

MOTIVORIENTIERTES INDIKATIONS- UND INTERVENTIONSMODELL FÜR DIE KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE BEI PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN (MIIM)

Motivation-oriented model for indication and intervention in cognitive-behavioral treatment of patients with personality disorders

Thomas Fydrich

Zusammenfassung

Persönlichkeitsstörungen werden als interpersonelle Interaktionsstörungen betrachtet, bei denen (dysfunktionale) Erlebens- und Verhaltensweisen unterschiedlich stark ausgeprägt sein können. In Anlehnung an das theoretische Modell der kognitiven Therapie (Beck et al., 1999) werden handlungsleitende Schemata und Kernmotive des interaktionellen Verhaltens für die im DSM-IV aufgelisteten 12 dysfunktionalen Persönlichkeitsstörungen (Persönlichkeitsstile) dargestellt. Auf der Basis dieser Schemata und Kernmotive wird ein Modell für die psychotherapeutische Indikation und Behandlung präsentiert (MIIM). In Abhängigkeit vom Grad der Ich-Syntonicität bzw. Ich-Dystonicität der Schemata und der Motive wird vorgeschlagen, in der Therapie eher symptom- bzw. eher interaktionsorientiert vorzugehen.

Schlüsselwörter Persönlichkeitsstörungen - Persönlichkeitsstile - Psychotherapie - kognitive Verhaltenstherapie - Indikation - Intervention - Therapiemotive - Diagnostik - interpersonelle Psychologie

Einleitung

Ein sehr großer Teil der im DSM-IV und der ICD-10 genannten Kriterien für die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen bezieht sich auf Erlebens- und Verhaltensweisen von Menschen in der Interaktion mit anderen. Mit gutem Grund können die unter diesen Rubriken beschriebenen psychischen Probleme daher als interpersonelle Interaktionsstörungen betrachtet werden. Zwischenmenschliche Interaktionen wiederum werden von unterschiedlichen Motiven der Handelnden gesteuert, wobei diese Motive jeweils von der individuellen Lebensgeschichte, der Sicht der eigenen Person und der Interpretation der Handlungen anderer abhängig ist. In diesem Artikel sollen die charakteristischen Motive für das Verhalten von Patientinnen und Patienten mit stark ausgeprägten Persönlichkeitsmerkmalen und Interaktionsstilen hypothetisch dargestellt werden. Im Extremfall können diese Merkmale des Erlebens und Verhaltens die Kriterien für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erfüllen. Auf der Basis dieser Kernmotive wird ein Modell für die psychotherapeutische Indikation und die Behandlung vorgeschlagen.

Summary

Personality disorders are seen as dysfunctional interpersonal patterns of perception and behaviour with individually different degrees of these characteristics. Based on the theoretical model of cognitive therapy (Beck, et al., 1999), schemas and core motives for interactional behavior are presented for 12 DSM-IV personality disorders (personality styles). A motivation-oriented model for indication and intervention in psychotherapy (MIIM) is presented based on the core motives and schemas. Depending on the degree of the ego-dystonic and ego-syntonic character of schemas and motives, it is suggested to focus more or less on the presented symptoms of the disorder or on the interpersonal interaction in psychotherapy.

Keywords personality disorder - personality styles - psychotherapy - cognitive-behavioral treatment - indication - intervention - treatment motivation - assessment - interpersonal psychology

Schon in den fünfziger Jahren wurden interpersonellen Konzepten in der Psychotherapie eine theoretisch und praktisch wichtige Bedeutung zugemessen (v.a. Leary, 1957; Sullivan, 1953). Vor allem Benjamin hat diese Konzepte weiterentwickelt und auf den Bereich der Persönlichkeitsstörungen übertragen (Benjamin, 1993, 1996). Im deutschsprachigen Raum wurde die besondere Bedeutung der interpersonellen Interaktion in den 90er Jahren aufgegriffen und weiterentwickelt. Sie ist explizit in einer Reihe von Publikationen bei Fiedler zu finden, der Persönlichkeitsstörungen als „komplexe Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens“ bezeichnet (Fiedler, 1998; 2000). Auch Ecker (Ecker & Dehmlow, 1996) sowie Schmitz et al. (1996) betonen in ähnlicher Weise die Sicht von Persönlichkeitsstörungen als interpersonelle Interaktionsstörung mit persistierenden, unflexiblen und sozial ungünstigen Auffälligkeiten im Erleben und Verhalten. Hinsichtlich der Vorstellungen und Modelle über die Ätiologie von Persönlichkeitsstörungen wird dabei das Verhalten der Betroffenen als ein aus der individuellen Lebensgeschichte nachvoll-

