

Chancen eines psychoedukativ-systemischen Ansatzes bei stationären Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und problematischen Persönlichkeitsstilen

Igor Tominschek

Schlüsselwörter

Persönlichkeitsstörung, Diagnose, psychoedukativ, systemisch

Keywords

Personality disorder, diagnosis, psychoeducative, systemic

Zusammenfassung

Die Aufklärung des Patienten über seine Diagnose und die Therapiemöglichkeiten wird in der Medizin wie auch in der Psychotherapie zunehmend propagiert. Dieser Artikel beschäftigt sich mit der Frage, wie eine solche Aufklärung bei Patienten mit Persönlichkeitsakzentuierungen und Persönlichkeitsstörungen durchgeführt werden kann. Die Information des Patienten über die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ und der Nutzen für ihn werden kritisch hinterfragt. Anhand von Kasuistiken wird gezeigt, dass Informationsbroschüren über spezifische Persönlichkeitssubtypen als Einstieg in die Diskussion zwischen Patient und Therapeut dienen können. Außerdem wird der hohe diagnostische und therapeutische Wert dargestellt, den Paar- und Familiengesprächen gerade bei persönlichkeitsauffälligen Patienten haben.

Summary

Informing the patient about his diagnosis and the indicated therapy is becoming more and more popular in medicine and psychotherapy. This article shows how such an information of patients with personality disorder and/or difficult interaction could be done. The chances and risks of a patient's information about his diagnosis and the consequences are discussed. In two clinical examples we show the use of our information sheets in order to start a discussion with the patient about his personality problems. Further the benefit of a systemic approach for diagnosis and therapy in patients with personality problems is described.

A psychoeducative and systemic approach in diagnosis of patients with personality disorder and problematic personality styles

Persönlichkeitsstörungen 2006; 10: 55–65

Zunehmend wird in der psychotherapeutischen Literatur propagiert, den **Patienten** zum **Experten** seiner **psychischen Störung** zu machen (Fiedler 2000). Diese Forderung beinhaltet ganz wesentlich eine ausführliche Aufklärung über die Diagnose und die Behandlungsmöglichkeiten. Im Umgang mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ist aber bis heute eine erstaunliche Zurückhaltung der Therapeuten zu beobachten, wenn es um das Problematisieren der Persönlichkeitseigenarten und des Interaktionsstils geht. Häufig wird argumentiert, man wolle den Patienten nicht kränken und dadurch die therapeutische Beziehung belasten. Darüber hinaus wird bei Vergabe der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ mit der Gefahr einer Stigmatisierung argumentiert.

Die Betroffenen seien dadurch dauerhaft durch negative Eigenschaften gekennzeichnet und könnten von anderen professionellen Helfern nicht mehr vorurteilsfrei eingeschätzt werden. In diesem Beitrag soll aufgezeigt werden, dass einem Patienten das Therapiesgespräch über seinen Interaktionsstil und seine Persönlichkeitsmerkmale neue Möglichkeiten eröffnen kann. Es kann ihm sogar schaden, wenn ihm die Diagnose verschwiegen wird. Wird einem persönlichkeitsgestörten Patienten seine **Diagnose vorenthalten**, und wird er in dem Glauben belassen, er leide „nur“ unter einer Achse-I-Störung nach DSM-IV-TR (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen [Saß et al. 2003]), so wird er vielleicht die

Ursachen seines Leidens ausschließlich in der Außenwelt suchen. Er wird sich als Opfer unangemessenen Verhaltens seiner Bezugspersonen erleben. Selbst wenn er sein Erleben und Verhalten hinterfragt, wird es ihm schwer fallen, das Ausmaß der Normabweichung zu realisieren. Deswegen ist es als Aufgabe des Therapeuten zu sehen, dem persönlichkeitsauffälligen Patienten zu helfen, tief greifende und Kontext übergreifende Abweichungen im Erleben, in den Einstellungen und im Verhalten zu erkennen, unabhängig davon, ob alle Kriterien für eine spezifische Persönlichkeitsstörung erfüllt sind. Hierbei darf der Diagnostiker sich nicht durch den psychopathologischen Querschnitt (der Therapiesituation) blenden lassen, sondern sollte sich durch Anamneseerhebung und Fremdanamnese ein umfassendes Bild von den überdauernden Persönlichkeits- und Verhaltensmerkmalen machen. Die **ICD-10** (Internationale Klassifikation psychischer Störungen [Dilling et al. 1993]) fordert im Kapitel F6 für die **Diagnosestellung** einer **Persönlichkeitsstörung** folgende **Kriterien**:

- Deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen
- Das auffällige Verhaltensmuster ist andauernd und gleichförmig.
- Das auffällige Verhaltensmuster ist tief greifend und ... eindeutig unpassend.
- Die Störungen beginnen immer in Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.
- Die Störung führt zu deutlichem subjektiven Leiden.
- Die Störung ist meistens mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden.

Fiedler (2001) stellt fest, die Diagnose dürfe nur dann vergeben werden, wenn die Betroffenen unter ihrer Störung leiden, aufgrund der Persönlichkeit das Risiko einer weiteren psychischen Störung besteht und die existenziellen Verpflichtungen aufgrund der Persönlichkeitseigenarten nicht mehr erfüllt werden können.

Eine therapeutische Herausforderung liegt zweifellos in der **Vermittlung** der **Diagnose**. Menschen

mit einer Persönlichkeitsstörung bewerten ihr Erleben und Verhalten häufig als Ich-synton. Verhaltensmerkmale und Einstellungen, die andere Norm abweichend und inakzeptabel finden, halten sie für angemessen und zur eigenen Person gehörig. Diesen Patienten zu der Einsicht zu verhelfen, dass ihr Verhalten problematisch ist und entscheidend zu Konflikten und Leidensdruck beiträgt, erfordert in manchen Fällen viel Erfahrung und eine geschickte zeitliche Passung. Nicht jeder Patient wird die Einschätzung des Therapeuten akzeptieren, dass bestimmte Verhaltensmuster und Einstellungen von ihm durchgängig situationsunangemessen sind und aus der Sicht des Therapeuten eine Persönlichkeitsakzentuierung oder gar Persönlichkeitsstörung besteht. Fiedler bemerkt hierzu kritisch, dass es ohne den Diagnostiker keine Diagnose gäbe und beschreibt dieses Phänomen als Personperspektivierung eines interaktionellen Problems (Fiedler 2001). Andererseits ermöglicht aufgrund der Ich-Syntonie oft nur die Außenperspektive das kritische Hinterfragen von Persönlichkeitsmerkmalen.

