

Rolf Dieter Trautmann-Sponzel, Igor Tominschek und Michael Zaudig

Differenzielle Diagnostik und Verhaltenstherapie von Ängsten bei Persönlichkeitsstörungen

Schlüsselwörter

Angststörungen, Verhaltenstherapie, Persönlichkeitsstörungen

Keywords

Anxiety disorders, behavior therapy, personality disorders

Zusammenfassung

Nicht selten werden bei persönlichkeitsgestörten Patienten auf Diagnoseebene Angststörungen im Sinne der Komorbidität zu häufig und Persönlichkeitsstörungen mit Angstsymptomen (Symptomebene) zu selten berücksichtigt. Bei der Behandlung von Patienten mit Ängsten ist aber die Berücksichtigung ihrer Persönlichkeit entscheidend für die weitere Therapie. Insofern ist eine präzise diagnostische Einordnung sowohl der Ängste wie auch der Persönlichkeit von zentraler Bedeutung. Im Vergleich zur Verhaltenstherapie von reinen Angststörungen ist bei persönlichkeitsgestörten Patienten eine andere Vorgehensweise erforderlich, denn eine zu frühe Konfrontation mobilisiert existenzielle Ängste und kann traumatisierend wirken. Zuerst müssen dysfunktionale Einstellungen, die sich aus der Persönlichkeit(sstörung) heraus ergeben und in einem funktionalen Zusammenhang mit der Angst stehen, exploriert und problematisiert werden. Erst wenn der Patient eine gewisse Ich-Dystonie zu diesen Einstellungen aufgebaut hat, erscheint die direkte Bearbeitung der Angstsymptomatik Erfolg versprechend. Durch die Arbeit an der therapeutischen Beziehung werden dem Patienten neue Beziehungserfahrungen ermöglicht, die zum Abbau seiner Angstsymptomatik beitragen können.

Summary

In patients with personality disorder one might argue overdiagnosis of comorbid "anxiety disorder" and underdiagnosis of "personality disorder" with anxiety symptoms. Treating anxiety requires a precise diagnosis of the patient's personality and of his anxiety symptoms, since behaviour therapy of anxiety in patients with comorbid personality disorder needs a different therapeutic approach. Otherwise retraumatization may develop. Dysfunctional attitudes that are central to specific personality disorders and frequently have a functional relation with anxiety symptoms have to be discussed as a first step in therapy. Patients with personality disorder need to develop some ego-dystony concerning dysfunctional attitudes before a specific anxiety treatment seems useful.

Differential diagnosis with consequences for the behavioral therapy of anxiety in personality disorders

Persönlichkeitsstörungen 2003; 7: 211–21

Patienten mit Ängsten werden häufig zum Verhaltenstherapeuten überwiesen, da sich die typischen verhaltenstherapeutischen Behandlungsmethoden (Exposition und Reaktionsverhinderung, kognitives Reframing) als die wirksamsten Methoden erwiesen haben (Frommberger et al. 1995; Linden 2003). Hierbei ist aber darauf zu achten, ob es sich wirklich um eine Angststörung nach den gängigen Klassifikationssystemen DSM-IV-

TR (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen [Saß et al. 2003]) oder ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen [Dilling et al. 1993]) handelt, und ob komorbid eine auffällige Persönlichkeit beziehungsweise Persönlichkeitsstörung vorliegt. In der **klinischen Praxis** finden sich häufig **zwei Patientengruppen**:

- Patienten mit einer Angstsymptomatik, die agoraphob oder sozial ängstlich anmutet bei zu Grunde liegender Persönlichkeitsstörung

Dr. med. Dipl.-Psych. Rolf Dieter Trautmann-Sponzel, Psychosomatische Klinik Windach, Schützenstr. 16, 86949 Windach

- Patienten mit einer manifesten Angststörung und komorbider Persönlichkeitsstörung beziehungsweise auffälliger Persönlichkeit

Bei diesen beiden Patientengruppen bedürfen die klassischen verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen einiger Modifikationen, um effektiv sein zu können. Im Folgenden soll exemplarisch beschrieben werden, bei welchen Persönlichkeitsstörungen typischerweise welche Arten von Angststörungen beziehungsweise Ängsten bestehen, und wie diese anders behandelt werden als Angststörungen ohne zusätzliche Persönlichkeitsproblematik. Ferner soll diskutiert werden, welche Angstsymptomatik bei auffälligen Persönlichkeiten beziehungsweise Persönlichkeitsstörungen als Angststörung verkannt werden kann und demzufolge auf eine klassisch verhaltenstherapeutische Angstbehandlung nicht anspricht. Dem Patienten gegenüber sprechen wir mittlerweile zunächst von einer »Persönlichkeitsproblematik« und nicht von einer Persönlichkeitsstörung, auch wenn nach den üblichen Klassifikationssystemen eindeutig eine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren ist. Diese Bezeichnung wird von den Patienten als weniger stigmatisierend erlebt und erleichtert die Auseinandersetzung damit.

Versuch einer Erklärung der Angstgenese bei Persönlichkeitsstörungen

Um die Ängste persönlichkeitsgestörter Patienten verstehen und behandeln zu können, bietet sich als Erklärungsmodell unter anderem die biosoziale Lerntheorie von Millon (1983; 1996) an. Er versteht das Verhalten persönlichkeitsgestörter Menschen als unflexiblen und inadäquaten Versuch, sich an veränderte Umweltbedingungen anzupassen. Die erste Entwicklungsaufgabe besteht nach Millon darin, überhaupt die **Existenz** zu sichern, während die zweite sich darauf bezieht, einen individuellen Stil der Anpassung zu entwickeln. Bei Menschen, die in ihrer frühen Kindheit Sicherheit (insbesondere eine sichere Bindung im Sinne Bowlbys [Strauß et al. 2002]) erlebt haben, wird

sich die zentrale Frage der Existenzsicherung mehr darauf beziehen, was sie tun können, um ihren Lebensraum zu erweitern und positiv zu bereichern. Dagegen werden Kinder, die sich in ihrer bloßen Existenz bedroht fühlten, die ganze Aufmerksamkeit darauf richten, wie sie diese Existenzbedrohung verringern können, das heißt ihr ganzes Streben zielt darauf ab Schmerzen im weitesten Sinne zu vermeiden. Es ist daher davon auszugehen, dass es sich bei der Angst von Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung um eine existenzielle Angst handelt. Deswegen muss der Betroffene die Situation, die diese existenzielle Angst auslösen könnte, unbedingt vermeiden. Strategien, die dazu beitragen, diese existenzielle Angst zu vermeiden, werden bei diesen Personen ständig negativ verstärkt (Trautmann-Sponsel u. Zaudig 2003), weshalb sie aus verhaltenstheoretischer Sicht besonders lösungsresistent sind. Um es noch deutlicher zu formulieren: Es ist davon auszugehen, dass bei Ängsten, die in direktem funktionalen Zusammenhang mit einer der unten genannten Persönlichkeitsstörungen stehen, die Qualität der erlebten Angst eine andere ist als bei Ängsten ohne Persönlichkeitsstörung. Bevor solche Patienten mit den Angst auslösenden Situationen konfrontiert werden, bedarf es einer gründlicheren Vorbereitung als bei Patienten ohne Persönlichkeitsstörung.