ziehbarer und sinnhafter, im weiteren Lebensverlauf aber untauglicher, dysfunktionaler Coping- oder Selbsthilfversuch zum Schutz der eigenen zwischenmenschlichen Verletzbarkeit aufgefasst (vgl. Schmitz et al., 1996, S. 5). Ebenso betont Sachse (1997) die Auffassung, dass die Verhaltensweisen von Personen mit Persönlichkeitsstörungen dysfunktionale Interaktionsstile sind und definiert demzufolge Persönlichkeitsstörungen als Beziehungs- oder Interaktionsstörungen (siehe auch Sachse, in diesem Heft). Eine gut fundierte Kritik des Konzepts „Persönlichkeitsstörung“ wird auch von Lieb (1998) vorgelegt. Als Alternative für die Beschreibung und Berücksichtigung entsprechender Persönlichkeitsmerkmale und -eigenschaften benutzt er den Begriff „Persönlichkeitszüge“.

Die Betrachtung interaktioneller Verhaltensweisen als für die Person und deren Interaktion mit anderen mehr oder weniger funktional, hilfreich, störend oder einschränkend steht in Kontrast zur klassisch-psychiatrischen, auf kategoriale Diagnostik ausgerichteten Bestimmung von Persönlichkeitsstörungen. Bei der merkmalsorientierten Konzeptualisierung geht es nicht primär um die Feststellung, ob eine Person im Sinne ihrer dominanten Erlebens- und Verhaltensweisen gestört oder nicht gestört ist und - gegebenenfalls - welche Störung jemand „hat“. Im Mittelpunkt dieser Form der Diagnostik steht vielmehr der Grad der Ausprägung von Merkmalen, die bei starker Präsenz für die Betroffenen und/oder die Umwelt dysfunktional und leidbringend sein können. Im Kontext der psychotherapeutischen Interaktion kommt somit der Unterscheidung von „gestört“ versus „nicht gestört“ bestenfalls die Bedeutung zu, dass damit eine Aussage über den Ausprägungsgrad der (möglicherweise dysfunktionalen) Merkmale gemacht wird. Von besonderer Wichtigkeit sind dagegen diejenigen Denk-, Erlebens- und Verhaltensweisen, die für die Gestaltung der zwischenmenschlichen Interaktionen relevant sind. Sind diese extrem oder „skurril“, können sie für die Betroffenen und/oder das soziale Umfeld zu umfangreichen Problemen führen.

Dieser Konzeptualisierung von Persönlichkeitsstörungen entspricht von methodischer Seite her die dimensionale Diagnostik von Persönlichkeitsmerkmalen, wie sie in der Differentiellen und Persönlichkeitspsychologie zu finden ist: Merkmale, Eigenschaften, Einstellungen und Verhaltensweisen werden so diagnostiziert, dass eine Aussage über den Ausprägungsgrad gemacht wird. Die sich an kategorialen oder prototypischen Kriterien orientierende Diagnostik nach ICD oder DSM hingegen reduziert diagnostische Entscheidungen letztlich auf quantitative „Sprünge“. Das Ergebnis ist damit eine Unterscheidung in „persönlichkeitsgestört“ oder „nicht persönlichkeitsgestört“, was die potentiell vorhandene Information drastisch reduziert und damit in der klinischen Praxis nachteilig ist, aber auch diagnostisch-methodisch problematisch ist (zur Problematik der kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen vgl. beispielsweise Livesley, 1991; Saß et al., 1996).

Das hier vorgestellte motivorientierte Indikations- und Interventionsmodell (MIIM) für die kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen beruht auf einer dimensional-sichtweisen der Verteilung von Persönlichkeits-

merkmalen. Es orientiert sich jedoch inhaltlich an den Charakteristika und Bestimmungsmerkmalen der im DSM-IV genannten Persönlichkeitsstörungen.