Ein sanfter Einstieg in die Thematik

Die Problematisierung der Persönlichkeit eines Patienten erfordert ein einfühlsames Vorgehen, bei dem der Therapeut zunächst die Perspektive des Patienten einnimmt und Verständnis für seine zwischenmenschlichen Schwierigkeiten zeigt. Erst, wenn der Patient sich angenommen und verstanden fühlt, können sozial problematische Einstellungen und Verhaltensweisen infrage gestellt werden. Es hat sich bewährt, zu diesem Zeitpunkt nicht von einer Persönlichkeitsstörung zu sprechen, sondern lieber den Begriff **Persönlichkeitsproblematik** zu verwenden. Diese Bezeichnung bringt besser zum Ausdruck, dass das Problem (zumindest teilweise) in der Persönlichkeit des Betroffenen angesiedelt ist. Dies soll die Bereitschaft des Patienten fördern, sich kritisch mit den eigenen Einstellungen und Verhaltensmustern auseinander zu setzen. Allerdings muss kritisch angemerkt werden, dass die Abgrenzung zwischen Persönlichkeitsstil, -akzentuierung und -störung bis heute nicht eindeutig definiert ist. Trotzdem leiden auch Patienten, die nach DSM-IV-TR oder ICD-10 nicht das volle Bild einer spezifischen

Persönlichkeitsstörung erfüllen, erheblich unter ihren interaktionellen Konflikten und entwickeln Achse-I-Störungen. Deswegen wird im Folgenden bei der therapeutischen Problematisierung der Persönlichkeit kein Unterschied zwischen einer Persönlichkeitsakzentuierung und einer Persönlichkeitsstörung gemacht.

Um eine Vorstellung davon zu gewinnen, was problematisch an der eigenen Persönlichkeit sein könnte, kann der Therapeut dem Patienten die ICD-10- oder DSM-IV-TR-Kriterien vorlesen und erläutern. Viele Patienten reagieren erleichtert, wenn sie erkennen, dass ihre „Eigenarten“ oder „Macken“ zu einer Diagnose gehören und sich dadurch ihre Beziehungskonflikte erklären lassen. Außerdem impliziert eine **Diagnose** therapeutische Ansätze und somit Hoffnung auf Linderung des Leidens. Viele dieser Patienten befinden sich schon seit Jahren in Therapie und haben immer noch nicht die „Gründe“ ihrer Symptomatik herausgefunden. Man muss bei diesem Vorgehen allerdings beachten, dass die Kriterien für die verschiedenen Subtypen von Persönlichkeitsstörungen in den Klassifikationssystemen häufig abstrakt und defizitorientiert formuliert sind. Vor allem bei der Histrionischen und der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung werden potenziell kränkende Eigenschaften wie zum Beispiel arrogant, oberflächlich, manipulativ oder egozentrisch als deskriptive Merkmale genannt. Die ICD-10 beschreibt für die Narzisstische Persönlichkeitsstörung keine klinisch-diagnostischen Leitlinien, sondern subsumiert die Diagnose unter „sonstige Persönlichkeitsstörungen“ (F60.8). Bei der Emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus besteht aus klinischer Sicht eine phänomenologische Vielfalt, die erhebliche Überschneidungen mit der Narzisstischen und der Histrionischen Persönlichkeitsstörung haben kann. Aus diesem Grund haben wir für die Persönlichkeitsstörungen vom dramatischen Cluster B (histrionisch, narzisstisch und Borderline) Informationsbroschüren für Patienten erstellt, in denen wir prototypische Konflikte, Einstellungen und Verhaltensmuster für den jeweiligen Subtypus möglichst **wertfrei beschreiben** (siehe Infoblatt 1–3). Diese Broschüre erhebt nicht den Anspruch trennscharfer Kriterien zur Diagnosestellung (falls es solche überhaupt geben sollte). Sie

soll vielmehr die möglichen Ausprägungen beschreiben und dem Betroffenen auf diese Weise einen Spiegel vorhalten. Gewöhnlich kommt der Patient nicht mit dem Anliegen in stationäre Behandlung, seine Persönlichkeit verändern zu wollen. Er möchte eine depressive Symptomatik oder Angstzustände loswerden, die sich aufgrund beruflicher oder privater Konflikte eingestellt haben. Hier stellt sich dem Kliniker die Frage, warum eine Person bis zu einem bestimmten Zeitpunkt „funktioniert“ hat und nun mit sich beziehungsweise der Umwelt nicht mehr zurechtkommt. Sobald aufgrund von Interaktionsstil, Anamnese und Verlauf der Verdacht besteht, dass die psychische Dekompensation entscheidend durch die Persönlichkeit des Betroffenen (mit) verursacht wurde, erscheint eine kritische Auseinandersetzung unumgänglich. Unsere Informationsbroschüre soll als Diskussionsgrundlage zwischen Patient und Therapeut dienen. Der Patient wird bei diesem Vorgehen als mündiger Gesprächspartner gesehen, der gemeinsam mit dem Therapeuten auf einer Metaebene seine Persönlichkeit kritisch hinterfragt. Es wird sozusagen nicht über den Patienten, sondern über seine Persönlichkeit geredet (Trautmann 2004). Die in der Broschüre aufgelisteten **prototypischen Einstellungs- und Verhaltensmuster** werden mit dem Patienten diskutiert. Das Wesentliche bei diesem psychoedukativen Ansatz ist, dass dem Patienten keine Diagnose „vergeben“ wird, sondern er am diagnostischen Prozess beteiligt ist. Dieser Ansatz eröffnet dem Patienten die Möglichkeit, die Sichtweise des Therapeuten zu korrigieren oder zu bestätigen. Außerdem werden in der Broschüre Veränderungsempfehlungen beschrieben. So kann der Patient eine Vorstellung davon gewinnen, in welche Richtung der Veränderungsprozess gehen könnte. Oft wurde ihm diese Veränderung bereits von Angehörigen oder Freunden nahe gelegt.