Die kognitive Theorie der Persönlichkeitsstörungen (Beck u. Freeman 1993) betont den zentralen Stellenwert von **kognitiven Schemata**. Diese führen zu einer systematischen Verzerrung der Informationsverarbeitung in sozialen Situationen (Sachse 2001) und erschweren korrektive zwischenmenschliche Erfahrungen. Eine Plananalyse (Caspar 1989) dient in der Verhaltenstherapie dazu, diese interaktionell relevanten Pläne oder Schemata zu identifizieren. Wenn der Patient die Dysfunktionalität beziehungsweise die Unangemessenheit seiner Schemata erkennen kann, hat er wichtige therapeutische Ansatzpunkte zur Bearbeitung seiner Angstsymptomatik. Insofern muss keine wirkliche Komorbidität zweier getrennter Störungen bestehen, sondern die Angstsymptomatik kann aus der Persönlichkeitsstörung und den damit zusammenhängenden spezifischen Schemata heraus resultieren.

»Komorbidität« von Angst- und Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen werden bei Personen mit Angststörungen häufiger festgestellt als in der Normalbevölkerung (Stangier et al. 2001). In **empirischen Untersuchungen** speziell zum Zusammenhang von Panikstörungen und Persönlichkeitsstörungen findet sich eine Komorbidität zwischen 35 und 95% (Barzega et al. 2001). In ihrer eigenen Untersuchung an 184 Patienten mit Panikstörung fanden Barzega et al. (2001) bei 68,5% eine Persönlichkeitsstörung. Panikstörungen treten insbesondere im Zusammenhang mit der dependenten, der ängstlich-vermeidenden, der histrionischen und der Borderline-Störung auf (Barzega et al. 2001). Bei Patienten mit Angststörungen sieht man auch grundsätzlich häufiger Symptome, die typisch für verschiedene Persönlichkeitsstörungen sind (Dyck et al. 2001), und zwar nicht nur aus dem ängstlichen Cluster C nach DSM-IV-TR (Bienvenu u. Stein 2003). Aber sind dies auch wirklich »Agoraphobien« bei Borderline- und dependenten Störungen, »soziale Phobien« bei Narzisstischen Störungen, »soziale Phobien« bei Narzisstischen Persönlichkeitsstörungen und »Panikstörungen« mit komorbider Histrionischer Persönlichkeitsstörung, wie sie nach DSM-IV-TR oder nach ICD-10 diagnostiziert werden? Oder handelt es sich hierbei um eine agoraphob, sozial ängstlich oder panikartig wirkende Angstsymptomatik, die sich aus der Persönlichkeitsstörung heraus ergibt? Nach Raczek (1992) treten komorbide Angststörungen auf Diagnoseebene vorwiegend bei folgenden Persönlichkeitsstörungen auf: bei der Borderline-Störung, der histrionischen und narzisstischen Störung, der selbstunsicheren (ängstlich-vermeidenden) sowie bei der dependenten Störung. Alle diese Persönlichkeiten haben Probleme mit dem Alleinsein – aber aus unterschiedlichen Gründen. Menschen mit den vier zuerst genannten Störungen sind im Sinne der Bindungstheorie Bowlbys (Strauß et al. 2002) auf unterschiedliche Weise unsicher gebunden, während bei der Dependenten Persönlichkeitsstörung zwar eine sichere Bindung entwickelt wurde, allerdings auf Kosten einer adäquaten Autonomieentwicklung.

Die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung wird von Millon (1983; 1996) als »detached« beschrieben; diese Menschen vermeiden aktiv emotionale Bindungen, weil sie kein Vertrauen in solche Beziehungen entwickeln konnten. Personen mit Borderline-Störung weisen demgegenüber ein ambivalentes Bindungsverhalten auf. Sie haben ein extremes Bedürfnis nach Nähe und Bindung, aber gleichzeitig auch eine extreme Angst davor, da sie immer wieder erlebt haben, dass sie in solchen Beziehungen enttäuscht, wenn nicht gar missbraucht werden. Narzisstisch gestörte Menschen haben eine besonders große Angst vor Kränkungen und emotionaler Nähe. Histrionische Persönlichkeiten sind in extremem Maße von Beziehungen abhängig. Unseres Erachtens steht bei diesen Persönlichkeiten nicht das Bedürfnis nach Aufmerksamkeit im Vordergrund, sondern Personen, die wirklich eine Persönlichkeitsstörung in diesem Sinne und nicht nur einen histrionischen Verhaltensstil haben, erleben ihre Identität nur in Anwesenheit von anderen Personen.

Angst bei Borderline-Störungen

Angst wird von vielen Autoren (u. a. Dulz u. Schneider 1995; Hoffmann 2000; Eckert et al. 2000) als das zentrale Problem der Borderline-Störung angesehen. Nach DSM-IV-TR wird die Angst vor dem Verlassenwerden für das wichtigste Merkmal der Borderline-Störung gehalten. Außer der chronischen, frei flottierenden Angst (Dulz u. Schneider 1995) treten bei Borderline-Störungen häufig aber auch agoraphobe und zum Teil auch zunächst soziophobisch erscheinende Symptome auf.

Bei den Borderline-Persönlichkeitsstörungen muss für die **Genese** von Angststörungen die hohe Prävalenz von emotionalen, körperlichen und sexuellen Traumatisierungen (Dulz u. Jensen 2000; Paris 2000) berücksichtigt werden. Diese Traumata finden in Kindheit und Jugend statt und sind keine Einzelereignisse, sondern multipel und chronisch-rezidivierend (Driessen et al. 2002). Sie führen zu einer Aktivierung des Bindungssystems und damit zu einer primären Trennungsangst (Arnold u. Joraschky 1997), die von diesen Patienten qualitativ anders erlebt wird als von Angstpatienten ohne

diese Kindheitserfahrungen, was auch bei der therapeutischen Beziehungsgestaltung berücksichtigt werden muss. Nach Reddemann (2000) resultieren starke Angst und Panik bei persönlichkeitsgestörten Patienten häufig aus Kindheitstraumata. Die erwachsenen Patienten erleben unverarbeitete Konflikte und Verletzungen erneut aus der Perspektive eines Kindes. Deswegen besteht die therapeutische Intervention nicht im Zulassen der krisenhaft sich zuspitzenden Angst, sondern im Versuch einer Distanzierung (z. B. durch Aufmerksamkeitslenkung auf den Körper oder die Atmung). Eine ausführliche Anamnese ist gerade bei dieser Patientengruppe unerlässlich, um den Stellenwert der Angstsymptomatik zu verstehen. Es ist die Aufgabe der weiteren Therapie, die Zusammenhänge zwischen der aktuellen Angstsymptomatik, den Triggersituationen und den biografischen Hintergründen herauszuarbeiten und für die Patienten nachvollziehbar zu machen. Eine reine oder auch zu frühe Angstkonfrontation erscheint hier kontraindiziert. Hierfür zunächst drei typische Fallbeispiele:

1. Einweisungsdiagnose »Agoraphobie« bei einer Borderline-Patientin: Die agoraphob wirkenden Ängste waren – vor circa zehn Jahren – die ursprüngliche Symptomatik, weswegen sich diese Patientin in stationäre verhaltenstherapeutische Behandlung begab. Die funktionale Bedingungsanalyse bei dieser Patientin ergab, dass ihr Vermeidungsverhalten immer dann auftrat, wenn sie sich für so hässlich hielt, dass sie von anderen Menschen nicht gesehen werden wollte. In solchen Phasen vermied die Patientin Situationen, aus denen sie nicht jederzeit flüchten konnte, außer sie war »perfekt geschminkt«. Nach DSM-IV-TR oder ICD-10 konnte hier keine Agoraphobie diagnostiziert werden.
2. Einweisungsdiagnose »Agoraphobie« mit Derealisation und Depersonalisation bei einer Borderline-Patientin mit Komorbidität einer Posttraumatischen Belastungsstörung: Die Patientin war mittlerweile aufgrund ihrer Borderline-Störung teilberentet, arbeitete stundenweise in der ambulanten Kranken- und Altenpflege (ihr erlernter Beruf). Dies erforderte, dass sie zu den typischen Stoßzeiten

mit S- und U-Bahn fahren musste. Das »agoraphobe« Vermeidungsverhalten resultierte hier daraus, dass bei der Patientin durch zu engen körperlichen Kontakt mit anderen (v.a. männlichen) Personen sexuelle Missbrauchserfahrungen getriggert wurden, die sie in einen dissoziativen – und damit hilflosen – Zustand versetzten. Auch hier lag keine Agoraphobie im eigentlichen Sinne vor.

3. Einweisungsdiagnose »Soziale Phobie« bei einer Borderline-Patientin mit Komorbidität einer Posttraumatischen Belastungsstörung: In einer anderen Klinik wurde die Symptomatik dieser Patientin als »Soziale Phobie« diagnostiziert, da sie den Kontakt mit anderen Menschen vermied. Das verhaltenstherapeutische Vorgehen bestand darin, der Patientin Aufgaben zu geben, bei der sie sich sozialen Situationen aussetzen musste. Die Patientin berichtete daraufhin ihrer »Verhaltenstherapeutin«, dass die Angst bei Konfrontation immer mehr zunahm, worauf diese Therapeutin geantwortet haben soll, dass dies nicht sein könne (Invalidierung im Sinne von Linehan [1996]). Die Mikroanalyse (Bohus 1999) ergab, dass die Patientin durch die Blicke von anderen Menschen in eine Situation getriggert wurde, in der sie im Alter von circa zwei bis drei Jahren eine traumatische Situation in einem Krankenhaus erlebt hatte (die nichts mit sexuellem Missbrauch zu tun hatte). Es lag also keine Soziale Phobie vor.

Die **verhaltenstherapeutische Angstbehandlung** bei diesen drei Borderline-Patienten wurde selbstverständlich sehr unterschiedlich durchgeführt. Bei der ersten Patientin mussten zuerst kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken eingesetzt werden, um ihr Selbstschema zu hinterfragen; erst anschließend konnte mit dieser Patientin auch »klassisch verhaltenstherapeutisch« gearbeitet werden, das heißt häufiges Training dieser Situationen. Mit der zweiten Patientin wurde erarbeitet, wie sie Trigger vermeiden konnte, zum Beispiel indem sie bestimmte Positionen in der U-Bahn einnahm, bei denen es weniger wahrscheinlich war, dass sie in Körperkontakt mit anderen Menschen geriet. Außerdem lernte sie sich die Erlaubnis zu geben, solche Situationen vermeiden zu dürfen, denn

bisher hatte sie sich gezwungen, solche Situationen durchzustehen. Bei der dritten Patientin war es zunächst wichtig, mit ihr den Zusammenhang zwischen der traumatischen Kindheitssituation und den gegenwärtigen »sozialen« Ängsten herauszuarbeiten. Aufgrund der erfahrenen Invalidierung über viele Jahre durch die Eltern konnte die Patientin selbst nur schwer das Erklärungsmodell annehmen, dass diese frühe Traumatisierung damit zusammenhängen sollte, wie sie sich aktuell in bestimmten sozialen Situationen »anstellte«. Auch mit dieser Patientin wurde in erster Linie daran gearbeitet, wie sie mit Triggersituationen anders umgehen könnte.

Bei allen Borderline-Patienten mit **agoraphoben Ängsten** muss man davon ausgehen, dass das Angstmodell, das man üblicherweise in der Verhaltenstherapie Agoraphobikern vermittelt, für diese nicht zutrifft: Bei Konfrontation mit der Angst auslösenden Situation steigt die Angst normalerweise zunächst bis auf ein bestimmtes Maximum an, das niedriger ist, als es die Patienten erwarten und fällt nach überschaubarer Zeit ab, wenn die Patienten in der Situation bleiben. Die Angst von Borderline-Patienten dagegen ist wesentlich intensiver als diejenige von »normalen« Agoraphobikern und braucht länger, um sich wieder zurückzubilden (Herpertz et al 1998). Untersuchungen einer Arbeitsgruppe um Bohus (Bohus u. Haaf 2001) konnten zeigen, dass Patientinnen mit einer Borderline-Störung im Vergleich zu gesunden Kontrollen signifikant häufiger, länger und intensiver aversive Spannung erleben, jedoch Schwierigkeiten haben, dabei Emotionen zu differenzieren. Zudem besteht die Gefahr, dass die Patienten in einen dissoziativen Zustand geraten beziehungsweise in eine Situation, die sie retraumatisiert. Deswegen reicht es bei diesen Patienten nicht aus, sich einfach diesen Situationen aussetzen, sondern sie müssen ausführlich darauf vorbereitet werden, welche aktiven Techniken sie einsetzen können, um nicht zu dissoziieren oder einen lang andauernden unerträglichen Angstzustand zu erleiden. Hierfür eignen sich insbesondere Techniken der Realitäts- und Körperwahrnehmung (skills-training nach Linehan [1996]).