Das MIIM geht in Anlehnung an die bei Beck und Mitarbeitern (1999) erarbeiteten Prinzipien der kognitiven Therapie von Personen mit Persönlichkeitsstörungen von drei Grundannahmen aus (Beck et al., 1999; Pretzer, 1996; siehe auch Pretzer, in diesem Heft):

1. Personen mit stark ausgeprägten Merkmalen von Persönlichkeitsstörungen haben auf der Grundlage ihrer Lebenserfahrungen kognitive Schemata entwickelt, die ihre Art und Weise, wie sie sich selbst und die Welt um sie herum erleben, prägen. Diese Schemata können in dem Sinne als dysfunktional betrachtet werden, wie sie für die Personen selbst oder für ihre Interaktionen mit anderen hinderlich oder störend sind.
2. Die kognitiven Schemata können als eine Art „Filter“ (oder Grundeinstellungen) verstanden werden, durch den Menschen ihre Umwelt wahrnehmen, verstehen und auf der Grundlage dieser Wahrnehmungen und deren Interpretationen das eigene Verhalten steuern und ausrichten. Die „Filter“ stehen in engem Zusammenhang mit den handlungsleitenden Kernmotiven, die ebenfalls das Erleben und Handeln der Personen beeinflussen.
3. Das Erleben zwischenmenschlicher Interaktionen und die damit im Zusammenhang stehenden Motive haben somit handlungsleitende Funktion und können das (interpersonelle) Verhalten erklären. Handeln und Verhalten werden danach durch zwei Bereiche kognitiver Schemata sowie durch damit im Zusammenhang stehende (interaktionale) Motive bestimmt. Diese drei wesentlichen Aspekte sind:
 - a) das Selbstbild (Schema)
 - b) das Bild über andere Menschen (Schema)
 - c) Kernmotive für (interpersonelles) Verhalten

Der in diesen Punkten theoretisch angenommenen Zusammenhänge werden in Abbildung 1 schematisch verdeutlicht.

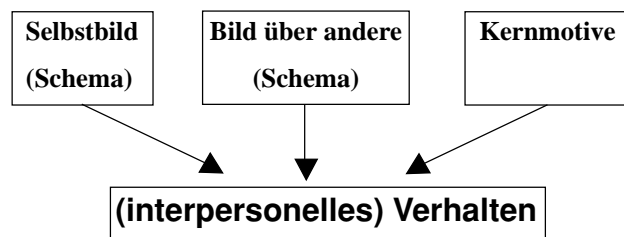


Abbildung 1: Schema über Zusammenhang zwischen handlungsleitenden Schemata, Motiven und (interpersonellem) Verhalten

Bezug zur Psychotherapie

Kognitive Interpretationsmuster und handlungsleitende Motive spielen nicht nur bei der Gestaltung interpersoneller Interaktionen von Patienten in ihrem Alltag eine bedeutsame Rolle und tragen ggf. auch zu Konflikten bei, sondern sie sind natürlich ebenfalls Hintergrund der Erwartungen der Patientinnen und Patienten an die Therapie und bestimmen damit wesentlich die Therapeut-Klient-Interaktion. Damit ist es für die Planung und Gestaltung der therapeutischen Beziehung und die psychotherapeutische Intervention, besonders bei Personen mit ausgeprägten Persönlichkeitsmerkmalen, wichtig, Kenntnisse über die vonseiten des Patienten zu erwartenden kognitiven Grundannahmen, die zentralen (handlungsleitenden) Motive und damit der antizipierbaren Interaktionsmuster zu haben.

Für die Behandlung von Personen mit stark ausgeprägten Persönlichkeitseigenschaften ist es daher wichtig, neben Kenntnissen über die „Indexstörung“ und ihre Behandlung (Problem, welches Anlass für die Aufnahme der Behandlung ist) besonders auch Kenntnisse über die spezifischen kognitiven Muster und interaktionellen Motive zu haben, damit diese bei der Gestaltung und Planung der Therapie berücksichtigt werden können (Störungswissen und Interaktionswissen). Ohne diese (theoretischen) Kenntnisse und ohne adäquate Berücksichtigung dieser Motive seitens des Therapeuten oder der Therapeutin wird der Aufbau einer therapeutischen Arbeitsbeziehung und damit die Durchführung der Behandlung deutlich erschwert oder nicht möglich sein. Das vorgeschlagene motivorientierte Indikations- und Interventionsmodell (MIIM) erlaubt es, zentrale Motive des (interaktionellen) Verhaltens von solchen Patientinnen und Patienten zu erkennen, die ggf. Kriterien einer (oder mehrerer) Persönlichkeitsstörungen erfüllen.

Für die Therapieplanung ist es von besonderer Bedeutung, wie die spezifische Behandlung der Indexstörung, gegebenenfalls die Behandlung von Aspekten einer Persönlichkeitsstörung und die Gestaltung der therapeutischen Interaktion aufeinander abgestimmt werden. Das MIIM soll auch hierzu Hilfestellungen geben. Wie dies konkret berücksichtigt werden kann, wird im Rahmen eines Fallbeispiels über die psychotherapeutische Behandlung eines Patienten mit einer spezifischen Phobie, der zusätzlich die Kriterien für die Diagnose einer paranoiden Persönlichkeitsstörung erfüllte, exemplarisch dargestellt (Fydrich, in diesem Heft).

