



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

MENTALISIEREN IN KLINIK UND PRAXIS

Herausgegeben von Ulrich Schultz-Venrath

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

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

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

Die Einzelbände behandeln folgende Themen:

1. Band: Mentalisieren in Gruppen
2. Band: Mentalisieren bei Depressionen
3. Band: Mentalisieren mit Kindern und Jugendlichen
4. Band: Mentalisieren mit Paaren
5. Band: Mentalisieren des Körpers
6. Band: Mentalisieren bei Persönlichkeitsstörungen
7. Band: Mentalisieren bei Traumatisierungen (erscheint 2022)
8. Band: Mentalisieren bei Psychosen (erscheint 2022)

Weitere Bände in Vorbereitung

Unkorrigierte Fassung Klett-Cotta Verlag Stuttgart

Sebastian Euler

Mentalisieren bei Persönlichkeits- störungen

Unter Mitarbeit von Esther Stalujanis

Mit einem Geleitwort von Peter Fonagy

Klett-Cotta



Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

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

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von © photocase/like.eis.in.the.sunshine

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Altusried-Krugzell

Gedruckt und gebunden von XXXXXXXXXXXXXXX

ISBN 978-3-608-96288-8

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

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

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Inhalt

Geleitwort von Peter Fonagy	9
Danksagung	13
Vorwort	14
1 Persönlichkeitsstörungen	17
1.1 Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen in DSM-5 und ICD-11	20
1.1.1 DSM-5	21
1.1.2 ICD-11	23
1.2 Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)	26
1.3 Antisoziale Persönlichkeitsstörung (ASPS)	33
1.4 Narzisstische Persönlichkeitsstörung (NPS)	36
1.5 Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ÄVPS)	39
2 Mentalisieren bei Persönlichkeitsstörungen	43
2.1 Definition Mentalisieren	43
2.2 Entwicklungspsychologie des Mentalisierens	44
2.3 Dimensionen des Mentalisierens	46
2.3.1 Automatisches vs. kontrolliertes Mentalisieren	47
2.3.2 Internal vs. external fokussiertes Mentalisieren	48
2.3.3 Mentalisieren des Selbst vs. des Anderen	48
2.3.4 Kognitives vs. affektives Mentalisieren	49
2.4 Prämentalistische Modi	50
2.5 Bindung, Trauma und epistemisches Vertrauen	54
2.6 Operationalisierte Diagnostik des Mentalisierens	57
3 Mentalisieren bei spezifischen Persönlichkeitsstörungen	59
3.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) als Mentalisierungsstörung	59

3.2	Antisoziale Persönlichkeitsstörung (ASPS)	
	als Mentalisierungsstörung.....	63
3.2.1	Mentalisierungsdefizite bei ASPS und ihre Folgen	63
3.3	Narzisstische Persönlichkeitsstörung (NPS)	
	als Mentalisierungsstörung.....	66
3.4	Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ÄVPS)	
	als Mentalisierungsstörung.....	70
3.4.1	Bindung und ÄVPS	71
3.4.2	Beeinträchtigtes Mentalisieren bei ÄVPS	71

4 Metalisierungsbasierte Therapie (MBT)

	zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen	75
4.1	MBT als Behandlungsverfahren	75
4.2	Struktur der MBT	76
4.2.1	Fallformulierung	78
4.2.2	Krisenplan	78
4.3	Haltung und Technik der MBT	79
4.3.1	Therapeutische Haltung in der MBT	79
4.3.2	Techniken in der MBT	81
4.3.3	Mentalisieren einer spezifischen Situation	87
4.4	Adhärenzskala	89
4.5	Vergleich zu anderen evidenzbasierten Verfahren für Persönlichkeitsstörungen	91
4.5.1	Abgrenzung der MBT von der TFP	92
4.5.2	Abgrenzung der MBT von der DBT	92
4.5.3	Abgrenzung der MBT von der Schematherapie.....	93
4.6	Wissenschaftliche Evidenz	94
4.7	MBT-Gruppentherapie für Persönlichkeitsstörungen ...	96
4.7.1	MBT-Einführungsgruppe (MBT-I)	97
4.7.2	MBT-Gruppentherapie (MBT-G)	103
4.8	MBT in der stationären und teilstationären Behandlung von Persönlichkeitsstörungen	116
4.8.1	Bindung und <i>Epistemic Trust</i>	139

