgen, die in diesem Buch detailliert beschrieben werden.

Durch dieses Buch zieht sich ein schönes Paradoxon, das Sebastian Euler auf gelungene Weise auflöst. Wie wir alle aus eigener Erfahrung wissen, ist Mentalisieren in intensiven Bindungssituationen sehr störungsanfällig. Jede Behandlung für die in diesem Buch beschriebenen schwer deprivierten Patienten wird (und muss auch) eine Bindung an den Therapeuten stimulieren, und zugleich sieht der jeweilige Patient sich aufgefordert, über die eigene mentale Verfassung und über die mentale Verfassung anderer nachzudenken, zu prüfen, ob seine Überlegungen zutreffen,

und sie gegebenenfalls zu modifizieren. Die Wirksamkeit der Behandlung liegt im ausgeglichenen Verhältnis dieser Komponenten vor einem zunehmend komplexen Hintergrund, ohne dass es zu ernsthaften »Nebenwirkungen« der Behandlung kommt. Um das zu erreichen, muss der MBT-Therapeut sich an eine sorgfältig erarbeitete therapeutische Strategie halten. Sie möchten wissen, wie diese Strategie aussieht? Dann können Sie nichts Besseres tun, als dieses großartige Buch zu lesen, das die Probleme erklärt und die Lösungen in Schritten beschreibt, die leicht zu befolgen sind - im Interesse der Genesung des Patienten, aber auch im Interesse des Selbstwirksamkeitsgefühls und Wohlbefindens des Therapeuten.

Übersetzung Ulrike Stopfel

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt allen Patientinnen und Patienten sowie dem Team der Psychotherapeutischen Abteilung PTA der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel, wo ich über viele Jahre meinen »Playground« für das Spiel mit Haltung und Technik der MBT hatte. Ebenso bin ich den zahlreichen Teilnehmenden in meinen MBT-Workshops sowie meinen Supervisorinnen und Supervisanden zu Dank verpflichtet, deren Inputs mich zu vielen Überlegungen inspiriert haben, die auch in dieses Buch eingeflossen sind. Zudem danke ich Anthony Bateman und Martin Debbané für ihre sorgfältige fachliche Begleitung auf dem Weg zum Supervisor und Trainer für MBT sowie Peter Fonagy für die exzellente wissenschaftliche Betreuung während meines Forschungsaufenthalts am UCL in London. Von vielen mir persönlich verbundenen MBT-Weggefährtinnen und -Weggefährten aus dem deutschsprachigen Raum möchte ich Svenja Taubner, Almut Zeeck und Sylke Andreas namentlich erwähnen, mit denen Austausch und Zusammenarbeit in Bezug auf die MBT für mich eine große Bereicherung ist. Meinem (ehemaligen) Mitarbeiter Hyeon Su Kim und ganz besonders meiner Kollegin Esther Stalujanis gilt mein herzlicher Dank für die Mitwirkung an der Gestaltung dieses Buchs.

Schließlich danke ich Ulrich Schultz-Venrath, der mich vor weit über zehn Jahren als Erster mit MBT in

Verbindung gebracht und für die Methode begeistert hat. In diesem Zusammenhang gilt mein Dank außerdem dem Herausgeberteam von Klett-Cotta, namentlich Heinz Beyer und Katharina Colagrossi für die reibungslose Zusammenarbeit.

Vorwort

In den letzten Jahrzehnten hat unser Verständnis von Persönlichkeitsstörungen eine grundlegende Wandlung erfahren. Dies betrifft unter anderem das Potenzial zur Remission und die Vielfältigkeit der Symptomatik, die psychosoziale Beeinträchtigung im Langzeitverlauf und besonders ihre psychotherapeutische Behandelbarkeit. Persönlichkeitsstörungen werden heute stärker als dimensionales Konstrukt denn als kategorial voneinander abgrenzbar betrachtet. Dieses Verständnis hat auch Eingang in die im Jahr 2013 publizierte 5. Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals (DSM-5) der American Psychiatric Association (APA; 2013) gefunden. Sie wird die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen in der 11. Auflage der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD-11) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ganz wesentlich kennzeichnen, die voraussichtlich 2022 herausgegeben und innerhalb einer mehrjährigen Übergangszeit eingeführt wird. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) wird hier als einzige spezifische Persönlichkeitsstörung klassifizierbar sein. Dafür ist nicht zuletzt die Tatsache verantwortlich, dass für die meisten anderen Persönlichkeitsstörungen nur wenige Forschungsbefunde vorliegen, die ihre Validität untermauern konnten. Neben der BPS können am ehesten die antisoziale (ASPS), die ängstlich-vermeidende (ÄVPS) und die narzisstische Persönlichkeitsstörung (NPS) als