Kognitive Schemata und Kernmotive für Personen mit Merkmalen von Persönlichkeitsstörungen

In Tabelle 1 werden entsprechend des in Abbildung 1 dargestellten kognitiven Modells der Handlungsregulierung für die im DSM-IV aufgeführten Persönlichkeitsstörungen (inklusive der im Anhang genannten negativistischen / passiv-aggressiven und depressiven) in prototypischer Weise die zentralen Kognitionen (Selbstsicht, Sicht der anderen), die handlungs-

leitenden Kernmotive sowie Verhaltensweisen in Stichworten charakterisiert.

Im Folgenden werden die entsprechenden Kognitionen (Schemata) hinsichtlich der Grundeinstellungen über die eigene Person und die Sicht anderer Menschen sowie die Motive und typische Verhaltensweisen für die einzelnen Persönlichkeitsstile aufgeführt. Diese werden jeweils durch die Bedeutung ergänzt, die aus diesen Einstellungen und Motiven für die Beziehung zum Therapeuten resultieren. Um die entsprechenden Sichtweisen der Personen sowie deren Motive deutlich zu machen, wird hier die wörtliche Rede als Darstellungsform gewählt. Dabei ist jedoch wichtig, dass den Patientinnen und Patienten mit entsprechenden Persönlichkeitsstilen ihre eigenen Kognitionen und Intentionen in dieser Weise in der Regel nicht präsent sind.

Paranoide Erlebens- und Denkweise

„Mir ist es schon so oft passiert und es geschieht immer wieder, dass andere mich ausnutzen, sich gegen mich verschwören und ich systematisch benachteiligt werde. Andere sind darauf aus, mir meine Rechte und Möglichkeiten zu beschneiden, um sich selbst in Vorteil zu bringen. Ich muss immer auf der Hut sein, dass mir derartiges Unrecht nicht dauernd widerfährt. Ich muss wachsam sein, mich daher anderen gegenüber zurückhalten, und diese mit einem hohen Maß an Aufmerksamkeit beobachten und dabei versuchen, deren Motive im Blick zu behalten, so dass mir kein Schaden zugefügt wird.“

Auch der Therapeut ist jemand, bei dem ich aufpassen muss, dass er die Informationen, die er von mir bekommt, nicht gegen mich einsetzt. Es wird ja schließlich dafür bezahlt, dass er mein Advokat ist und mich behandelt. Dies ist aber nicht selbstverständlich, sondern ich muss selbst darauf achten, dass er mir nützlich ist. Daher werde ich jeden seiner therapeutischen Schritte und seine Aktivitäten genau beobachten und die Kontrolle über den Ablauf der Therapie nicht aus der Hand geben.“

Schizoide Erlebens- und Denkweise

„Ich liebe es, allein zu sein und in meiner eigenen Welt zu leben. Ich weiß, wer ich bin und was mir wichtig ist. Ich komme im Leben gut alleine klar und ich gehe meinen Weg. Kontakte zu anderen können zwar recht nett sein, sind aber nicht unbedingt notwendig, um ein Leben zu führen, was einigermaßen in Ordnung ist. Zurückgezogenheit und Unabhängigkeit sind wichtige Tugenden. Die Meinung und Einstellung anderer ist mir ziemlich gleichgültig. Die so genannte Kontaktfreudigkeit anderer grenzt doch zu oft nur an Aufdringlichkeit und Distanzlosigkeit. Wenn ich Kontakte zu anderen haben, so werde ich darauf achten, dass diese nicht zu intensiv und zu verbindlich sind, da bei einem zu hohen Grad an Nähe die Verpflichtungen zunehmen. Dies kann doch sehr lästig sein. Richtig enge Freunde oder gar einen Freund bzw. eine Freundin fürs Leben habe ich nicht und eigentlich auch noch nie vermisst.“

Ich hoffe, dass mein Therapeut erkennt, dass ich auf Sozialkontakte nicht angewiesen bin und dass er meine Selbständigkeit und Zurückgezogenheit akzeptiert.“