5 MBT bei spezifischen Persönlichkeitsstörungen	145
5.1 MBT der Borderline-Persönlichkeitsstörung	145
5.1.1 Umgang mit Selbstverletzung/Suizidalität	148
5.2 Fallbeispiel Borderline-Persönlichkeitsstörung	150
5.2.1 Behandlungsaufakt	150
5.2.2 Mentalisierungsdiagnostik	151
5.2.3 Therapieverlauf	154
5.2.4 Weiterer Therapieverlauf	162
5.3 MBT der antisozialen Persönlichkeitsstörung	167
5.3.1 Rahmenbedingungen der MBT im forensischen Setting	169
5.3.2 Therapieaufakt und Therapieziele bei Patienten mit ASPS	169
5.3.3 MBT-ASPS-Gruppentherapie	172
5.4 MBT der narzisstischen Persönlichkeitsstörung	175
5.4.1 MBT-Interventionen bei Patient*innen mit NPS	177
5.5 Fallbeispiel: Narzisstische/Antisoziale Persönlichkeitsstörung	180
5.6 MBT der Patient*innen mit ÄVPS	187
6 Schlussbemerkung	192
Literatur	194
Der Autor	219

Geleitwort von Peter Fonagy

Mentalisation based treatment was evolved out of psychodynamic psychotherapy in the 1990s to offer treatment to individuals with the diagnosis of borderline personality disorder (BPD). Since that time it has broadened to integrate numerous techniques with origins other than psychoanalysis but which all come together with a single purpose of enhancing the robustness of mentalizing in individuals whose genetic or social experience have left them with a developmental vulnerability to lose the capacity to think about others' and their own actions in mental state terms. Perhaps even more important, the systematic focus on mentalizing capacity enables therapists to avoid natural ways of interacting with their clients that may unduly challenge vulnerable mentalizing capacity and thus undermine recovery. Classical reviews of treatments offered to patients with BPD in the last century indicated that 97% who presented for treatment in the USA received outpatient care from an average of six therapists. An analysis of outcomes measured 2-3 years later suggested that this treatment as usual was at best only marginally effective (Lieb et al. 2004) and that most patients failed to improve or actually deteriorated. This suggests that psychotherapy (largely psychodynamic at the time) as practised then impeded the patient's capacity to recover and prevented them harnessing advantageous changes in social circumstances. In Michael Stone's (Stone 1990) classic follow-up of patients, 66% recovery rate was only achieved in 20 years. A re-think about treatment approaches was necessary called for. Perhaps the most important advantage of following MBT principles is the minimising of iatrogenic effects of interventions that have the potential to undermine mentalizing. Reading and following the recommendations of Sebastian Euler's excellent book will serve the-

rapist to avoid the harmful effect that well intentioned efforts at therapy can have for the groups of patients evocatively described by an experienced clinician with a wonderful eye for clinical detail.

What are the principles of the mentalizing approach? What do you do differently when working with people with a diagnosis of personality disorder but are aware of losing the capacity to mentalize? What will reading this very practical and clear guide to the MBT approach enable you to do? What will make you a better therapist?