Ist es gelungen einen Konsens bezüglich zutreffender Persönlichkeitsauffälligkeiten zu finden, so können die identifizierten dysfunktionalen Einstellungen und Verhaltensmuster im Therapieverlauf vom Therapeuten angesprochen werden, sobald sie in der Interaktion auffallen („War das jetzt gerade typisch für Sie, dass Sie mir von Ihren Erfolgen und im gleichen Atemzug von den Misserfolgen Ihres Bruders erzählt haben?“). So kann der Patient erken-

nen, dass sich bestimmte Einstellungen, Verhaltensmuster und Beziehungskonflikte wie ein roter Faden durch sein Leben ziehen. Das Ziel dabei ist es, aus rigiden Automatismen auszusteigen und das eigene Verhalten flexibel den unterschiedlichen sozialen Situationen anzupassen. Es sollte dem Patienten aber auch vermittelt werden, dass viele seiner Eigenschaften als Ressourcen zu verstehen sind, die in der Vergangenheit als Vulnerabilitätsschutz gedient haben (Millon 1999). Im weiteren Verlauf sollte der Patient ermutigt werden, auf typische Reaktionen seiner Mitmenschen zu achten und zu überlegen, wie er zu diesen Wechselwirkungen beiträgt. Mit ihm können **prototypische interpersonelle Teufelskreise** (Schmitz 1999) erarbeitet werden, die in Rollenspielen nachgestellt und verändert werden. Dadurch kann der Patient den eigenen Anteil an Beziehungskonflikten und Beziehungskrisen erkennen. Durch Perspektivenwechsel und Videoaufnahmen soll er die Reaktionen seines Interaktionspartners besser verstehen lernen.

Der systemische Ansatz

Persönlichkeitsstörungen manifestieren sich in den meisten Fällen als komplexe Interaktionsstörungen (Fiedler 2001) und führen zu Mustern von immer wiederkehrenden interpersonellen Konflikten. In der Praxis ist zu beobachten, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen regelhaft aus problematischen Herkunftsfamilien kommen, in denen sich über Generationen Beziehungsstörungen und problematische Charaktere explorieren lassen (Reich 2003). Meistens wird eine komplementäre Partnerwahl getroffen. So findet man zum Beispiel die Konstellation des narzisstisch gestörten Mannes mit der histrionischen Frau. Es schmeichelt dem männlichen Ego, wenn er die schillernde Dame für sich gewinnen kann. Sie genießt es, von einem vermeintlichen Gewinner bewundert zu werden. Ein anderes Beispiel ist der dependente Mensch, der meint alles erdulden zu müssen und die Fehler immer bei sich sucht. Er wird von dominanten Charakteren (Cluster-B-Störungen) auserwählt, die ihre Frustrationen an ihm auslassen. Daher liegt es nahe, die **Angehörigen** beziehungsweise den **Partner** in die **Therapie einzubinden**. Dies ist sowohl für die Diagnosesiche-

rung wie auch für die weitere Therapie hilfreich. Gerade bei persönlichkeitsauffälligen Patienten kann der individualpsychologische Ansatz in die Irre führen. Der Patient erlebt sich aufgrund seiner Ich-Syntonie als Opfer und schildert vermeintliches Unrecht, das sein Partner ihm angetan hat. Eine Bestätigung dieser Sichtweise durch den Therapeuten kann zu Eskalationen führen. Andererseits kann ein ängstlich-vermeidender Patient Übergriffe durch Bezugspersonen hinnehmen beziehungsweise sie aus Angst vor Repressalien in der Therapie verschweigen. In beiden Fällen gewinnt der Therapeut durch Familienbeziehungsweise Paargespräche schneller einen Einblick in die Beziehungsdynamik, die Machtverhältnisse und die Abhängigkeiten. Mit der systemischen Haltung (Schlippe u. Schweitzer 1999) im Sinne einer Allparteilichkeit wird er sowohl dem Patienten wie auch seinem Bezugssystem eher gerecht, als wenn er sich mit dem Patienten gegen das „pathogene“ Umfeld verbündet. Besonders bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die für eine gelungene Ablösung auf die Kooperation ihrer Eltern angewiesen sind, empfiehlt sich der systemische Ansatz. Bei Paar Konflikten können Auslöser für Eskalationen schneller identifiziert und alternative Verhaltensweisen eingeübt werden. Persönlichkeitsauffälligen Partnern muss der Therapeut häufig erklären, welches Verhalten förderlich und welches destruktiv für die Beziehung ist. Paartherapie bedeutet in solchen Fällen Einzeltherapie unter Anwesenheit des Partners (Reich 2003). Der Therapeut exploriert die Selbst- und Fremdwahrnehmung, die Emotionalität und die Bedürfnisstruktur, und hilft den Partnern ihre eigenen Reaktionen besser zu verstehen. Dieses Vorgehen ermöglicht die Unterbrechung destruktiver Beziehungsmuster zu Gunsten des Erlebens von Unterstützung, nicht bedrohlicher Nähe (Integrität) und Autonomie innerhalb einer Beziehung. Auf diese Weise kann sich das Paar innerhalb einer „gestörten“ Beziehung weiterentwickeln, statt sich zu trennen.

Vermeintlich gestörtes und extremes Verhalten wird oft verständlich, wenn der individuelle Kontext des Betroffenen berücksichtigt wird. Was aus klinischer Perspektive pathologisch und dysfunktional erscheint, kann bei näherer Betrachtung des Klientensystems durchaus Sinn machen (Rotthaus 2005). Auch Fiedler (2001) unterstützt den systemischen

Ansatz, indem er eine konsequente **Kontext-** oder **Interaktionsanalyse** fordert, um die Schwierigkeiten des Patienten nicht ausschließlich in seiner Persönlichkeit zu verorten, sondern auch sein Umfeld zu berücksichtigen. Die systemische Therapie hat aufgrund solcher Überlegungen den Terminus des „identifizierten“ Patienten geprägt. Sie sieht Auffälligkeiten beziehungsweise Symptome eines Patienten (eines Systemmitglieds) als Ausdruck einer Problematik im Gesamtsystem. Schiepek (1999) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass individuelles Verhalten in seinem kommunikativen Kontext verstehbar wird und individuelle Verhaltensänderungen ohne die Veränderung kommunikativer Strukturen erschwert sein können. Individuelle (z.B. vom Therapeuten ausgehende) Problemlösungen können in diesem Sinne zu Problemverschiebungen führen. Dieses Phänomen wird den meisten Klinikern geläufig sein, wenn sie den poststationären Verlauf ihrer Patienten verfolgen.