Tabelle 1: Schemata und Kernmotive bei unterschiedlichen Persönlichkeitsstilen (in Anlehnung an Beck et al., 1999)

| Persönlichkeitsstil | Selbstbild (Schemata) | Bild über andere (Schemata) | Kernmotive | Handeln - Verhalten |
|-----------------------------------|---|---|---|--|
| paranoid | - gerecht - edel - rechtschaffen - harmlos - schuldlos - verletzbar, Opfer | - einmischend - auf eigene Vorteile bedacht - falsch - heimtückisch - verschwörerisch | - Schutz vor Verletzung - Benachteiligung und Ausnutzung vermeiden | - Wachsamkeit - Misstrauen, Argwohn, Zurückhaltung - Nähe vermeiden - andere beschuldigen - "Gegenangriffe" - nachtragend sein |
| schizoid | - selbständig - selbstgenügsam - unabhängig - rational - Einzelgänger | - aufdringlich - distanzlos | - in Ruhe gelassen werden - ungestört sein | - Abstand halten, Kontakte meiden - sich zurückziehen - isoliert leben - sich selbst beschäftigen |
| schizotypisch | - ahnungsvoll - tiefgründig - sensibel - empfindsam - gutherzig | - leichtfertig - oberflächlich - unecht, falsch | - Verletzungen vermeiden - der (gefährlichen) Welt gewappnet sein - aufmerksam auf Gefahren lauern | - Vorsicht - Argwohn - Distanz halten |
| dissozial | - stark - berechtigt - besonders - autonom - über dem Gesetz stehend - unverletzlich - abenteurerlich | - verletzbar - schwach - "Abschaum" - "Dummköpfe" - rechtlos - ausnutzbar | - Suche nach positiven Gefühlen - Hol' Dir, was Du kriegen kannst! | - fordern - Risiken eingehen - betrügen - manipulieren |
| borderline | - lebendig - instabil, wechselhaft - autonom und dennoch abhängig - spontan - empfindsam - verletzlich, hilflos - kompliziert - wertlos, nicht liebenswert | - unzuverlässig - kümmern sich nicht genug - ausnutzend - auf eigene Vorteile bedacht - verletzend aber auch stützend - absolut notwendig - lebensrettend | - Leere vermeiden - emotionalen Schmerz vermeiden - absolute Anerkennung und unbedingte Akzeptanz suchen | - Hilfe suchen - Ansprüche stellen - Nähe suchen - Abstand halten - Impulsivität (z.B. Selbstverletzungen, Suizidversuche, Wutausbrüche) |
| histrionisch | - schillernd - emotional - gesellig - besonders - bezaubernd - eindrucklich | - verführbar - beeinflussbar - zu beeindrucken - Bewunderer - potentiell beständig | - Besätigung suchen - Besonderheit zeigen und spontan ausdrücken - Im Mittelpunkt sein - Eigene Werte zeigen | - theatralisch - charmant - Emotionen deutlich zeigen - "Schatten" vermeiden - Gesellschaft suchen |
| narzisstisch | - außergewöhnlich - einzigartig - selbstbewusst - (sonder-) berechtigt - überlegen - leistungsorientiert - benachteiligt | - minderwertig - Diener - Bewunderer | - Hol' Dir die berechtigte Bewunderung und die besondere Behandlung, die Du verdienst | - prahlen - konkurrieren - manipulieren - andere abwerten - andere ausnutzen - sich in den Mittelpunkt stellen - unterlegene Personen suchen |
| selbstunsicher | - verletzbar - selbstkritisch - sozial ungeschickt - minderwertig - unfähig | - kritisch - demütigend - überlegen - kompetent | - eigene Unfähigkeit und Schwäche verstecken | - Zurückhaltung - Vermeidung sozialer Situationen - Schweigen - Selbstkritik |
| dependent | - anhänglich - loyal - treu - schwach - unsicher bei Entscheidungen - allein hilflos | - stark - fürsorglich - helfend - wissend - kompetent | - unbedingt andere verfügbar haben; - Fehler vermeiden | - andere fest binden - mit Lob überschütten - sich unterordnen - sich aufopfern - dankbar sein |
| zwanghaft | - verantwortungsbewusst - genau, korrekt - pflichtbewusst - sorgfältig - gewissenhaft - kompetent | - nachlässig - schlampig - unfähig - zügellos - machen Fehler | - Perfektionismus - Kontrolle behalten - auch andere sollten perfekt sein | - Regeln genau beachten - kontrollieren - bewerten - (andere) kritisieren, strafen - hohe Ansprüche stellen (an sich selbst und andere) |
| negativistisch (passiv-aggressiv) | - selbständig - autonom - verletzbar - kritisch | - aufdringlich - inkompetent - kontrollierend - fordernd - beherrschend | - Kontrolle nicht abgeben - Autonomie erhalten oder wiederherstellen - vor Ausnutzung schützen | - (passiver) Widerstand - Regelverstöße - nach Anerkennung suchen - sich verschließen |
| depressiv | - wertlos - ziellos - hoffnungslos - inkompetent - kann nichts meistern | - wertvoller - kompetenter - enttäuschend - fern | - erwarte nichts Positives! - Sei auf das Negative vorbereitet | - Inaktivität - Hilfe suchen - klagen |