Perhaps the central idea is respect. This book will teach you to respect the difference between one's own experience of one's mind and that presented by another person: respecting that the therapists' automatic assumptions about how their patients are experiencing the world may be wrong and respecting the patient's perspective even when it is wrong. Offering alternative perspectives is crucial to help patients gain insight but allowing the patient to reject them is equally essential whilst at the same time ensuring all perspectives are explored before any are abandoned. The clinician who feels able to re-consider his own perspectives – his mind changed by the patient's mind – will foster mentalization. Enabling the patient to reliably integrate their current experience of their mind with the alternative view presented by the clinician seems simple and may be easy with patients with mild to moderate psychopathology but is hard won with severe mental disorder and yet it is at the foundation of a change process. The patients described beautifully in this book are not in a position to make productive use of the alternative perspectives presented by their psychotherapist. Given their poor, sometimes very poor, appreciation of their own and others' understanding of mind, they are unlikely to be able to derive benefit from traditional (particularly insight-oriented) psychological therapies.

As the book details systematically with clarity but with also never losing sight of the essential humanity of the persons depicted, the patients whose mentalizing is ineffective present with schematic, rigid and sometimes extreme ideas about their own and others' states of mind. These exaggerated thoughts, beliefs and feelings can make them vulnerable to powerful emotional storms and apparently impulsive poorly planned actions, creating massive problems of

Unkorrigierte Fassung Klett-Cotta Verlag Stuttgart

affect and behaviour regulation. But understanding oneself and understanding others depend on the same mentalizing system. Without a coherent and robust capacity to mentalize the sense of self, an individual's sense of their own subjectivity, is likely to be inchoate, rapidly changing, shallow, inaccurate, unrealistic and self-serving. This will undermine and challenge their capacity to compare the validity of their own perceptions of the way their mind works with that which a 'mind expert' presents. Psychological interventions need modification as Sebastian Euler's book clearly illustrates. As the book also shows with some moving clinical examples, their unsatisfactory early attachment relationships and subsequent traumatic experiences give plenty of reasons why disruptions of mentalizing should be expected as a reasonable adaptation to unreasonable circumstances. But the book also shows that ineffective mentalizing in this groups of individuals is not one of a permanent deficit in what is an evolutionarily highly protected human function but rather that in some individuals, genetic vulnerability combined with unsupportive early experiences, including neglect and trauma, may create a vulnerability to a loss of mentalizing in conditions of high emotion. But therapists need to learn new techniques in order to adjust their work to the patient's needs and momentary capacities following the carefully detailed steps described in the book.

There is a beautiful paradox that runs through this book which Sebastian Euler solves for us all of us beautifully. As we all know from our personal experience mentalizing is vulnerable to intense attachment feelings. Any treatment for severely deprived individuals described in this book will (probably needs to) stimulate attachment to the clinician whilst asking the patient to reflect on, evaluate the accuracy of and potentially modify statements concerning their own mind states and those of others. Effective treatment lies in balancing these components against a background of gradually increasing complexity without inducing serious 'side effects' – to do so the MBT therapist needs to follow a carefully developed therapeutic strategy. You wish to know what these are? You could do no better than read this wonderful book which explains the problems and describes the solutions in steps that are easy to follow – to follow in the interest of

Unkorrigierte Fassung Klett-Cotta Verlag Stuttgart

the patient's recovery but also in the interest of the therapist's sense of self-efficacy and wellbeing.

July 2021

Peter Fonagy



Danksagung

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

Schließlich danke ich ganz besonders Ulrich Schultz-Venrath, der mich vor weit über zehn Jahren als Erster mit MBT in Verbindung gebracht und für die Methode begeistert hat. In diesem Zusammenhang gilt mein Dank außerdem dem Herausgaberteam von Klett-Cotta, namentlich Heinz Beyer und Katharina Colagrossi für die reibungslose Zusammenarbeit sowie Oliver Eller für die sorgfältige redaktionelle Bearbeitung.