Angststörungen bei Histrionischen Persönlichkeitsstörungen

Patienten mit Histrionischer Persönlichkeitsstörung klagen häufig über Panikattacken, wobei die Art des Klagens wiederum histrionischen Charakter haben kann und von der eigentlichen Panikattacke bei der funktionalen Analyse deutlich unterschieden werden muss. Diese Unterscheidung ist wichtig, da die Panikattacken selbst respondent sind, das heißt durch externe oder interne Stimulusbedingungen ausgelöst werden, während das darauf folgende histrionische Verhalten durch operante Mechanismen aufrechterhalten werden kann. Auslöser für die **Panikattacken** sind zumeist Situationen, in denen sich die Personen alleingelassen beziehungsweise nicht wahrgenommen fühlen, was von diesen Patienten als Existenzbedrohung (s. o.) erlebt wird. Ihnen in dieser Situation »verhaltenstherapeutisch« die Zuwendung zu entziehen, würde einer Retraumatisierung gleichkommen. Im Gegensatz dazu darf das dramatisierende Verhalten nach oder auch vor den Panikattacken keinesfalls durch Zuwendung verstärkt werden. Entscheidend ist hier also die klare Unterscheidung, ob sich die Person aktuell in einer Panikattacke befindet oder ob sie »panikartig« darüber spricht. Dem Patienten sollte geholfen werden herauszufinden, welche unangenehmen Gefühle als Auslöser für die Panik fungieren, und wie er seine Bedürfnisse angemessen zum Ausdruck bringen kann. Hierzu sind unseres Erachtens zwei Voraussetzungen notwendig: Der Patient sollte über seine Persönlichkeitsproblematik ausführlich aufgeklärt sein und er sollte seine zentralen Motive (Sachse 2001; 2002) kennen. Das heißt, er sollte wissen, welche Bedürfnisse für ihn in Beziehungen Priorität haben. Außerdem sollte die therapeutische Beziehung so tragfähig sein, dass der Patient in der Lage ist, ehrlich über diese Bedürfnisse zu sprechen. Dies ist oft problematisch, da sowohl histrionisch wie auch narzisstisch gestörte Patienten es anfänglich als äußerst beschämend erleben, ihre Bedürftigkeit zu zeigen. Gelingt es ihnen jedoch in der therapeutischen Beziehung, neue Erfahrungen zu machen, so können sie mit der Zeit ihr Spielverhalten (Sachse 2002) zu Gunsten von authentischem Verhalten aufgeben. So gesehen stellt das Spielverhalten sowohl bei narzisstischen wie

auch bei histrionischen Personen einen Vulnerabilitätsschutz (Fiedler 2000) dar.

Wenn wir davon ausgehen, dass Panikattacken und Agoraphobien bei histrionischen Persönlichkeiten die Funktion haben, das Alleinsein zu vermeiden und Kontakt herzustellen, dann reicht es nicht aus, dem Patienten sein »manipulatives« Verhalten vor Augen zu führen, sondern er muss eine Vorstellung von seinem spezifischen Wahrnehmungsstil (Beck u. Freeman 1993) und den daraus resultierenden Verhaltensmustern vermittelt bekommen. Ziel dabei ist es, ein Problembewusstsein für dysfunktionale Ansprüche beziehungsweise Einstellungen und damit eine Ich-Dystonie zu erreichen. Denn erst, wenn die Person die Unangemessenheit und Übertriebenheit ihrer Forderungen erkennt, wird sie nicht mehr darauf beharren. Hierzu ein weiteres Beispiel aus der klinischen Praxis:

Eine 55-jährige Patientin mit Histrionischer Persönlichkeitsstörung kam wegen einer seit circa einem Jahr bestehenden Panikstörung in stationäre Therapie. Im Verlauf hatten sich auch agoraphobe Ängste entwickelt, so dass sie längere Reisen wie auch das Autobahnfahren vermied und deswegen ihre schwer kranke Mutter nicht besuchen konnte. Außerdem berichtete die Patientin über Schwierigkeiten am langjährigen Arbeitsplatz, der für sie eine Art »zu Hause« darstellen würde, da sie sich mit den Kollegen gut verstehe und keine feste Partnerbeziehung habe. Die Schwierigkeiten bestünden darin, dass sie sich als Krankenschwester gegenüber Patienten häufig beleidigend verhalte, ohne dies jedoch zu beabsichtigen oder zu merken. Die alte Pflegedienstleitung habe ihr die Verfehlungen durchgehen lassen, die neue aber habe sie schon mehrfach abgemahnt und sie befürchte jetzt ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Auch am Arbeitsplatz würden immer wieder Panikattacken auftreten, die Kollegen hätten ihr in solchen Situationen aber bisher die Arbeit abgenommen.

Mit der Patientin wurden die gängigen verhaltenstherapeutischen Interventionen bei einer Panikstörung durchgeführt (Margraf u. Schneider 1990). Trotzdem bekam die Patientin nach einem symptomfreien Intervall von circa zwei Wochen immer wieder neue Panikattacken, die sie sich nicht erklären konnte. Bei genauerer Exploration stellte sich heraus, dass sie sich in ihrem Leben schon immer nach Geborgenheit in einer harmonischen Partnerschaft gesehnt, es aber mit ihren wechselnden Partnern nie lange ausgehalten

hatte. Lediglich eine Fernbeziehung zu einem Mann von hohem Status habe über mehrere Jahre gehalten, sie habe in dieser Zeit aber Affären gehabt und vermute Gleiches bei ihm. Sie sehne sich nach wie vor nach einer Beziehung, habe aber wenig Hoffnung, dass sie den geeigneten Partner finden werde. Unseres Erachtens sollten mit einer solchen Patientin zuerst ihre Art der Beziehungsgestaltung und die damit verbundenen Erwartungen an Beziehungen problematisiert werden. Denn es liegt nahe, dass ihre Angstsymptomatik einerseits Ausdruck ihrer Angst vor dem Alleinsein ist, andererseits aber die Funktion hat, Aufmerksamkeit, Zuwendung und Entlastung zu bekommen. Danach erscheint eine verhaltenstherapeutische Angstkonfrontation Erfolg versprechender.