wissenschaftlich fundiert angesehen werden. Diese Persönlichkeitsstörungen gelten aufgrund ihrer Häufigkeit und den damit einhergehenden Schwierigkeiten in den Behandlungen auch klinisch als besonders relevant. Für diese vier Persönlichkeitsstörungen ist die spezifische Entwicklung von psychotherapeutischen Behandlungskonzepten daher am weitesten fortgeschritten ([Euler & Walter 2020](#)). Eines dieser störungsspezifischen Behandlungsverfahren ist die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT), die von Anthony Bateman und Peter Fonagy in den 1990er Jahren in einer Londoner Tagesklinik für Patienten mit BPS entwickelt wurde. Für die BPS liegen inzwischen gut replizierte Wirksamkeitsnachweise vor, sodass die MBT neben der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) als Behandlungsverfahren höchster Evidenz für die BPS gilt. Entsprechend hat sie sich vor allem in Europa und den USA rasch verbreitet. Für ASPS, ÄVPS und NPS liegen ebenfalls klinische Ausarbeitungen der MBT vor, während qualitativ hochstehende Forschungsbefunde für den Nachweis der Wirksamkeit für diese Persönlichkeitsstörungen bisher ausstehen.

In diesem Buch werden analog der neusten Auflage des Handbuchs »Mentalizing in Mental Health Practice« ([Bateman & Fonagy 2019a](#)) und der Vorgehensweise anderer Autoren ([Euler & Walter 2020](#)) die Anwendung der MBT für BPS, ASPS, ÄVPS und NPS behandelt. Es ist davon auszugehen, dass diese vier Persönlichkeitsstörungen als klinisch hoch relevante Entitäten in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik auch jenseits der Einführung der ICD-11 als deskriptive Diagnosen erhalten

bleiben ([Euler et al. 2018b](#)). Dieses Vorgehen ist auch deshalb sinnvoll, weil die vier Persönlichkeitsstörungen unterschiedlich gelagerte Störungen des Mentalisierens aufweisen und differenzierte therapeutische Vorgehensweisen in der MBT erfordern.

Neben einer theoretischen Ausarbeitung des der MBT zugrundeliegenden Konzepts des Mentalisierens, die auch seine transdiagnostische und Schulen übergreifende Relevanz würdigt, werden dementsprechend spezifische Beeinträchtigungen des Mentalisierens für BPS, ASPS, ÄVPS und NPS dargestellt. Das therapeutische Vorgehen in der MBT wird anhand von klinischen Beispielen mit besonders ausführlichen Fallvignetten für die BPS und die NPS erläutert. Spezifisch angelehnt an die Versorgung im deutschsprachigen Raum erfolgen Empfehlungen zur Behandlung mit MBT in Gruppentherapien sowie im stationären und teilstationären Setting.

Der vorliegende Band »Mentalisieren bei Persönlichkeitsstörungen« vermittelt somit auf die Leserschaft zugeschnitten den aktuellen Wissensstand und eine Anleitung für das praktische Vorgehen mit dieser Patientengruppe. Das Buch bietet damit allen in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Tätigen einen gut fundierten und aktuellen Überblick über das Konzept Mentalisieren und die Anwendung der MBT bei Persönlichkeitsstörungen. Es eignet sich aufgrund des Fokus auf Persönlichkeitsstörungen, in deren Behandlung die MBT ursprünglich entwickelt wurde und somit genuin verankert ist ([Bateman et al. 2019a](#)), auch bestens als Einführungslektüre.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf eine gendergerechte Schreibweise verzichtet. Es sind jeweils alle Geschlechter (m/w/d) gemeint.