Vorwort

In den letzten Jahrzehnten hat unser Verständnis von Persönlichkeitsstörungen eine grundlegende Wandlung erfahren. Dies betrifft unter anderem das Potenzial zur Remission und die Vielfältigkeit der Symptomatik, die psychosoziale Beeinträchtigung im Langzeitverlauf und besonders ihre psychotherapeutische Behandelbarkeit. Persönlichkeitsstörungen werden heute stärker als dimensionales Konstrukt denn als kategorial voneinander abgrenzbar betrachtet. Dieses Verständnis hat auch Eingang in die im Jahr 2013 publizierte 5. Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals (DSM-5) der American Psychiatric Association (APA; 2013) gefunden. Sie wird die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen in der 11. Auflage der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD-11) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ganz wesentlich kennzeichnen, die voraussichtlich 2022 herausgegeben und innerhalb einer mehrjährigen Übergangszeit eingeführt wird. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) wird hier als einzige spezifische Persönlichkeitsstörung klassifizierbar sein. Dafür ist nicht zuletzt die Tatsache verantwortlich, dass für die meisten anderen Persönlichkeitsstörungen nur wenige Forschungsbefunde vorliegen, die ihre Validität untermauern konnten. Neben der BPS können am ehesten die antisoziale (ASPS), die ängstlich-vermeidende (ÄVPS) und die narzisstische Persönlichkeitsstörung (NPS) als wissenschaftlich fundiert angesehen werden. Diese Persönlichkeitsstörungen gelten aufgrund ihrer Häufigkeit und den damit einhergehenden Schwierigkeiten in den Behandlungen auch klinisch als besonders relevant. Für diese vier Persönlichkeitsstörungen ist die spezifische Entwicklung von psychotherapeutischen Behandlungskonzepten daher am weitesten fortgeschritten (Euler & Walter 2020). Eines dieser störungsspezi-

Unkorrigierte Fassung Klett-Cotta Verlag Stuttgart

fischen Behandlungsverfahren ist die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT), die von Anthony Bateman und Peter Fonagy in den 1990er Jahren in einer Londoner Tagesklinik für Patienten mit BPS entwickelt wurde. Für die BPS liegen inzwischen gut replizierte Wirksamkeitsnachweise vor, sodass die MBT neben der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) als Behandlungsverfahren höchster Evidenz für die BPS gilt. Entsprechend hat sie sich vor allem in Europa und den USA rasch verbreitet. Für ASPS, ÄVPS und NPS liegen ebenfalls klinische Ausarbeitungen der MBT vor, während qualitativ hochstehende Forschungsbefunde für den Nachweis der Wirksamkeit für diese Persönlichkeitsstörungen bisher ausstehen.

In diesem Buch werden analog der neusten Auflage des Handbuchs »Mentalizing in Mental Health Practice« (Bateman & Fonagy 2019a) und der Vorgehensweise anderer Autoren (Euler & Walter 2020) die Anwendung der MBT für BPS, ASPS, ÄVPS und NPS behandelt. Es ist davon auszugehen, dass diese vier Persönlichkeitsstörungen als klinisch hoch relevante Entitäten in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik auch jenseits der Einführung der ICD-11 als deskriptive Diagnosen erhalten bleiben (Euler et al. 2018b). Dieses Vorgehen ist auch deshalb sinnvoll, weil die vier Persönlichkeitsstörungen unterschiedlich gelagerte Störungen des Mentalisierens aufweisen und differenzierte therapeutische Vorgehensweisen in der MBT erfordern.

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

Der vorliegende Band »Mentalisieren bei Persönlichkeitsstörungen« vermittelt somit auf die Leserschaft zugeschnitten den aktuellen Wissensstand und eine Anleitung für das praktische Vorgehen

Unkorrigierte Fassung Klett-Cotta Verlag Stuttgart

mit dieser Patientengruppe. Das Buch bietet damit allen in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Tätigen einen gut fundierten und aktuellen Überblick über das Konzept Mentalisieren und die Anwendung der MBT bei Persönlichkeitsstörungen. Es eignet sich aufgrund des Fokus auf Persönlichkeitsstörungen, in deren Behandlung die MBT ursprünglich entwickelt wurde und somit genuin verankert ist, auch bestens als Einführungslektüre (Bateman et al. 2019a).