»Soziale Phobie« bei Narzisstischen Persönlichkeitsstörungen

Ähnlich sollte unseres Erachtens die Therapie bei narzisstisch gestörten Personen mit sozialen Ängsten durchgeführt werden. Diese kommen häufig mit den Einweisungsdiagnosen »Angst und Depression« und/oder »Soziale Phobie« in Therapie. Diese diagnostische Einschätzung ist aber ein Fallstrick, da sie die eigentliche Problematik nur oberflächlich erfasst, denn die Ängste stehen in einem funktionalen Zusammenhang mit der Persönlichkeitsstörung. Die Betroffenen fühlen sich oft als völlige Versager, weil sie gescheiterte Beziehungen oder einen Arbeitsplatzverlust erlitten haben. Ihr Vulnerabilitätsschutz (Fiedler 2000) und die damit verbundene Selbstwertstabilisierung funktioniert also aktuell nicht mehr und die zentrale **Selbstwertproblematik** tritt zu Tage. Dies äußert sich in Versagensgefühlen und sozialen Ängsten. Ein Selbstsicherheitstraining auf der Verhaltensebene würde der Persönlichkeitsstörung nicht gerecht werden, zumal die Patienten meistens über ausreichende bis gute soziale Fertigkeiten verfügen. Stabilisieren sich die äußeren Rahmenbedingungen wieder, können diese Patienten auf einer oberflächlichen Ebene wieder »sozial kompetent« funktionieren. Entscheidend sind hier psychoedukative Maßnahmen im Sinne einer frühzeitigen und verständnisvollen Aufklärung über typische narzisstische Einstellungen und Verhaltensmuster. Der Patient wird bezüglich seiner Einstellungen nicht kritisiert, sondern dabei unterstützt, seinen

Persönlichkeitsstil und die daraus resultierenden Defizite wie auch Ressourcen zu erkennen (Schmitz 2000). Die therapeutische Grundhaltung sollte eine Balance zwischen Wertschätzung und kritischen Rückmeldungen darstellen (Herpertz u. Saß 2003). Vor dem Hintergrund dieser Beziehung können dann die sozialen Ängste und die damit verbundene Selbstwertproblematik bearbeitet werden. Sachse (2001; 2002) empfiehlt die **Unterscheidung** zwischen zwei **Ebenen** beim persönlichkeitsgestörten Patienten:

- der Motivebene
- der Spielebene

Verhält sich der Therapeut komplementär zur Motivebene, so befriedigt er die zentralen Beziehungsmotive des Patienten und verbessert so die therapeutische Beziehung. Geht er aber auf die Spielebene ein, dann läuft er Gefahr, sich vom Patienten manipulieren zu lassen, wodurch nicht die zentralen Motive (wie z.B. Anerkennung oder Akzeptanz der Person des Patienten) befriedigt werden. Der pathologische Interaktionsstil des Patienten wird so aufrechterhalten.

Die Angst, in sozialen Situationen oder bei Leistungsanforderungen zu versagen, geht bei diesen Persönlichkeiten über das Gefühl von Peinlichkeit hinaus, das kennzeichnend ist für die Soziale Phobie nach DSM-IV-TR. Diese Patienten empfinden ein extremes **Schamgefühl**, das kognitiv etwa so umschrieben werden könnte: »Eigentlich habe ich gar keine Existenzberechtigung, es sei denn ich mache immer alles perfekt. Hoffentlich merkt niemand, wie ich wirklich bin.« Vor dem Hintergrund eines solchen Selbstbildes verbieten sich geradezu verhaltenstherapeutische Techniken, die darauf abzielen, sich Scham besetzten Situationen auszusetzen, um zu lernen, dass dies aushaltbar ist (sog. shame-attacking exercises in der rational-emotiven Verhaltenstherapie [Wessler u. Wessler 1980]). Erfolg versprechender ist das konkrete Einüben von alltagsrelevanten sozialen Situationen in Form von Rollenspielen. Dadurch soll der Patient auf für ihn schwierige soziale Situationen vorbereitet werden, um angemessen zu handeln und sich eben nicht zu blamieren. Hierzu ein klinisches Beispiel:

Ein 27-jähriger, narzisstisch gestörter Patient mit abgeschlossenem BWL-Studium kam mit den Diagnosen »Somatisierungsstörung« und »Soziale Phobie« in unsere Klinik. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung war trotz längerer ambulanter Therapie nicht gestellt worden. Er berichtete, er habe schon während der Studienzeit keine Praktika in Unternehmen gemacht, weil er Leistungsdruck und Versagenssituationen habe vermeiden wollen. Nach Abschluss des Studiums habe er es aus den gleichen Gründen eineinhalb Jahre vermieden, sich zu bewerben. In dieser Zeit habe er sich hauptsächlich mit seinen körperlichen Missempfindungen beschäftigt und sich zunehmend sozial zurückgezogen. Selbst der leistungsorientierte Vater würde mittlerweile Verständnis für seine »Krankheit« aufbringen. Der Patient sei der Meinung, wenn er eine Stelle annehme, dann müsse diese genau auf seine Bedürfnisse zugeschnitten sein und er wolle dann besondere Leistungen vollbringen. Sich langsam und mühsam einzuarbeiten könne er sich nicht vorstellen. Seine Studienkollegen hätten als Berufseinsteiger in kürzester Zeit große Erfolge verbuchen können, weswegen er sich jetzt um so mehr als Versager empfinde und sein Versagen in erster Linie auf seine körperlichen Missempfindungen zurückführe.

Der Patient wurde über seine Narzisstische Persönlichkeitsstörung aufgeklärt, was er zwar kognitiv gut nachvollziehen konnte, für ihn aber keine plausible Erklärung seiner Missempfindungen darstellte. Deswegen gingen wir möglichst transparent vor und erklärten ihm die therapeutische Strategie: Es sollten primär weder seine Missempfindungen beseitigt, noch seine »Soziale Phobie« bearbeitet werden (in der Gruppentherapie z. B. konnte er sehr gut seine Meinung vertreten). Wir boten ihm aber an, seine überhöhten Ansprüche an sich und seine Umwelt zu thematisieren. Außerdem bekam er die Aufgabe, Bewerbungsunterlagen anzufertigen und es wurden Bewerbungsgespräche in Rollenspielen eingeübt. Nachdem er sich überwunden hatte, in der Gruppentherapie über seine Ängste zu sprechen, bekam er von den Mitpatienten Rückmeldungen, die ihm halfen neue Sichtweisen aufzubauen. Die Missempfindungen bestanden am Ende der Therapie zwar nach wie vor, er bewertete diese aber als nicht mehr so belastend und benutzte sie auch nicht mehr als Ausrede für sein Vermeidungsverhalten. Hätten wir uns komplementär zu seiner Spielebene (Sachse 2002) verhalten, so hätten wir sein System aufrechterhalten.