Schizotypische Erlebens- und Denkweise

„Ich bin mir sicher, dass andere recht oberflächlich sind in dem, wie sie leben und was sie tun. Es gibt sehr viel mehr Kräfte auf der Welt, als diese ahnen. Ich weiß von solchen Zusammenhängen und Mächten, habe einen Sinn, drohende Gefahren zu ahnen und bin daher sehr vorsichtig und achtsam bei dem, was ich tue. Es ist gut, mit allen Sinnen auch auf scheinbar zusammenhanglose Ereignisse zu achten und dabei tiefgründig und empfindsam die Wahrnehmungen, Gedanken und Gefühle sowohl von sich selbst als auch die anderer ernst zu nehmen. Es ist auch wichtig, sich an bestimmte Regeln zu halten, auch wenn die Sinnhaftigkeit für andere oft nicht nachzuvollziehen ist. Ich brauche daher sensible Freunde, die sich um mich kümmern und aufmerksam meine Empfindungen respektieren.“

Ich hoffe, dass der Therapeut ebenfalls sensibel und echt ist und nicht oberflächlich, technisch oder gar ignorant meine Bedürfnisse missachtet, über meine Fähigkeiten hinweggeht oder diese gar als Spinnerei abwertet.“

Dissoziale Erlebens- und Denkweise

„In dieser Welt muss man darauf achten, dass man auf seine Kosten kommt und etwas vom Leben hat. Ich bin eine Person, für die die normalen Regeln des sozialen Umgangs und der Gesellschaft nur so lange gelten, wie sie mich in meinem Tatendrang nicht einschränken. Für tolle Erlebnisse, Erfahrungen und Reize gehe ich jedes Risiko ein. Frustrationen kann ich auf keinen Fall dulden. Ich nehme mir, was ich bekommen kann - auch auf Kosten anderer. Dass durch mein Verhalten andere zu kurz kommen, deutliche Nachteile erfahren oder gar betrogen werden, ist mir nicht wichtig. Die brauchen sich das ja nicht gefallen zu lassen. Insgesamt gilt das Recht des Stärkeren und Geschickteren!“

Wenn ich schon in einer Therapie bin, so muss ich auf jeden Fall darauf achten, dass ich mir mit möglichst wenig Aufwand möglichst viele Vorteile verschaffe. Daher werde ich den Therapeuten für meine Ziele einspannen. Möglicherweise muss ich ihn dazu auch mal „übers Ohr hauen“ oder ihn dazu be nutzen, anderen gegenüber besser dazustehen.“

Borderline Erlebens- und Denkweise

„Ich bin eine selbständige und autonome Person und ich möchte, dass andere dies unbedingt anerkennen. Ich liebe die Spontaneität, die Freiheit und die Kreativität. Das Problem ist jedoch, dass ich keine liebenswerte Person bin. Gerade deshalb ist es wichtig für mich, von (mindestens einem) Menschen bedingungslos anerkannt und akzeptiert zu werden. Ich muss es schaffen, die oft empfundene Leere und das Sinnlosigkeitsgefühl zu überwinden. Es ist wichtig, dass ich meinen aktuellen emotionalen Stimmungen traue und dementsprechend intensiv lebe. Oft kann ich die Leere und den inneren Schmerz nicht aushalten, und ich muss daher mich selbst verletzen, damit ich den Schmerz wieder ein wenig kontrollieren kann oder um damit andere, die oft nicht bedingungslos für mich da sind, an mich zu binden.“

Die Therapie ist eigentlich meine Lebensrettung. Je nachdem, wie die Therapeutin oder der Therapeut sich verhält und was in der Therapie gemacht wird, kann diese aber auch überflüssig und nervig sein. Damit sie aber überhaupt erfolgreich sein kann, brauche ich die ungeteilte Aufmerksamkeit und die unbedingte Anerkennung der Therapeutin. Sie muss ganz für mich da und immer verfügbar sein. Sie muss mir eine stabile Beziehung und absolute Akzeptanz bieten. Damit ich diese Sicherheit in der Therapie bekomme, muss ich die Ernsthaftigkeit der therapeutischen Beziehung immer wieder prüfen.“