KAPITEL 1

Persönlichkeitsstörungen

Für Persönlichkeitsstörungen wird aufgrund epidemiologischer Studien in der Bevölkerung eine Prävalenz von 10 % angenommen (Torgersen et al. 2001; Volkert et al. 2017). Persönlichkeitsstörungen sind in der aktuell noch vorherrschenden Betrachtungsweise der ICD-10 (Dilling et al. 2006) durch Verhaltens-, Gefühls- und Denkmuster gekennzeichnet, die von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung signifikant abweichen und sich in vielschichtigen Situationen bemerkbar machen. Diese sogenannten maladaptiven Muster im Bereich von Kognition, Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen, Affektivität und Impulskontrolle müssen zeitlich überdauernd vorhanden sein und zu Leiden oder Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen führen. Die Unterscheidung zwischen Persönlichkeitsvariante und Persönlichkeitsstörung ist primär eine Frage des quantitativen Ausprägungsgrades dieser Muster, ohne dass hier von einer klaren Grenzlinie ausgegangen werden kann (Fiedler & Herpertz 2016; Stieglitz & Ermer 2007).

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

Zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen existieren halbstrukturierte Interviews und dazu korrespondierende Screening-Fragebögen: der mit dem DSM-5 korrespondierende SCID-5-PD (Beesdo-Baum et al. 2019), der den auf dem DSM-IV basierenden

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

DSM-5 (2013)	ICD-10 (1990)
■ Paranoide PS (301.0) ■ Schizoide PS (301.2) ■ Schizotype PS (301.22) ■ Borderline-PS (301.83) ■ Histrionische PS (301.5) ■ Antisoziale PS (301.7) ■ Vermeidende PS (301.82) ■ Dependente PS (301.6) ■ Zwanghafte PS (301.4) ■ Narzisstische PS (301.81)	■ Paranoide PS (F60.0) ■ Schizoide PS (F 60.1) ■ Emotional instabile PS (F60.3) – Borderline-Typ (F60.31) – Impulsiver Typ (F60.30) ■ Histrionische PS (F60.4) ■ Dissoziale PS (F60.2) ■ Ängstliche PS (F60.6) ■ Abhängige PS (F60.7) ■ Anankastische PS (F60.5) ■ Narzisstische PS (F60.80) ■ Passiv-aggressive PS (F60.81)

SKID-II (Fydrich et al. 1997) abgelöst hat, und die mit der Klassifikation der ICD-10 korrespondierende International Personality Disorder Examination (IPDE, Loranger et al. 1994). Darüber hinaus können ergänzend Selbstbeurteilungsfragebögen zur dimensionalen Erfassung von spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen eingesetzt werden (Fiedler & Herpertz 2016). Obwohl die Diagnosestellung erst für das frühe Erwachsenenalter empfohlen wird (Fiedler 2011), kann eine Persönlichkeitsstörung gemäß DSM-5 (außer der ASPS) und ICD-11 bereits vor dem Alter von 18 Jahren gestellt werden.

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

Neben diesen Verlaufsuntersuchungen haben Forschungsbefunde zu den neurobiologischen Grundlagen von Persönlichkeitsstörungen wesentlich zu ihrem Verständnis beigetragen. Hier ist die For-

Unkorrigierte Fassung Klett-Cotta Verlag Stuttgart

schung allerdings auf die BPS und die ASPS fokussiert (Cummings 2015; Herpertz et al. 2018; Perez-Rodriguez et al. 2018). Für die anderen Persönlichkeitsstörungen gibt es nur vereinzelt neurobiologische Studien.