Das Phänomen der personperspektivierten Störungen wird verständlich, wenn man die historische Entwicklung der Psychiatrie und die ihr vorausgehende gesellschaftliche Ausgrenzung psychisch auffälliger Menschen aus ihren Familien betrachtet. Im 19. Jahrhundert begann ein Diskurs, ob man die „Irren“ in ihrer Umgebung integrieren oder sie von ihrer „pathogenen Umgebung“ isolieren soll. Während Anfang des 19. Jahrhunderts der pädagogisch-erzieherische Charakter der Behandlung im Vordergrund gestanden hatte, wurde Ende des 19. Jahrhunderts die Psychiatrie zu einer Unterdisziplin der Medizin und der psychisch Auffällige zum psychisch Kranken (Rott- haus 2005). Der psychiatrische Patient rückte in den Fokus wissenschaftlicher Betrachtung und es entwickelte sich die psychiatrische Krankheitslehre mit ihren unterschiedlichen Klassifikationen, die bis heute weiterentwickelt und in Frage gestellt werden.

Kasuistiken

Eine Patientin mit Emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen Anteilen

Die 34-jährige Mutter zweier Kinder hatte sich ein Jahr vor der stationären Aufnahme von ihrem Ehemann getrennt. Bis zur Trennung hatte sie bei ihrem Mann in der Firma gear-

beitet und war fachlich sehr anerkannt gewesen. Seit der Trennung war sie „nur noch“ Hausfrau und Mutter, studierte aber „nebenbei“. In die Klinik wurde sie überwiesen, da ihr ambulanter Therapeut aufgrund interaktioneller Schwierigkeiten bereits zweimal die Therapie abgebrochen hatte. Bei Aufnahme wirkte die Patientin kühl und abweisend. Sie war kurz angebunden und es war anfänglich unklar, woran sie in der Klinik arbeiten wollte. Sie verweigerte die Gruppentherapie und wollte möglichst viele Einzeltermine. Sie war unterschwellig entwertend, gleichzeitig war aber ihre Notlage spürbar. Aufgrund der Vermutung, dass bei ihr eine narzisstische Störung vorlag, vermittelten wir ihr ein Modell, das die Nähe-Distanz-Problematik als unflexiblen Schutz vor Kränkung erklärt. Die Patientin fühlte sich verstanden, ihre Gesichtszüge wurden kurzzeitig weicher und sie wirkte über- rascht. Wir gaben ihr die Informationsbroschüre zur narzisstischen Persönlichkeitsproblematik bis zum nächsten Termin zu lesen. Darin erkannte sie sich aber nur in Teilbereichen. Während der Diskussion über ihre Persönlichkeit wurde deutlich, dass sie zwar kühl und abweisend auf ihre Mitmenschen wirkte, sie sich aber in der Vergangenheit sehr um andere bemüht hatte. Ihre starken Spannungszustände nahm sie erst wahr, nachdem sie nicht mehr berufstätig war. Solange die Kinder bei ihr waren, funktionierte sie, war sie alleine, so erlebte sie Gefühle von Leere, tiefer Trauer und Antriebslosigkeit. Seit einigen Monaten habe sie begonnen, sich mit einem Messer zu ritzen, um aus den unerträglichen Gefühlszuständen herauszukommen. Nach diesen Informationen gaben wir ihr die Broschüre zur Borderline-Störung (siehe Infoblatt 1) zu lesen. Beim nächsten Termin berichtete sie, sich in fast allen Punkten wiederzuerkennen. Daraufhin erläuterten wir ausführlich die Diagnosekriterien und die Behandlungsmöglichkeiten bei diesem Krankheitsbild. Wir betonten die Notwendigkeit einer längerfristigen ambulanten Psychotherapie bei spezialisierten Therapeuten. Nach drei Wochen konnten wir die Patientin in stabilisiertem Zustand mit der Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen und narzisstischen Anteilen entlassen. Sie hatte bei Entlassung natürlich weiterhin ihre Stimmungsschwankungen, ihre Gefühle von Grandiosität im Wechsel mit einer schweren Selbstwertproblematik und ihre Angst vor Nähe und Kränkung. Durch die ausführliche Aufklärung über ihre Diagnose konnte sie ihr Erleben und Verhalten aber besser einordnen und die Notwendigkeit einer spezifischen Therapie nachvollziehen.

Eine Patientin mit Narzisstischer Persönlichkeitsstörung

Die 19-jährige Abiturientin kam wegen Infektionsängsten und daraus resultierenden Zwängen in stationäre Therapie. Sie sei seit einem Jahr in regelmäßiger ambulanter Behandlung, die aber weder ihre depressiven Verstimmungen aufgrund von „Liebeskummer“ noch ihre Zwangssymptomatik reduziert habe. In der Pubertätszeit habe sie große Angst

vor einer Gewichtszunahme gehabt, später habe sie hypochondrische Ängste im Bezug auf Krebserkrankungen entwickelt. Diese Ängste hätten sich in den letzten Jahren zunehmend in Richtung Infektionsängsten verlagert. Die Patientin habe ihre Kindheit im Ausland verbracht, wo der Vater Lehrer an einer deutschsprachigen Schule war. Dort gehörte die Familie zur privilegierten Ausländerschicht, weshalb die Patientin und ihre ältere Schwester immer ein Kindermädchen hatten. Die Familie lebte in dieser Zeit ab-

Infoblatt 1 zur Borderline-Persönlichkeitsproblematik

Informationen zum besseren Verständnis der eigenen Persönlichkeit

Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsproblematik haben das Gefühl, ihr Leben ist eine permanente Krise. Sie haben meistens eine schwierige Kindheit mit unzuverlässigen Beziehungserfahrungen hinter sich, hoffen auf „den richtigen Partner“, der sie von ihrem Leid erlösen könnte, geraten in Beziehungen aber von einer Krise in die nächste. Entweder die Beziehung ist zu nah und sie fühlen sich eingeeengt oder sie ist zu distanziert und es bestehen Verlustängste. Es kommt häufig zu Symptomen wie Angstzuständen, Depressionen, Selbstmordgedanken, selbstschädigendem Verhalten und übermäßigem Konsum von Alkohol und/oder Drogen. **Diese Symptome sind zwar belastend, aber nicht das eigentliche Problem!** Das eigentliche Problem ist die zugrunde liegende Persönlichkeit des Betroffenen!