Angst bei Selbstunsicheren (Ängstlich-Vermeidenden) Persönlichkeitsstörungen

Die Angst bei der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung im Sinne Millons (1983; 1996) resultiert aus der Bindungsstörung und dem damit nicht vorhandenen Vertrauen dieser Patienten in andere Menschen (Eisenberg u. Trautmann-Sponsel 2003). Gleichzeitig haben sie auch kein Vertrauen in sich selbst. Durch den daraus resultierenden Rückzug aus sozialen Beziehungen kommt es zu Defiziten im assertiven Verhalten. Ein rein auf der Verhaltensebene übendes Selbstsicherheitstraining, wie es Fiedler (2000) und Renneberg (1996) beziehungsweise Renneberg und Fydrich (1999) empfehlen, erscheint uns jedoch für diese Personen nicht ausreichend, da dies nichts an der grundlegenden negativen Einstellung zu sich selbst und an dem mangelndem Vertrauen in andere verändert. Auch hier bedarf es zusätzlicher kognitiver Techniken (Wälte 1999) und einer langfristigen stabilen (ambulant) Therapeut-Patient-Beziehung. So ist auch Reddemann (2000) der Meinung, dass interpersonelle Sicherheit die Voraussetzung für intrapersonelle Sicherheit darstellt. Bei Störungen, die in Millons (1996) evolutionärem Modell während der ersten Phase entstehen, geht es um eine grundlegende Sicherung der Existenz. Das grundlegende Bedürfnis dieser Menschen ist daher Sicherheit. Patienten mit einer Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung muss zunächst auf der kognitiven Ebene verdeutlicht werden, dass Vertrauen gerade nicht Sicherheit bedeutet, sondern je nach Situation eine variable Mischung aus Angst und Mut darstellt. Vertrauen macht es möglich, sich aufgrund einer aktiven eigenen Entscheidung in eine unsichere Situation zu begeben.

Forschungsarbeiten weisen auf eine hohe diagnostische Überlappung von Sozialer Phobie und Selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung hin. Bei der generalisierten Form der Sozialen Phobie findet sich eine Komorbidität von 70 bis 89% (Stangier et al. 2001), was die Frage aufwirft, ob es sich hierbei wirklich um eine Komorbidität zweier Diagnosen handelt (Koneremann u. Zaudig 2003). Beck et al. (1985) betonen die dysfunktionalen kognitiven Schemata als zentrale Ursache für die Entwicklung

der Sozialen Phobie. Clark und Wells (1995) erweitern diesen Ansatz um zwei Aspekte, die nach ihrem Modell für die Auslösung und Aufrechterhaltung entscheidend sind: Das Sicherheitsverhalten (wenn Vermeidung nicht möglich ist) und die exzessive Selbst-Fokussierung der Aufmerksamkeit, bei der verzerrte bildhafte Vorstellungen des sozialen Selbst auftauchen. Dass die damit verbundenen negativen Selbstbewertungen nicht durch neue positive Erfahrungen korrigiert werden (Stangier et al. 2001), könnte aber auch für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung sprechen.

In der Regel ist bei Patienten mit einer Ängstlich-Vermeidenden Persönlichkeitsstörung bereits eine gewisse Ich-Dystonie bezüglich ihrer Ängste und Einstellungen in dem Sinne gegeben, dass sie ihre Ängste in sozialen Situationen als Norm abweichend einschätzen. Dies erleichtert die Aufklärung über die Persönlichkeitsstörung und die Arbeit an den dysfunktionalen Einstellungen. Ein typisches Fallbeispiel aus dem klinischen Alltag:

Ein 21-jähriger Patient wurde wegen »rezidivierender Depressionen« und »sozialer Ängste« in unsere Klinik aufgenommen. Vorausgegangen war eine circa dreijährige ambulante tiefenpsychologische Therapie, bei der versucht worden war, die Autonomie des Patienten zu stärken. Nach dem Abitur war der Patient mit Unterstützung seines Therapeuten in eine eigene Wohnung gezogen und hatte eine Ausbildung als Zahntechniker begonnen. Versagensängste, anhaltende Konzentrationsstörungen am Arbeitsplatz, starke Einsamkeitsgefühle und rezidivierende Suizidfantasien hatten zur stationären Einweisung geführt. Bei Aufnahme wirkte der Patient subdepressiv und berichtete über seit Jahren bestehende soziale Ängste. Diese habe er aber über angepasstes Verhalten und modische Kleidung kompensieren können. Seitdem er versuche, sich von den Eltern zu lösen, fühle er sich mit der Verantwortung für sein Leben überfordert. Er wolle sich von den Eltern nicht mehr beeinflussen lassen, habe aber Angst, eigene Entscheidungen zu treffen. Seit seiner Kindheit träume er davon »etwas Besonderes« zu sein, empfinde sich im Vergleich zu anderen aber minderwertig und könne sein Aussehen nicht akzeptieren. Nach Angaben der Eltern sei der Patient »schon immer« ein Einzelgänger gewesen, habe auf Kritik sehr empfindlich reagiert und versucht es allen recht zu machen.

Mit dem Patienten wurde besprochen, welche interaktionellen Muster und welche dysfunktionalen Einstellungen sich »wie ein roter Faden« durch sein Leben ziehen und mit seiner Ängstlich-Vermeidenden Persönlichkeitsstörung zusammenhängen. Dadurch wurde ihm verständlich, dass ein Selbstsicherheitstraining nur auf der Handlungsebene ansetzt, an der Einstellung zu sich selbst und zu seinen Mitmenschen aber primär nichts verändert. Das heißt, es reicht nicht aus, nach außen selbstsicher aufzutreten, sich weiterhin aber unsicher und minderwertig zu fühlen. Außerdem litt dieser Patient nicht unter sozialen Ängsten, wenn er sicher war, gemocht zu werden. Deswegen wurde mit ihm in erster Linie an seinem Selbstbild gearbeitet und er wurde unterstützt, persönliche Entscheidungen mehr an den eigenen Bedürfnissen und weniger an der sozialen Erwünschtheit zu orientieren. Dadurch wurde ihm die Illusion genommen, dass ein selbstsicheres Auftreten sämtliche seiner Probleme lösen könnte. Außerdem wurde ihm erklärt, warum seine Probleme nicht durch einen zweimonatigen Klinikaufenthalt zu lösen seien. Dieses transparente Vorgehen war möglich, weil eine poststationäre ambulante Weiterbehandlung gewährleistet war. Im stationären Rahmen konnte der Patient vor allem in der Gruppentherapie von den Erfahrungen der Mitpatienten und deren Rückmeldungen profitieren. Das zusätzliche Selbstsicherheitstraining in der Gruppe erlebte er als hilfreich, wenn es seinen persönlichen Bedürfnissen angepasst war. Misserfolgerlebnisse mussten nachbesprochen und in Zusammenhang mit dysfunktionalen Einstellungen gebracht werden. Außerdem war es wichtig seine niedrige Frustrationstoleranz immer wieder zu thematisieren und diese als eine die Störung aufrechterhaltende Einstellung zu benennen.