KAPITEL 1

Persönlichkeitsstörungen

Für Persönlichkeitsstörungen wird aufgrund epidemiologischer Studien in der Bevölkerung eine Prävalenz von 10 % angenommen ([Torgersen et al. 2001](#); [Volkert et al. 2017](#)).

Persönlichkeitsstörungen sind in der aktuell noch vorherrschenden Betrachtungsweise der ICD-10 ([Dilling et al. 2006](#)) durch Verhaltens-, Gefühls- und Denkmuster gekennzeichnet, die von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung signifikant abweichen und sich in vielschichtigen Situationen bemerkbar machen. Diese sogenannten maladaptiven Muster im Bereich von Kognition, Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen, Affektivität und Impulskontrolle müssen zeitlich überdauernd vorhanden sein und zu Leiden oder Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen führen. Die Unterscheidung zwischen Persönlichkeitsvariante und Persönlichkeitsstörung ist primär eine Frage des quantitativen Ausprägungsgrades dieser Muster, ohne dass hier von einer klaren Grenzlinie ausgegangen werden kann ([Fiedler & Herpertz 2016](#); [Stieglitz & Ermer 2007](#)).

Sind die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung der ICD-10 erfüllt, können spezifische Persönlichkeitsstörungen definiert werden (s. Tabelle 1). Aufgrund der schwierigen Grenzziehung zwischen den kategorialen Subtypen in der klinischen Praxis können Persönlichkeitsstörungen allerdings häufig nicht eindeutig voneinander abgegrenzt werden, sodass vielfach kombinierte Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert werden. Dieser Problematik wird in DSM-5 und ICD-11 teilweise Rechnung getragen (s. [Kapitel 1.1](#)).

Tabelle 1: Persönlichkeitsstörungen nach DSM-5 und ICD-10

DSM-5 (2013)	ICD-10 (1990)
<ul style="list-style-type: none"> • Paranoide PS (301.0) • Schizoide PS (301.2) • Schizotype PS (301.22) • Borderline-PS (301.83) • Histrionische PS (301.5) • Antisoziale PS (301.7) • Vermeidende PS (301.82) • Dependente PS (301.6) • Zwanghafte PS (301.4) • Narzisstische PS (301.81) 	<ul style="list-style-type: none"> • Paranoide PS (F60.0) • Schizoide PS (F60.1) • Emotional instabile PS (F60.3) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Borderline-Typ (F60.31) ◦ Impulsiver Typ (F60.30) • Histrionische PS (F60.4) • Dissoziale PS (F60.2) • Ängstliche PS (F60.6) • Abhängige PS (F60.7) • Anankastische PS (F60.5) • Narzisstische PS (F60.80) • Passiv-aggressive PS (F60.81)

Zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen existieren halbstrukturierte Interviews und dazu korrespondierende Screening-Fragebögen: der mit dem DSM-5 korrespondierende SCID-5-PD (Beesdo-Baum et al. 2019), der den auf dem DSM-IV basierenden SKID-II ([Fydrich et al. 1997](#)) abgelöst hat, und die mit der Klassifikation der ICD-10 korrespondierende International Personality Disorder Examination (IPDE, [Loranger et al. 1994](#)). Darüber hinaus können ergänzend Selbstbeurteilungsfragebögen zur dimensionalen Erfassung von spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen eingesetzt werden ([Fiedler & Herpertz 2016](#)). Obwohl die Diagnosestellung erst für das frühe Erwachsenenalter empfohlen wird ([Fiedler 2011](#)), kann eine Persönlichkeitsstörung gemäß DSM-5 (außer der ASPS) und ICD-11 bereits vor dem Alter von 18 Jahren gestellt werden.