Nachfolgend sind einige typische Muster aufgeführt, wie Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeit denken, fühlen und mit anderen Menschen umgehen:

- Sie erleben häufige, zum Teil unerträgliche, körperliche Spannungszustände.
- Die Spannungszustände werden durch exzessiven Sport, Alkohol, Drogen oder Selbstverletzung reduziert.
- Die Spannungszustände können sich steigern bis zum Gefühl „verrückt zu werden“ oder „sich aufzulösen“. Selbstverletzung oder Selbstmordphantasien erleichtern diese Zustände.
- Es besteht eine Tendenz zu impulsivem Verhalten (z.B. Wutanfälle, risikoreiches Autofahren, Zerstörung von Gegenständen etc.).
- Es besteht eine panische Angst, vom Partner verlassen zu werden, die sich abwechselt mit Hassgefühlen gegenüber demselben Partner.
- Der Partner fühlt sich häufig durch die Beziehung überfordert und reagiert wütend oder sogar gewalttätig.
- Es besteht eine Neigung zu Seitensprüngen bzw. zu unverbindlichen sexuellen Kontakten, was häufig unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen geschieht und danach bereut wird.
- Es besteht eine brüchige Identität: Der Betroffene ist verunsichert, wer er eigentlich ist und was er in seinem Leben will. Was er heute unbedingt möchte, kann ihm morgen schon wieder völlig gleichgültig sein.
- Der Betroffene neigt zu ausgeprägtem Helferverhalten. Er opfert sich für andere auf, gibt anderen das, was er sich insgeheim selbst wünscht.
- Die Stimmung kann von einem Moment auf den anderen völlig umschlagen, ohne dass dies für Außenstehende nachvollziehbar ist.
- Nach Konflikten entstehen häufig Gefühle von Wertlosigkeit, Schuldgefühle und Selbstbestrafungstendenzen.
- Häufig sind in der Kindheit der Betroffenen emotionale Vernachlässigung und/oder sexuelle Übergriffe zu finden. Die frühen Bezugspersonen (z.B. die Eltern) waren unberechenbar, launisch und mitunter gewalttätig.

Wenn Sie sich bei vielen der oben beschriebenen Muster wiedererkennen, dann fällt es Ihnen wahrscheinlich schon seit Jahren schwer, mit Ihren intensiven Gefühlen und den damit verbundenen Spannungszuständen umzugehen. Sie merken, dass mit Ihnen etwas nicht in Ordnung ist, dass Ihnen die Gelassenheit fehlt, die Sie bei anderen Menschen beobachten. Sie dagegen haben das Gefühl, von einer (Beziehungs-)Krise in die nächste zu schlittern, keine Stabilität im Leben zu haben. Es gibt für Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeit effektive Therapiemöglichkeiten! **Voraussetzung ist der ernsthafte Wille, an sich zu arbeiten, Durststrecken zu überwinden und die Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen!**

Infoblatt 1 Fortsetzung

Die stationäre Borderline-Therapie besteht aus zwei Intervallen:**1. stationäres Intervall zur Stabilisierung**

- Aufklärung über die Diagnose durch den Therapeuten und durch Lesen von Fachliteratur
- Verzicht auf Drogen und Alkohol
- Distanz zu Personen und Situationen, die zu emotionalen Krisen führen
- Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie und Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung
- Erlernen von selbstfürsorglichem Verhalten
- konstruktiver Umgang mit suizidalen Krisen
- Einnahme von spannungsreduzierenden Medikamenten (die nicht abhängig machen)
- Reduktion von Selbstverletzungen durch Techniken zum Spannungsabbau
- Verbesserung der Gefühlswahrnehmung und Gefühlsdifferenzierung
- Verbesserung der Abgrenzungsfähigkeit

Poststationär ambulante Psychotherapie und Verbesserung der äußeren Lebensbedingungen**2. stationäres Intervall (falls notwendig):**

- Bearbeitung von traumatisierenden Ereignissen aus der Vergangenheit
- Konfrontation mit den traumatischen Erinnerungen
- Akzeptieren des Traumas als Vergangenheit

geschirmt von der Bevölkerung in einer Wohnanlage. Nach dem Umzug nach Deutschland begann für die Patientin eine unglückliche Zeit. Die Eltern hatten Integrationsschwierigkeiten, die Mutter musste wieder arbeiten gehen. Die Patientin erlebte sich in ihrer Klasse als Außenseiterin, das Schulgebäude empfand sie als steril, die Klassenzimmer als zu klein. Die Mutter habe immer versucht, den Bedürfnissen der Kinder und des Ehemannes gerecht zu werden. Der Vater habe die Mutter häufig bloßgestellt, wofür ihn die Patientin verachte. Heute „ekele“ sie sich vor ihren Eltern und könne sich eine nahe Beziehung mit ihnen nicht vorstellen. Nur die Schwester sei für sie eine nahe familiäre Bezugsperson. In der stationären Therapie wurde schon bald das Anspruchsdenken und die leichte Kränkbarkeit der Patientin deutlich. Ihre Stimmung war sehr schwankend, sie erlebte sich als vom Leben benachteiligt und beneidete Menschen mit intakten Paarbeziehungen. Sie sehnte sich nach einem Partner und litt unter dem Scheitern einer vergangenen Liebesbeziehung. Zunächst war sie vom Kliniksetting enttäuscht, da sie „mehr Programm“ und eine „bessere Versorgung“ erwartet hatte. Sie habe sich erst zu einer stationären Therapie durchringen können, als sie „am Boden zerstört“ gewesen sei. In einer Gruppentherapiestunde fühlte sie sich von der Co-Therapeutin zu grob behandelt und meinte unter

Tränen, man solle nicht in dieser Art mit ihr reden. Diese Reaktion nahmen wir zum Anlass, um ihren Interaktionsstil zu problematisieren. Wir betonten unser Anliegen, ihr bei ihrem Veränderungsprozess helfen zu wollen. Gleichzeitig stellten wir aber auch klar, dass wir nicht rund um die Uhr für sie zur Verfügung stünden. Wir holten von der Patientin das Einverständnis ein, ihr kritisches Feedback geben zu dürfen, um ihr Selbstbild mit unserer Sichtweise abgleichen zu können.