Ängste bei Dependenten Persönlichkeitsstörungen

Angststörungen bei dependenten Persönlichkeiten entwickeln sich häufig im höheren Lebensalter (Trautmann-Sponsel 2003). Besonders die Panikstörung tritt bei Frauen mit Dependenter Persönlichkeitsstörung signifikant häufiger als bei Männern auf (Barzega 2001). Dependente Persönlichkeiten sind meistens in der Lage, sich frühzeitig in ihrem Leben an einen oder mehrere andere Menschen zu binden. Zu dieser Gruppe gehören typischerweise Personen, die ihren Ehepartner alle wichtigen Entscheidungen im Leben treffen lassen. Diese Menschen können lange Zeit unauffällig blei-

ben und verspüren keinen Leidensdruck, solange der Partner sich komplementär verhält. Zu Angststörungen kommt es, wenn der Partner krank wird oder stirbt, und sie dann eigenverantwortlich handeln müssten, was sie in ihrem Leben aber nicht gelernt haben. In dieser Lebenslage wird häufig keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, eben weil der/die Betroffene jahrelang gut »funktioniert« hat. Stattdessen wird eine Angststörung diagnostiziert, die aber der eigentlichen Problematik nicht gerecht wird. Außerdem ist kritisch zu prüfen, ob es sich wirklich um eine Angststörung handelt, oder ob lediglich eine Angstsymptomatik vorliegt. Therapeutisch entscheidend ist also die Gewichtung: Handelt es sich um eine Symptombildung im Sinne einer unangemessenen Reaktion einer auffälligen Persönlichkeit, oder besteht eine manifeste Angststörung bei ansonsten unauffälliger Persönlichkeit. Im Falle einer wirklichen Komorbidität von Angststörung und Persönlichkeitsstörung wäre zu prüfen, was die Angststörung ausgelöst hat.

Liegt die **Gewichtung** auf der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeit, so stellt sich der Therapeut für eine begrenzte Zeit als Beziehungspartner zur Verfügung und ermutigt den Patienten zum Aufbau von mehr Selbstständigkeit. Ein zentraler Aspekt in der Therapie dieser Patienten besteht darin, dass sie lernen, gerade auch gegenüber wichtigen Bezugspersonen – wie beispielsweise dem Therapeuten – Ärger und Unzufriedenheit zu äußern, ohne befürchten zu müssen, dass dies das Ende der Beziehung bedeutet. Solche Fertigkeiten müssen mit dem Patienten (z. B. durch Rollenspiele) konkret eingeübt werden. Das Ende der Therapie sollte frühzeitig gemeinsam mit dem Patienten festgelegt, rechtzeitig vorbereitet und nicht von der Befindlichkeit des Patienten vor Entlassung abhängig gemacht werden. Dadurch soll dem Patienten vermittelt werden, dass die Aufrechterhaltung der therapeutischen Beziehung nicht von seinem Wohlverhalten abhängt. Auch hierzu noch ein Fallbeispiel:

Eine 34-jährige Chemielaborantin wurde von ihrem Partner in unsere Klinik gebracht, weil sie sich die Anreise alleine nicht zugetraut hatte. Aufgrund von Heimweh wollte sie am liebsten gleich am ersten Tag wieder abreisen, wurde aber

vom Partner überredet, einen Therapieversuch zu machen. Nachdem der Partner abgereist war, verhielt sie sich gegenüber dem Therapeuten anklammernd, wollte möglichst viele Einzeltermine und fand immer wieder neue Gründe, warum sie den Therapeuten aufsuchte. Mit ihrem Partner telefonierte sie mindestens einmal täglich. Anlass der Aufnahme waren seit einiger Zeit zunehmende Versagensängste am Arbeitsplatz, in die sich die Patientin hineingesteigert hatte und die auch in ihrer Freizeit auftraten. In solchen Situationen hatte sie »panische Ängste« und wollte mit ihrem Partner ständig darüber reden. Seit Jahren vermied sie Aktivitäten ohne den Partner oder andere wichtige Bezugspersonen. Versagensängste bestanden seit der Kindheit, ebenso ihr dependentes Beziehungsmuster. Durch ihre anklammernde Art überforderte sie ihre Bezugspersonen, was zu ständigen Konflikten und zu Verlustängsten ihrerseits führte. Mit der Patientin wurden frühzeitig ihre dependenten Beziehungsmuster problematisiert und genau abgeklärt, ob sie diese auch wirklich verändern wollte. Auch wurde analysiert, welche Kosten (Sachse 2001) sie für eine Veränderung bereit war zu investieren. Erst nachdem die Veränderungsmotivation abgeklärt war, war es auch möglich, sie immer wieder bezüglich ihres Interaktionsstils (z. B. gegenüber dem Therapeuten) zu konfrontieren und Angst auslösende Situationen zu üben. In Paargesprächen wurde dem Partner erklärt, dass er durch sein komplementäres Verhalten in der Vergangenheit die »Symptomatik« beziehungsweise den Interaktionsstil aufrechterhalten hatte. Ihm wurde vermittelt, dass für eine anhaltende Veränderung bei seiner Partnerin auch eine Veränderung seines Verhaltens notwendig sein würde. Rein deskriptiv hätte man bei dieser Patientin eine Panikstörung diagnostizieren können. Die Vorhersagbarkeit (was die Patientin allerdings so nicht benennen konnte) und ihr spezifischer Umgang mit der Angstsymptomatik sprachen aber gegen die Diagnose einer Panikstörung und für die Diagnose einer dependenten Persönlichkeitsstörung.

Resümee

Zusammenfassend ist bei der Behandlung von Patienten mit Ängsten die Berücksichtigung ihrer Persönlichkeit richtungweisend für die weitere Therapie. Insofern ist eine präzise diagnostische Einordnung sowohl der Ängste als auch der Persönlichkeit von zentraler Bedeutung. Dabei sollten folgende Fragen geklärt werden: Handelt es

sich wirklich um eine Angststörung im Sinne einer eigenständigen Diagnose oder um eine Angstsymptomatik im Rahmen einer auffälligen Persönlichkeit beziehungsweise Persönlichkeitsstörung? Besteht eine Komorbidität zwischen einer Angststörung und einer Persönlichkeitsstörung? Wenn ja, welche Störung sollte zuerst behandelt werden beziehungsweise welche Gewichtung sollte der jeweiligen Störung im Rahmen eines Therapiekonzeptes gegeben werden?

Nach umfangreicher Literaturrecherche finden sich diesbezüglich kaum Beiträge in der Literatur und es scheint, dass bei persönlichkeitsgestörten Patienten Angststörungen zu häufig und Persönlichkeitsstörungen zu selten diagnostiziert werden. Im Vergleich zur Therapie von reinen Angststörungen ist hierbei eine andere Vorgehensweise erforderlich. Eine alleinige beziehungsweise zu frühe Angstkonfrontation erscheint bei persönlichkeitsgestörten Patienten kontraindiziert. Dysfunktionale Einstellungen, die sich aus der Persönlichkeit (sstörung) heraus ergeben und in einem funktionalen Zusammenhang mit der Angst stehen, müssen exploriert und mit dem Patienten problematisiert werden. Erst wenn der Patient eine gewisse Ich-Dystonie zu diesen Einstellungen aufgebaut hat, erscheint eine direkte Bearbeitung der Angstsymptomatik Erfolg versprechend. Dies kann durch Angstkonfrontation, Rollenspiele und Selbstsicherheitstraining geschehen. Insofern empfiehlt sich ein für den Patienten möglichst transparentes Vorgehen mit einem frühzeitigen Ansprechen der Persönlichkeitsproblematik. Darüber hinaus ist die Arbeit an der therapeutischen Beziehung ein zentraler Bestandteil der Therapie. Dadurch werden dem Patienten neue Beziehungserfahrungen ermöglicht, die auch zum Abbau seiner Angstsymptomatik beitragen können. Voraussetzung hierfür ist eine tragfähige und kontinuierliche therapeutische Beziehung mit für den Patienten nachvollziehbaren Regeln und Vorgehensweisen.