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

Psychotherapie wird als Methode erster Wahl bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen erachtet, während pharmakologische Behandlungsansätze in der Regel off-label (also außerhalb der Indikation, für die ein Medikament zugelassen ist) zur rein symptombezogenen Behandlung oder zur Behandlung von komorbid vorliegenden psychischen Störungen erfolgen (Doering & Sachse 2017). Obwohl Menschen mit Persönlichkeitsstörungen im Erlangen von Zufriedenheit und dem Erreichen persönlicher Ziele häufig sehr eingeschränkt sind, werden viele Aspekte der Störung als ich-synton erlebt, sodass die Patienten nicht immer aufgrund des eigenen Leidensdrucks therapiemotiviert sind. Darüber hinaus manifestieren sich Persönlichkeitsstörungen primär interaktionell. Diese Manifestationen zeigen sich auch in der Psychotherapie und stellen für Therapeut*innen zum Teil eine große Herausforderung dar (Fiedler & Herpertz 2016). Verschiedene therapeutische Methoden haben diesen spezifischen interpersonellen Schwierigkeiten für die Psychotherapie Rechnung getragen. Für den deutschsprachigen Raum sind hier die strukturelle Psychotherapie nach Rudolf (2013) und die

psychoanalytisch-interaktionelle Methode (PIM) nach Heigl/Heigl-Evers (Streeck & Leichsenring 2015) mit psychodynamischer Provenienz sowie die klärungsorientierte Psychotherapie nach Sachse und Mitarbeitern mit verhaltenstherapeutischer Provenienz zu nennen (Sachse et al. 2011). International und auch im deutschsprachigen Raum etabliert sind neben MBT und DBT nach Linehan (1993) die Übertragungsfokussierte Therapie nach Kernberg (TFP, Clarkin et al. 2008) und die Schematherapie nach Young und Mitarbeitern (Young et al. 2005). Diese vier Verfahren sind für die BPS evidenzbasiert (Cristea et al. 2017; Stoffers et al. 2012; Storebø et al. 2020) und bieten teilweise modifizierte Ansätze für andere Persönlichkeitsstörungen, so etwa die Schematherapie und die TFP für narzisstische Persönlichkeitsstörungen (Dieckmann 2014; Lohmer & Wernz 2019). Ihre Anwendung ist aber bisher nur klinisch evaluiert, sodass eine der zukünftigen Herausforderungen darin liegt, ihre Wirksamkeit auch empirisch zu untermauern.

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

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

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

Unkorrigierte Fassung Klett-Cotta Verlag Stuttgart

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

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

1.1.1 DSM-5

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

Im Kriterium A werden vier Fähigkeitsbereiche unterschieden: 1) Identität und 2) Selbststeuerung mit Bezug auf das eigene Selbst sowie 3) Empathie und 4) Nähe mit Bezug auf andere Menschen. Das Ausmaß der Beeinträchtigung in diesen vier Bereichen wird auf einer 5-stufigen Skala (0–4) erfasst. Daraus wird dann ein Gesamtwert (Funktionsniveau des Patienten insgesamt) angegeben. Für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ist mindestens eine mittelgradige Beeinträchtigung (Level 2) nötig. Das Kriterium A hat Ähnlichkeiten mit der Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD, 2006), welche überwiegend unter deutschsprachigen psychodynamisch orientierten Klinikern und Forschern verwendet wird. Level 2 der LPFS entspricht dort einem Strukturniveau von 2,5 (mäßig – gering; Zimmermann et al. 2015). Eine für den klinischen Gebrauch einsetzbare und gut validierte Screening-Methode zur Bestimmung des Kriterium A ist der LPFS-BF (deutsch: Kurzversion der Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit) mit 12 Items (Weekers et al. 2019; Zimmermann et al. 2020).