Im weiteren Verlauf zeigte sich die Patientin in einer Gruppenstunde überrascht, dass anderen Gruppenmitgliedern die Beziehung zu ihren Eltern so wichtig war, wohingegen sie sich vor ihren Eltern ekele. Dies nahmen wir zum Anlass, die Patientin beim Einzeltermin darüber aufzuklären, dass fehlende Grenzen von Seiten früher Bezugspersonen zu einer überhöhten Anspruchshaltung und zu einem chronischen Gefühl der Benachteiligung führen können. Als die Patientin Interesse für dieses Thema signalisierte, gaben wir ihr unser Infoblatt zur narzisstischen Persönlichkeitsproblematik (siehe Infoblatt 2) zu lesen. Sie stellte fest, dass sie bezüglich ihrer schulischen Leistungen immer bereit war, viel zu investieren. Ihre Mitmenschen teile sie in zwei Kategorien: Für die einen interessiere sie sich, vor den anderen ekele sie sich. Ihr hoher Anspruch an Freundschaften habe dazu ge-

führt, dass sie zwar viele Bekannte habe, sich aber chronisch einsam fühle.

Wir besprachen mit der Patientin unsere Einschätzung, sie konzentriere sich zu sehr auf unerreichbare Idealzustände und ignoriere bereits vorhandene interpersonelle Unterstützung und Wertschätzung. Weiterhin hinterfragten wir ihre Tendenz zur Idealisierung und zur Entwertung von Beziehungen. Durch das konkrete Ansprechen narzisstischer Einstellungen und Interaktionsmuster konnten wir ihre Erwartungshaltung bezüglich der therapeutischen Versorgung korrigieren und ihre Bereitschaft zur Eigenverantwortung (vor allem für schwierige emotionale Zustände) steigern. Dies half der Patientin, ihre Schwierigkeiten in einem neuen Kontext zu sehen, führte zu einer emotionalen Entlastung und

ermöglichte neue therapeutische Ansatzpunkte. Darüber hinaus wurde die Bearbeitung der Zwangssymptomatik (Reizkonfrontation) erleichtert.

Trotz ihrer Aversion konnten wir die Patientin von der Notwendigkeit einer Fremdanamnese durch die Eltern überzeugen. Die Schwester war aus terminlichen Gründen beim Familiengespräch nicht anwesend. Unsere Vermutungen bezüglich der Eltern bestätigten sich: Der Vater wirkte rational, aber zugleich sehr bemüht um das Wohlergehen seiner Kinder. Er war der Meinung, die Erziehung seiner Töchter sei „unkompliziert“ gewesen, Grenzen zu setzen sei nicht notwendig gewesen. Die Mutter war da anderer Meinung. Sie sei spät schwanger geworden und habe die ersten Jahre mit den Kindern als ihre „glücklichste Zeit“ erlebt. Nach der

Infoblatt 2 zur narzisstischen Persönlichkeit

Informationen zum besseren Verständnis der eigenen Persönlichkeit

Menschen mit einer Persönlichkeitsproblematik begeben sich oft erst dann in Therapie, wenn „alles zusammengebrochen ist“: Der Partner hat sich getrennt, man hat den Arbeitsplatz verloren, es bestehen finanzielle Probleme, der Freundeskreis hat sich abgewendet und Ähnliches. Danach kommt es meistens zu Symptomen wie Angstzuständen und/oder Depressionen. **Diese Symptome sind zwar belastend, aber nicht das eigentliche Problem! Das eigentliche Problem ist die zugrunde liegende Persönlichkeit des Betroffenen!** Sie fragen sich: „Wieso gerate ich immer wieder an die falschen Menschen?“ Diese Frage bringt Sie aber nicht weiter! Erfolg versprechender ist die Frage: **„Wie funktioniere ich typischerweise? Was sind meine immer wiederkehrenden Verhaltensmuster?“** Denn wenn Sie Ihre problematischen **Einstellungen und Verhaltensmuster** identifizieren, dann haben Sie konkrete Veränderungsansätze.

Hier sind einige typische Beispiele aufgeführt, wie Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeit denken, fühlen und mit anderen Menschen umgehen:

- häufiges sich Vorstellen von besonderen beruflichen Erfolgen
- Interesse nur für bestimmte, ausgewählte Personen, die etwas Besonderes darstellen und gleichzeitiges Desinteresse gegenüber „durchschnittlichen“ Menschen
- starkes Bedürfnis, sich von anderen abzuheben (z.B. durch Aussehen, Leistung, Auto etc.)
- Ignorieren von Regeln und Vorschriften, die für andere gelten (z.B. risikoreiches Autofahren, sich vordrängeln, Unwahrheiten behaupten etc.)
- Mitmenschen schnell für sich gewinnen können bzw. für eigene Interessen einspannen
- das Lebensgefühl eines „Einzelkämpfers“
- Schamgefühle, wenn die eigenen Schwächen entdeckt werden
- Angst vor Situationen, in denen man sich hilflos und ohnmächtig fühlen könnte
- immer wiederkehrende unklare körperliche Beschwerden, die zur Beobachtung des eigenen Körpers und zu Sorgen führen
- starkes Bedürfnis nach Lob und Anerkennung
- sich ärgern über die „Mittelmäßigkeit“ anderer
- viel von sich und anderen erwarten
- Kritik von anderen nicht nachvollziehen können
- sich bei Misserfolgen als der absolute Versager ohne Existenzberechtigung fühlen
- bei Erfolgen zu denken, alles erreichen zu können
- das Gefühl zu haben, eigentlich niemanden trauen zu können