Literatur

- Arnold S, Joraschky P (1997). Angsterkrankungen. In: Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg.). Stuttgart, New York: Schattauer; 155-63.

- Barzega G, Maina G, Venturello S, Bogetto F (2001). Gender-related distribution of personality disorders in a sample of patients with panic disorder. *Eur Psychiatry* 16: 173-9.
- Beck AT, Freeman A (1993). Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Beck AT, Emery G, Greenberg RL (1985). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International University Press.
- Bienvenu OJ, Stein MB (2003). Personality and anxiety disorders: A review. *J Personal Disord* 17: 139-51.
- Bohus M (1999). Borderlinepersönlichkeitsstörungen. In: Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Bd. 2. Margraf J (Hrsg). Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 413-35.
- Bohus M, Haaf B (2001). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Störung im stationären Setting. In: Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis (4/2001). Tübingen: DGVT; 619-42.
- Caspar F (1989). Beziehungen und Probleme verstehen. Bern: Huber.
- Clark DM, Wells A (1995): A cognitive model of social phobia. In: *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. Heimberg RG, Liebowitz M, Hope D, Schneider F (eds). New York: Guilford; 69-93.
- 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.
- Driessen M, Beblo T, Reddemann L, Rau H, Lange W, Silva A, Berea RC, Wulff H, Ratzka S (2002). Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? *Nervenarzt* 9: 820-27.
- Dulz B, Jensen M (2000). Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten. In: *Handbuch der Borderline-Störungen*. Kernberg O, Dulz B, Sachsse U (Hrsg). Stuttgart, New York: Schattauer; 167-93.
- Dulz B, Schneider A (1995). *Borderline-Störungen. Theorie und Therapie*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Dyck IR, Phillips KA, Warshaw MG, Dolan RT, Shea T, Stout RL, Massion AO, Zlotnick C, Keller MB (2001). Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia. *J Personal Disord* 15: 60-71.
- Eckert J, Dulz B, Makowski C (2000). Die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut* 45: 271-85.
- Eisenberg A, Trautmann-Sponsel RD (2003). Das Konzept der Ängstlich-Vermeidenden Persönlichkeitsstörung nach T. Millon. *Persönlichkeitsstörungen* 7; im Druck.
- Fiedler P (2000). *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Frommberger U, Angenendt J, Berger M (1995). Die Behandlung von Panikstörungen und Agoraphobien. *Nervenarzt* 66: 173-86.
- Herpertz S, Gretzer A, Mühlbauer V, Steinmeyer EM, Saß H (1998). Experimenteller Nachweis mangelnder Affektregulation bei Patientinnen mit selbstschädigendem Verhalten. *Nervenarzt* 69: 410-8.
- Herpertz SC, Saß H (2003). *Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Thieme.
- Hoffmann SO (2000). Angst – ein zentrales Phänomen in der Psychodynamik und Symptomatologie des Borderline-Patienten. In: *Handbuch der Borderline-Störungen*. Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg). Stuttgart, New York: Schattauer; 227-36.
- Konermann J, Zaudig M (2003). Diagnostik und Differenzialdiagnostik der Angststörungen nach ICD-10. *Psychother Psychiatr Psychotherapeut Med Klin Psychol* 1: 72-85.
- Linden M (2003). Verhaltenstherapie: Theoretische und empirische Grundlagen sowie klinische Anwendungsprinzipien. In: *Psychiatrie und Psychotherapie*. 2. Aufl. Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P (Hrsg). Berlin, Heidelberg, Toronto: Springer; 681-710.
- Linehan MM (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Margraf J, Schneider S (1990). *Panik: Angstanfälle und ihre Behandlung*. Berlin: Springer.
- Millon T (1983). *Modern Psychopathology*. Prospect Heights Ill.: Waveland Press.
- Millon T (1996). *Disorders of Personality. DSM-IV and Beyond*. New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore: Wiley.
- Paris J (2000). Kindheitstrauma und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: *Handbuch der Borderline-Störungen*. Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg). Stuttgart, New York: Schattauer; 159-66.
- Raczek WW (1992). Childhood abuse and personality disorders. *J Personal Disord* 6: 109-16.
- Reddemann L (2000). Angst. In: *Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen*. Bronisch T, Bohus M, Dose M, Reddemann L, Unckel C. Stuttgart: Pfeiffer; 122-44.
- Renneberg B (1996). Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie bei Patienten mit selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung. In: *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie*. Schmitz B, Fydrich T, Limbacher K (Hrsg). Weinheim: Beltz; 344-58.
- Renneberg B, Fydrich T (1999). Verhaltenstherapeutische Therapieansätze in der Gruppenbehandlung der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörungen. In: *Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen*. Saß H, Herpertz S (Hrsg). Stuttgart, New York: Thieme; 159-70.
- Sachse R (2001). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Sachse R (2002). *Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- 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.
- Schmitz B (2000). Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In: *Praxis der Psychotherapie*. Senf W, Broda M Stuttgart: Thieme; 421-39.
- Stangier U, Trenk-Hinterberger I, Erfert N, Heidenreich T (2001). Soziale Phobie und Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung: Komorbidität und Behandlungsprognose in kognitiv-behavioraler Therapie. *Persönlichkeitsstörungen* 4: 248-62.
- Strauß B, Buchheim A, Kächele H (2002). *Klinische Bindungsforschung*. Stuttgart: Schattauer.
- Trautmann-Sponsel RD (2003). *Persönlichkeitsstörungen im Alter*. In: *Gerontopsychiatrie – Grundlagen, Klinik und Praxis*. Bergener M, Hampel H, Möller H-J, Zaudig M (Hrsg). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; im Druck.
- Trautmann-Sponsel RD, Zaudig M (2003). *Persönlichkeitsstörungen und Neurosen aus verhaltenstherapeutischer Sicht*. *Persönlichkeitsstörungen* 7; im Druck.
- Wälte D (1999). Kognitive Verhaltenstherapie bei der selbstunsicheren, vermeidenden Persönlichkeitsstörung. In: *Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen*. Saß H, Herpertz S (Hrsg). Stuttgart, New York: Thieme; 144-58.
- Wessler RA, Wessler RL (1980). *The Principles and Practice of Rational-Emotive Therapy*. San Francisco, Washington, London: Jossey-Bass.