Aufgrund der Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS) von Mary Zanarini und John Gunderson konnte vor allem für die BPS, aber auch für andere Persönlichkeitsstörungen gezeigt werden, dass die Symptomatik weit weniger stabil ist, als bisher angenommen, und es häufig zu Remissionen kommt ([Gunderson et al. 2011](#)). So erfüllen etwa ein Drittel der Patienten nach zwei Jahren 0, 1 oder 2 der Kriterien (von z. B. mindestens 5 von 9 für die Diagnose der BPS) der ursprünglich diagnostizierten Persönlichkeitsstörung. Gleichzeitig geraten die häufig langfristig weiter bestehenden psychosozialen Beeinträchtigungen immer mehr in den Fokus der Aufmerksamkeit ([Zanarini et al. 2010a](#)).

Neben diesen Verlaufsuntersuchungen haben Forschungsbefunde zu den neurobiologischen Grundlagen von Persönlichkeitsstörungen wesentlich zu ihrem Verständnis beigetragen. Hier ist die Forschung allerdings auf die BPS und die ASPS fokussiert ([Cummings 2015](#); [Herpertz et al. 2018](#); [Perez-Rodriguez et al. 2018](#)). Für die anderen Persönlichkeitsstörungen gibt es nur vereinzelt neurobiologische Studien.

Es liegt eine Reihe von Untersuchungsbefunden zu genetischen Einflussfaktoren sowie hirnstrukturellen und -funktionellen Korrelaten bei Persönlichkeitsstörungen, v. a. für die BPS, vor. Diese zeigen neben einer Vererbbarkeit von etwa 40 % ([Amad et al. 2014](#); [Cloninger 2005](#)) hirnfunktionelle Abweichungen, die vor allem das limbische und paralimbische System mit Amygdala, Hippocampus und Insula und ihre Interaktion mit kortikalen Zentren, insbesondere dem orbitofrontalen Kortex (OFC) und dem anterioren cingulären Kortex (ACC) umfassen. Obwohl es nach [Gabbard \(2011, S. 123\)](#) sicher naiv sei »zu denken, dass die Neurobiologie die Komplexität der (...) inneren Welt von Borderline-Patienten« erklären könnte, haben die genannten Forschungsergebnisse klinische und experimentelle Beobachtungen zur Emotionsregulation und sozialen Interaktion von Patienten mit BPS wissenschaftlich untermauert.

Psychotherapie wird als Methode erster Wahl bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen erachtet, während pharmakologische Behandlungsansätze in der Regel off-label (also außerhalb der Indikation, für die ein Medikament zugelassen ist) zur rein symptombezogenen Behandlung oder zur Behandlung von komorbid vorliegenden psychischen Störungen erfolgen ([Doering & Sachse 2017](#)). Obwohl Menschen mit Persönlichkeitsstörungen im Erlangen von Zufriedenheit und dem Erreichen persönlicher Ziele häufig sehr eingeschränkt sind, werden viele Aspekte der Störung als ich-synton erlebt, sodass die Patienten nicht immer aufgrund des eigenen Leidensdrucks terapiemotiviert sind. Darüber hinaus manifestieren sich Persönlichkeitsstörungen primär interaktionell. Diese Manifestationen zeigen sich auch in der Psychotherapie und stellen für Therapeuten zum Teil eine große Herausforderung dar ([Fiedler & Herpertz 2016](#)). Verschiedene therapeutische Methoden haben diesen spezifischen interpersonellen Schwierigkeiten für die Psychotherapie Rechnung getragen. Für den deutschsprachigen Raum sind hier die strukturelle Psychotherapie nach [Rudolf \(2013\)](#) und die psychoanalytisch-interaktionelle Methode (PIM) nach Heigl/Heigl-Evers ([Streeck & Leichsenring 2015](#)) mit psychodynamischer Provenienz sowie die klärungsorientierte Psychotherapie nach Sachse und Mitarbeitern mit verhaltenstherapeutischer Provenienz zu nennen ([Sachse et al. 2011](#)). International und auch im deutschsprachigen Raum etabliert sind neben MBT und DBT nach [Linehan \(1993\)](#) die Übertragungsfokussierte Therapie nach Kernberg (TFP, [Clarkin et al. 2008](#)) und die Schematherapie nach Young und Mitarbeitern ([Young et al. 2005](#)). Diese vier Verfahren sind für die BPS evidenzbasiert ([Cristea et al. 2017](#); [Stoffers et al. 2012](#); [Storebø et al. 2020](#)) und bieten teilweise modifizierte Ansätze für andere Persönlichkeitsstörungen, so etwa die Schematherapie und die TFP für narzisstische Persönlichkeitsstörungen ([Dieckmann 2014](#); [Lohmer & Wernz 2019](#)). Ihre Anwendung ist aber bisher nur

klinisch evaluiert, sodass eine der zukünftigen Herausforderungen darin liegt, ihre Wirksamkeit auch empirisch zu untermauern.