Kriterium B bezieht sich auf maladaptive Persönlichkeitseigenschaften mit 25 Facetten, die fünf übergeordneten Domänen (negative Affektivität, Verschlossenheit, Antagonismus, Enthemmtheit und Psychotizismus) zugeteilt sind. Die Persönlichkeitsfacetten werden anhand eines Persönlichkeitsinventars (PID-5; Zimmermann et al. 2014) mit 220 Items erfasst. In einer Kurzversion mit 36 Items können diese in Verbindung den sehr ähnlichen Traits der ICD-11 (s. u.) gemeinsam erfasst werden (PID-5-BF+; Bach et al. 2020; Kerber et al. 2019). Die ersten vier Domänen entsprechen in beiden Systemen in etwa den negativen Polen der »Big Five«-Persönlichkeitsdimensionen: emotionale Stabilität, Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit (Costa & McCrae 1992). Anhand der Einschätzungen der Kriterien A und B des AMDP im DSM-5 lassen sich die festgestellten dimensional Beeinträchtigungen sechs prototypischen Persönlichkeitskategorien zuordnen: antisoziale, ängstlich-vermeidende, Borderline-, narzisstische, zwanghafte und schizotype Persönlichkeit. Deshalb bezeichnet man das AMPD auch als Hybrid-Modell (Zimmermann et al. 2015). Wenn das Muster der Be-

Unkorrigierte Fassung Klett-Cotta Verlag Stuttgart

einträchtigung keinem der Typen entspricht, kann anhand der genannten Domänen eine sog. traitspezifische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden.

Erste Forschungsergebnisse zur klinischen Anwendbarkeit des AMPD zeigen, dass mithilfe des Kriteriums A ein möglicher Therapieabbruch im stationären Rahmen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen vorhergesagt werden kann (Busmann et al. 2019). Es bedarf jedoch weiterer Studien zur Beurteilung der klinischen und empirischen Relevanz des AMPD, um zu evaluieren, ob es in seiner relativen Komplexität auch im Praxisalltag anwendbar ist (Herpertz 2015; Zimmermann et al. 2015).

1.1.2 ICD-11

Grundsätzlich folgt die Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11 einem ähnlichen Ansatz wie das AMPD des DSM-5, löst jedoch die kategoriale Diagnostik der Vorversion vollständig ab. Dabei kann der Schweregrad einer Persönlichkeitsstörung ebenfalls anhand von Schwierigkeiten im Bereich des Selbst (Identität, Selbstwert, Selbstbild, Selbststeuerung) und der interpersonellen Beziehungen (Interesse, Empathie, Vertrautheit und Wechselseitigkeit in zwischenmenschlichen Beziehungen, Konfliktlösung) bestimmt werden. Kognitive, emotionale und behaviorale Manifestationen dieser Schwierigkeiten und ihrer psychosozialen Konsequenzen (Leiden und Einschränkungen im privaten und beruflichen Bereich) werden definiert und anhand des Grads ihrer Beeinträchtigung wird daraus eine leichte, mittelschwere oder schwere Persönlichkeitsstörung klassifiziert (s. Abb.1, S. ••). Zur Erfassung der drei Skalen wurde das Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder (SASPD) mit 9 Items entwickelt, das eine gute Reliabilität für die leichte und mittelschwere Persönlichkeitsstörung zeigt (Olaide et al. 2018), aber auch einige methodische Probleme aufweist (Rek et al. 2020). Wie oben erwähnt können die Merkmale beider Systeme gemeinsam mit dem PID-5-BF+ erfasst werden.

Zusätzlich zum Schweregrad können sogenannte Qualifikationsmarker (»Qualifier«) bestimmt werden. Diese entsprechen wie im

Kriterium B des AMPD den Persönlichkeitsmerkmalen negative Emotionalität, Distanziertheit, Dissozialität, Enthemmung. Anstelle des Psychotizismus wurde hier als fünfter Qualifikationsmarker Anankasmus aufgenommen (Bach & First 2018). Als sechster Qualifikationsmarker wurde zusätzlich das Borderline-Muster eingeführt. Die diagnostischen Merkmale von ICD-11 und Kriterium B des AMPD des DSM-5 sind in Tabelle 2 einander gegenübergestellt:

Tabelle 2: Die dimensionale Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11 und im AMPD (Kriterium B) des DSM-5