Histrionische Erlebens- und Denkweise

„Es ist wichtig und gut für mich, im Mittelpunkt zu stehen. Nur dadurch gelingt es, von anderen beachtet und bewundert zu werden. Das Leben ist zu kurz, um es in einer Ecke zu verbringen und ein Schattendasein zu führen. Ich bin ein besonderer Mensch und ich befürchte, dass ich nicht beachtet werde, wenn ich mich nicht zeige. Ohne die Aufmerksamkeit anderer bin ich nichts und kann mein Selbstwertgefühl nicht aufrechterhalten. Nicht beachtet zu werden und nicht wichtig zu sein, würde mich sehr verletzen. Daher brauche ich ständige Aufmerksamkeit. Wenn ich diese nicht automatisch bekomme, werbe ich darum, indem ich charmant bin und mich selbst mit meinen Stimmungen deutlich zeige.“

Auch gegenüber meinem Therapeuten ist es wichtig, dass dieser mich beachtet und ich ihm gefalle. Von ihm abgelehnt zu werden wäre sehr schmerzhaft für mich. Ich erwarte aber auch, dass er mich so annimmt, wie ich bin, und dass er mich anerkennt, mich lobt und meine Besonderheit berücksichtigt.“

Narzisstische Erlebens- und Denkweise

„Ich weiß, dass ich ein toller Typ bin und viele Fähigkeiten habe. Ich bin eine außergewöhnliche Person und als solche auch einzigartig. Andere Menschen sind eben durchschnittlich und insgesamt weniger fähig als ich. Mir gebühren Aufmerksamkeit und Achtung, und daher sollten andere mir nicht im Weg stehen. Wenn ich irgendwo erscheine, dann sollte ich die Beachtung bekommen, die mir gebührt. Das bedeutet auch, dass ich berechtigt bin, zu entsprechend hoch stehenden oder qualifizierten Personen Kontakt zu haben. Zudem kann ich von anderen gewisse Dienstleistungen verlangen. Hierbei ist das Beste gerade gut genug für mich.“

Ich muss auf jeden Fall darauf achten, dass ich einen guten Therapeuten bekomme. Dieser muss in besonderer Weise qualifiziert sein und sich um mich auch in besonderer Weise kümmern. Kurz: Ich benötige eine besondere Therapie und einen besonderen Therapeuten. Das sollte ein Therapeut erkennen und berücksichtigen. Zudem erwarte ich von ihm absolute Professionalität und Engagement.“

Selbstunsichere Erlebens- und Denkweise

„Ich möchte gern mehr und engeren Kontakt zu anderen Personen haben. Vor allem aber ist es wichtig für mich, dass andere mich mögen und schätzen. Ich befürchte jedoch, dass ich weniger wert, weniger attraktiv und weniger intelligent bin als andere. In sozialen Situationen verhalte ich mich ausgesprochen ungeschickt und verkrampft. Andere Menschen

sind locker und haben keine Schwierigkeiten mit ihrem Selbstwert. Ich brauche mehr Selbstwertgefühl und mehr Selbstsicherheit! Von anderen werde ich genau beobachtet und bewertet. Für mich ist es daher wichtig, dass andere meine Unzulänglichkeiten auf keinen Fall entdecken. Es ist schon schlimm genug, dass ich all diese Schwächen habe; wenn andere diese aber auch noch sehen, werde ich noch mehr abgelehnt, als dies ohnehin schon der Fall ist. Daher verberge ich mich selbst, lasse anderen den Vortritt, halte mich von Gesellschaften fern oder aber - wenn ich schon mit anderen zu tun habe - bleibe im Hintergrund, um nicht negativ aufzufallen.

Vor meinem Therapeuten schäme ich mich ebenfalls für meine Schwächen. Ich hoffe, dass er meine Unzulänglichkeiten nicht zu sehr erkennt; denn wenn auch er mich ablehnt, weiß ich nicht, was ich noch tun kann."

Dependente Erlebens- und Denkweise

„Entscheidungen zu treffen ist eine Qual. Gut, dass es (wenigstens) einen Menschen gibt, dem ich vertraue und der mir bei allem hilft, was ich entscheiden muss. Ich könnte mir überhaupt nicht vorstellen, allein zu sein; mehr noch, allein bin ich lebensuntüchtig. Es ist daher für mich sehr wichtig, dass ich immer jemanden an meiner Seite habe, der weiss, was richtig und falsch, was gut und schlecht ist. Es wäre eine Katastrophe, wenn ich verlassen würde und auf mich allein gestellt wäre. Dann müsste ich auf jeden Fall sofort wieder jemanden finden, der mir beisteht. Daher halte ich besonders an der für mich wichtigsten Person fest. Ich bin treu und loyal und akzeptiere Menschen, so wie sie sind.