Daneben beziehen sich aktuelle Entwicklungen der Forschung auf die Frage nach den spezifischen Wirkmechanismen in der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen sowie der notwendigen Länge (Dosis-Wirkungs-Beziehung) von etablierten Behandlungsverfahren ([Euler et al. 2018c](#); [Volkert et al. 2019](#)). Nicht zuletzt mangelt es allerdings trotz dieser Bemühungen immer noch am Transfer von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die klinische Wirklichkeit der ambulanten und (teil-)stationären Versorgung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ([Bohus & Kröger 2011](#); [Euler et al. 2018a](#)).

1.1 Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen in DSM-5 und ICD-11

Im Hinblick auf die Revision der beiden Diagnosesysteme für psychische Störungen (DSM und ICD, Kapitel F) sollten die Schwächen der rein kategorialen Diagnosestellung für Persönlichkeitsstörungen eliminiert werden. Für eine dimensionale Klassifikation sprechen gemäß [Herpertz \(2018\)](#) folgende Forschungsbefunde:

- Kontinuum zwischen Normalität und Persönlichkeitspathologie
- Häufige artifizielle Komorbidität verschiedener Persönlichkeitsstörungen
- Heterogene Manifestation der spezifischen Persönlichkeitsstörungen
- Psychosoziale Beeinträchtigung trotz diagnostischer Remission im Längsschnittverlauf

Die Umsetzung der Revisionen erfolgte in einem jeweils langwierigen Prozess mit einer kontrovers geführten

wissenschaftlichen Diskussion. Als deren Ergebnis wurde für das DSM-5 schließlich von der Einführung einer dimensional Diagnostik abgesehen, in der ICD-11 wird diese demgegenüber umfassend umgesetzt. Der Prozess der Entstehung der PS-Diagnostik in DSM-5 und ICD-11 mit Verweis auf entsprechende Literatur wird anhand der BPS an anderer Stelle anschaulich dargestellt ([Mitmansgruber 2020](#)).

1.1.1 DSM-5

Im DSM-5 wurde die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen gegenüber der Systematik in der Vorversion des DSM-IV ([American Psychiatric Association 2001](#)) nur leicht modifiziert. Zentrale Änderung ist die Aufhebung der Altersgrenze von 18 Jahren als Voraussetzung für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (mit Ausnahme der ASPS). Die Erfassung von Persönlichkeitsstörungen auf einer separaten Achse wurde aufgegeben, wohingegen die Klassifikation weiterhin unverändert gemäß der deskriptiven und kategorialen Systematik der Vorgängerversion erfolgt. Zusätzlich wurde ein Alternativmodell (AMPD), welches ursprünglich dafür vorgesehen war, die kategoriale Diagnostik ganz abzulösen, in den Anhang (Kapitel III) aufgenommen. Hier dienen die Kriterien A und B zur diagnostischen Spezifizierung einer Persönlichkeitsstörung; Kriterium A zur Einschätzung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit anhand der Level of Personality Functioning Scale (LPFS, [Bender et al. 2011](#)), Kriterium B zur spezifischen Klassifizierung von beeinträchtigten Persönlichkeitsfaktoren (Kriterium B, s. Tabelle 2, [S. 24](#)).

Im Kriterium A werden vier Fähigkeitsbereiche unterschieden: 1) Identität und 2) Selbststeuerung mit Bezug auf das eigene Selbst sowie 3) Empathie und 4) Nähe mit Bezug auf andere Menschen. Das Ausmaß der Beeinträchtigung in diesen vier Bereichen wird auf einer 5-stufigen Skala (0-4) erfasst. Daraus wird dann ein Gesamtwert (Funktionsniveau des Patienten insgesamt) angegeben.