Infoblatt 2 Fortsetzung

Wenn Sie sich bei vielen der oben beschriebenen Muster wiedererkennen, dann kämpfen Sie wahrscheinlich schon seit Jahren um Erfolg und Anerkennung, haben aber immer noch nicht das Gefühl, wirklich anerkannt oder geliebt zu werden. Wahrscheinlich vermissen Sie diese Gefühle seit Ihrer Kindheit. Möglicherweise haben Sie bisher versucht, diese Gefühle durch hohe Leistungsbereitschaft und berufliche Erfolge zu „erkämpfen“. **Diese Strategie funktioniert aber nicht! Liebe und Anerkennung werden Sie nur erreichen, wenn Sie lernen, anders mit sich und Ihren Mitmenschen umzugehen! Beispiele dafür sind:**

- ernsthaftes Interesse für andere Menschen aufzubauen
- nicht immer der Beste sein zu müssen
- an Zielen nicht mit aller Gewalt festhalten, sondern kompromissbereit sein
- akzeptieren, dass andere Menschen auch ein Recht auf Bedürfnisse haben
- akzeptieren, dass kein Mensch in allem perfekt sein kann
- nicht alles alleine schaffen müssen
- Kritik durch andere nicht generell ablehnen, sondern erst einmal darüber nachdenken

Diese Vorschläge kommen Ihnen vermutlich banal und überflüssig vor. Wahrscheinlich können Sie sich zum jetzigen Zeitpunkt gar nicht vorstellen, dass jemand Sie unabhängig von Ihrer Leistung oder Ihrem Erfolg mag. Aber das können Sie nur herausfinden, wenn Sie einen anderen zwischenmenschlichen Umgang ausprobieren. Natürlich geht das nicht von heute auf morgen, sondern ist ein längerer und zum Teil mühsamer Lernprozess. Doch es ist prinzipiell möglich, sich durch Selbsterkenntnis zu verändern und dadurch mit sich und seiner Umwelt besser zurechtzukommen. Wichtig hierbei ist die Bereitschaft, das eigene Verhalten ernsthaft zu hinterfragen, die Mitmenschen ernst zu nehmen und sich unabhängiger von Leistung und Erfolg zu machen.

Rückkehr nach Deutschland habe sie den Kindern zuliebe auf Vieles verzichtet. Sie könne nicht verstehen, warum sich ihre Tochter derart von den Eltern abgrenze. Bei der Patientin war während des gesamten Gesprächs kaum Empathie für ihre Eltern zu erkennen (vgl. auch Infoblatt 3).

Diskussion

Die Antwort auf die Frage, ob ein Patient einen auffälligen Persönlichkeitsstil, eine Persönlichkeitsakzentuierung oder eine Persönlichkeitsstörung hat, wird trotz ICD-10 und DSM-IV-R nicht immer einheitlich ausfallen. Sie hängt von der Erfahrung des Therapeuten, seinen persönlichen Vorstellungen von „Normalität“ und vom therapeutischen Setting ab. Hat der Therapeut den Verdacht, dass der Patient aufgrund seiner Interaktion immer wieder in Konflikte gerät, so sollte er dies ansprechen. Eine kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit im Rahmen einer Therapie ist weder eine Etikettierung noch eine Stigmatisierung. Sie ermöglicht Ich-syntone dysfunktionale Einstellungen und Verhaltensmuster zu identifizieren und zu verändern. Dagegen kann die Vergabe der Diagnose

„Persönlichkeitsstörung“, ohne dass der Patient darüber aufgeklärt wurde, sehr wohl zum Stigma werden. Natürlich gibt es Einzelfälle, in denen es Sinn macht dem Patienten weder den Arztbrief noch die Diagnose offen zu legen. In der Mehrzahl der Fälle aber sollte der Patient darüber informiert sein, wie ihn der Therapeut einschätzt. Und zu dieser Einschätzung gehört auch die Diagnose! Gerade weil die Außerstellung eines Menschen sehr vom sozialen Kontext abhängt, besteht bei der Beurteilung der Persönlichkeit die Gefahr von Fehleinschätzungen. Dieser Gefahr kann der Therapeut durch einen **offenen Dialog** mit dem Patienten begegnen. Er kann die eigene Sichtweise mit der des Patienten vergleichen und daraus diagnostische wie auch therapeutische Implikationen ableiten. Therapeuten, die ihren Patienten (mit dem Ziel einer guten Beziehung) nach dem Mund reden, sind hier fehl am Platz. Konfrontation muss nicht Kränkung bedeuten, sondern eine kritische und konstruktive Auseinandersetzung mit Einstellungen und Verhaltensmustern, die dem Therapeuten dysfunktional erscheinen. Als Hilfestellung hierbei haben sich Informationsbroschüren erwiesen, die prototypische Beispiele für spezifische

Persönlichkeitssubtypen beschreiben. Dem Patienten soll geholfen werden, sich anhand dieser Broschüren wiederzuerkennen und therapeutische Ansatzpunkte für Veränderung zu bekommen. Die Einschätzung des Therapeuten kann durch Paar- und

Familiengespräche überprüft werden. In der Interaktion mit den nahen Bezugspersonen bietet der Patient häufig ein komplett anderes Bild als in der Einzeltherapie. Angehörige können ergänzend wichtige Informationen geben oder aber durch ihren Inter-

Infoblatt 3 zur histrionischen Persönlichkeit

Informationen zum besseren Verständnis der eigenen Persönlichkeit

Menschen mit einer Persönlichkeitsproblematik begeben sich oft erst dann in Therapie, wenn „alles zusammengebrochen ist“: Der Partner hat sich getrennt, man hat den Arbeitsplatz verloren, es bestehen finanzielle Probleme, der Freundeskreis hat sich abgewendet und Ähnliches. Danach kommt es meistens zu Symptomen wie Angstzuständen und/oder Depressionen. **Diese Symptome sind zwar belastend, aber nicht das eigentliche Problem! Das eigentliche Problem ist die zugrunde liegende Persönlichkeit des Betroffenen!** Sie fragen sich: „Wieso gerate ich immer wieder an die falschen Menschen?“ Diese Frage bringt Sie aber nicht weiter! Erfolg versprechender ist die Frage: **„Wie funktioniere ich typischerweise? Was sind meine immer wiederkehrenden Verhaltensmuster?“** Denn wenn Sie Ihre problematischen **Einstellungen** und **Verhaltensmuster** identifizieren, dann haben Sie konkrete Veränderungsansätze. Nachfolgend sind einige typische Muster aufgeführt, wie Menschen mit einer histrionischen Persönlichkeit denken, fühlen und mit anderen Menschen umgehen:

- ständige Suche nach Erlebnissen und intensiven Gefühlen
- sich mit sich selbst zu beschäftigen bzw. nichts zu tun fällt schwer und macht unruhig
- Enttäuschungen der Vergangenheit werden nicht überwunden, sondern geistern immer wieder durch den Kopf
- starke Sehnsucht nach einer harmonischen Partnerschaft, in der sich der Partner genau so verhält, wie man es sich vorstellt
- sich immer wieder seine Wünsche kurzfristig erfüllen müssen ohne Aufschub zu ertragen
- Entscheidungen werden „aus dem Bauch heraus“ getroffen, ohne die Konsequenzen zu berücksichtigen (z.B. Schulden, Ärger mit dem Partner, Kündigung des Arbeitsplatzes etc.)
- häufiges sich Vorstellen, „wie schön es doch sein könnte“, anstelle die Realität zu akzeptieren
- Schwierigkeiten, sich im Gespräch auf das Wesentliche zu beschränken, über den Gesprächspartner „hinweg reden“
- Angst vor Kritik, auch wenn diese berechtigt ist
- Fehlen von engen Freundschaften und Träumen von der idealen Partnerschaft
- Schwierigkeiten, sich auf einen Beruf/einen Partner festzulegen
- sich Hineinsteigern in schwierige Gefühle bis hin zu Selbstmordgedanken
- leichte Beeinflussbarkeit durch andere, schneller Meinungswechsel
- starkes Bedürfnis nach Aufmerksamkeit und Zuwendung, gleichzeitig aber geringe Bereitschaft dies anderen zu geben
- konfliktvolle Partnerbeziehungen mit dem Gefühl, „zu wenig“ vom Partner zu bekommen
- Vermeidung der Verantwortung für eigene Entscheidungen mit der Begründung „Ich kann nicht“, anstelle von „Ich will nicht“
- überrascht sein, wenn andere nicht ähnlich oder gleich empfinden
- auffällig schnelle Stimmungsschwankungen, abhängig von äußeren Umständen
- Schwarz-Weiß-Denken, Graustufen gibt es nicht
- Ungeduld, wenn man sich etwas in den Kopf gesetzt hat.

Wenn Sie sich bei vielen der oben beschriebenen Muster wiedererkennen, dann fällt es Ihnen wahrscheinlich schon seit Jahren schwer „erwachsen“ bzw. „verantwortungsbewusst“ zu handeln, weil Sie sich häufig „wie ein Kind“ fühlen. Ein Kind will Liebe und Aufmerksamkeit, ist nicht bereit zu warten, ist schnell enttäuscht, will immer gelobt werden, ist „emotional und spontan“, denkt nicht über Konsequenzen nach, kennt nur Freunde oder Feinde. Nun sind Sie aber kein Kind mehr, sondern ein Erwachsener! Deswegen erwarten Ihre Mitmenschen von Ihnen **erwachsenes Verhalten!** Erwachsenes Verhalten bedeutet, dass Sie Ihre Vernunft einsetzen und dann gegen Ihr Bedürfnis handeln, wenn die Umstände es erfordern, zum Beispiel:

Infoblatt 3 Fortsetzung

- unangenehme Gefühle wie Ärger, Langeweile, Frust, Widerwillen aushalten
- sich Ziele setzen und diese nicht zu schnell aufgeben
- akzeptieren, dass andere Menschen andere Bedürfnisse haben
- akzeptieren, dass kein Mensch immer ein „idealer Partner“ sein kann
- nicht darauf hoffen, dass „es schon gut gehen wird“
- sich nicht als den Nabel der Welt betrachten
- bereit zu Kompromissen zu sein, da es selten ideale Lösungen gibt

Natürlich geht das nicht von heute auf morgen, sondern ist ein längerer und zum Teil mühsamer Veränderungsprozess. Doch es ist prinzipiell möglich, sich durch Selbsterkenntnis zu verändern und dadurch mit sich und seiner Umwelt besser zurechtzukommen. Wichtig hierbei ist die Bereitschaft, die Verantwortung für das eigene Verhalten zu übernehmen und aufzuhören, die Schuld bei anderen zu suchen. **Dieser Aufgabe müssen sich auch Menschen ohne Persönlichkeitsproblematik stellen. Diese müssen auch unangenehme Gefühle aushalten, verzichten oder sich in Geduld üben. Weil sie dies überwiegend akzeptieren, kommen sie mit ihrem Leben besser zurecht.**

aktionsstil die „Pathologie“ des Patienten verstehbar machen. Der Kliniker sollte sich immer klar machen, dass der Patient poststationär in der Regel in sein soziales Umfeld zurückkehren wird, das heißt, egal mit welcher Diagnose, er wird sich erst einmal mit seinen Bezugspersonen arrangieren müssen.

Literatur

- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10. Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 2. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Fiedler P (2000). Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Fiedler P (2001). Persönlichkeitsstörungen. 5. Auflage. Weinheim: Beltz.
- Millon T (1999). Personality-Guided Therapy: New York: Wiley.
- Reich G (2003). Familien- und Paarbeziehungen bei Persönlichkeitsstörungen – Aspekte der Dynamik und Therapie. Persönlichkeitsstörungen 7: 72–83.

Rotthaus W (2005). Psychiatrie und Familie – ihre Koexistenz in der Entwicklung der systemischen Perspektive. Kontext. Z System Ther Familienther 36: 238–48.

Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I (Hrsg) (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Schiepek G (1999). Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schlippe A, Schweitzer J (1999). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schmitz B (1999). Kognitive Verhaltenstherapie bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen: Behandlungsansätze und Psychoedukation. In: Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Saß H, Herpertz S (Hrsg). Stuttgart, New York: Thieme; 25–47.

Trautmann RD (2004). Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und problematischen Persönlichkeitsstilen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Igor Tominschek
 Psychosomatische Klinik Windach
 Schützenstr.100, 86949 Windach
 E-Mail: tominschek@klinik-windach.de