ICD-11 (Qualifier)	DSM-5 (Domänen)	
Negative Emotionalität	Negative Affektivität	Häufige negative Emotionen, emotionale Labilität, Probleme in der Emotionsregulation, geringes Selbstwertgefühl, Pessimismus und Misstrauen
Dissozialität	Antagonismus	Selbstbezogenheit, manipulatives Verhalten, Mangel an Empathie, Feindseligkeit
Enthemmung	Enthemmtheit	Impulsivität im Verhalten, hohe Ablenkbarkeit, Verantwortungslosigkeit und Mangel an Planung
Distanziertheit	Verschlossenheit	Soziale und emotionale Distanziertheit, Beziehungsvermeidung, Unnahbarkeit und Mangel an emotionalen Erfahrungen
Anankasmus	–	Perfektionistisch und rigide, Absicherungsverhalten in Entscheidungssituationen
–	Psychotizismus	Exzentrisch, ungewöhnliche Überzeugungen, Wahrnehmungsstörungen
Borderline		Instabilität in interpersonellen Beziehungen, im Selbstbild sowie in den Emotionen, Impulsivität und selbstschädigendes Verhalten

Eine BPS kann gemäß ICD-11 diagnostiziert werden, wenn folgende Merkmale vorliegen (nach Herpertz 2018):

- Einschränkungen des Selbstfunktionsniveaus manifestieren sich als mangelnde Kohärenz des Selbstkonzeptes, als Selbsthass bzw.

Unkorrigierte Fassung Klett-Cotta Verlag Stuttgart

Selbstverachtung, als chronische Gefühle innerer Leere und Selbstentfremdung

- Schwierigkeiten in der interpersonellen Beziehungsgestaltung gruppieren sich um den gleichzeitigen Wunsch nach und der Angst vor Nähe und Intimität mit den Merkmalen Übersensibilität gegenüber Zurückweisung, verzweifelter Bemühen, angenommene oder reale Ablehnung zu vermeiden, mangelnde Akzeptanz der Grenzen anderer, hohes Misstrauen und Argwohn sowie mangelnde Perspektivübernahme und verzerrte Interpretation sozialer Signale.
- Schließlich zeichnet sich das Qualifikationsmerkmal »Borderline« durch emotionale Eigenarten wie emotionale Übersensibilität, Stimmungsschwankungen und emotionales Hyperarousal sowie durch maladaptives Verhalten wie z.B. Selbstverletzungsverhalten, wiederholte Selbstmordversuche, riskantes Verhalten oder reaktiv-aggressives Verhalten aus, die dazu dienen, innere Anspannungszustände zu bewältigen.

Andere spezifische Persönlichkeitsstörungen als die BPS lassen sich in der ICD-11 nur noch näherungsweise über die Merkmale negative Affektivität und Dissozialität (NPS), niedrige negative Affektivität, Disinhibition und Dissozialität (ASPS) sowie Distanziertheit, negative Affektivität und niedrige Dissozialität (ÄVPS) kennzeichnen. Gemäß Hauser et al. (2021) ist die neue klassifikatorische Systematik für die ASPS mit Schwierigkeiten in der Begutachtung verbunden, während sie für die Behandlungsplanung durch die individuelle Bestimmung von Schweregrad und Problembereichen (Traits) durchaus Verbesserungen bringen könnte.

Grundsätzlich sind für jede Person mit einer leichten, mittelschweren oder schweren Persönlichkeitsstörung Kombinationen aus allen sechs Qualifikationsmarkern möglich. Das Kriterium einer seit der Kindheit und Jugend bestehenden anhaltenden Störung wird dadurch abgelöst, dass die Symptomatik – mit unbestimmtem Beginn im Lebensverlauf – mindestens zwei Jahre anhalten muss. Abbildung 1 bietet eine Übersicht über die Diagnosestellung von Persönlichkeitsstörungen.