Es ist gut, dass ich jetzt einen kompetenten Therapeuten gefunden habe. Der weiß, was gut für mich ist und ich bin daher willens, alles, was er mir sagt, sehr genau zu nehmen und auch zu befolgen."

Zwanghafte Erlebens- und Denkweise

„Es ist absolut wichtig, das Leben nach ganz bestimmten Regeln zu leben. Diese müssen sowohl für den privaten als auch den beruflichen Bereich mit Sorgfalt befolgt werden. Dabei ist es bedeutsam, nicht hinter klare Standards und hinter bestimmte Grundwerte zurückzugehen. Regeln sind dazu da, um eingehalten zu werden; Werte müssen erhalten bleiben. Wenn ich andere beobachte, wird mir deutlich, dass diese doch meist sehr locker und schlampig mit sich und den ihnen gestellten Aufgaben umgehen und viele Fehler machen. Daher übernehme ich Aufgaben lieber selbst, als dass sie von anderen übernommen und - wenn überhaupt - unzulänglich und nachlässig erledigt werden. Es fällt mir auch schwer, zu delegieren. Andere erreichen den notwendigen Qualitätsstandard doch meist nicht.

In meiner Therapie ist es wichtig, auf jeden Fall alle therapeutischen Aufgaben genau und sorgfältig zu erledigen und darauf zu achten, was der Therapeut von mir verlangt. Ich erwarte aber auch, dass der Therapeut ein Profi ist, der sein Handwerk versteht und gewissenhaft ausübt."

Negativistische (passiv-aggressive) Erlebens- und Denkweise

„Ich bin ein autonomer Mensch und habe alles Recht dazu, meine Autonomie zu erhalten. Andere tendieren dazu, mich ständig auszunutzen und mich herumzukommandieren. Meine Vorgesetzten und Kollegen sind auch nicht mehr wert als ich und bilden sich ein, mit mir machen zu können, was sie wollen. Daher ist es wichtig, dass ich in allen Situationen die Kontrolle behalte und - wenn überhaupt - die Dinge nach meiner Art und in meinem Tempo erledige und dafür trotzdem die gebührende Anerkennung bekomme. Um mich vor Ausnutzung zu schützen, ist es besser, die Aufgaben liegen zu lassen. Dann gewöhnen sich andere nicht daran, dass ich für sie die Routinearbeiten oder minderwertige Arbeiten erledige. Meine Tätigkeiten werden sowieso nicht oder nur unzureichend gewürdigt; ich werde oft missverstanden und hintergangen. All das passiert, weil ich oft persönliches Unglück hatte und weil andere mir in ungerechtfertigter Weise vorgezogen wurden. Ich muss daher darauf achten, dass ich meine Autonomie behalte, und kann dies tun, indem ich die Bewältigung von Aufgaben boykottiere, hinauszögere oder einfach „vergesse“.

In meiner Therapie ist es wichtig, dass ich auf jeden Fall die Zügel selbst in der Hand behalte. Ich muss aufpassen, dass mich mein Therapeut nicht austrickst. Wichtig ist, immer wieder zu prüfen, ob er tatsächlich auf meiner Seite steht!"

Depressive Erlebens- und Denkweise

„Das Leben ist eine Qual, und diese Qual beginnt jeden Tag aufs Neue. Gleich, was ich tue, es hat doch keinen Sinn, und es wird nichts verändern. Ich bin eine inkompetente, nicht liebenswerte Person ohne Ziele und ohne Hoffnung. Andere Personen haben ihr Leben einfach im Griff - in Beziehungen zu mir sind sie allerdings eine Enttäuschung. Meine Lebensstrategie besteht darin, nichts vom Leben zu erwarten, dann bin ich wenigstens auf die sicherlich kommenden Probleme und Enttäuschungen vorbereitet. Die einzige Aktivität, die zu mir passt, ist nach Hilfe zu suchen. Ansonsten ist das Leben furchtbar anstrengend und verpfuscht. Es lohnt sich nicht, sich für Veränderungen oder gar Verbesserungen einzusetzen.

Der Therapeut gibt sich zwar Mühe und oft habe ich den Eindruck, dass er von mir mehr Aktivität verlangt. Ich finde aber auch dies so mühsam und wir drehen uns doch nur im Kreis. Ich glaube, dies hat alles keinen Zweck und der Therapeut sollte mich einfach nur klagen lassen - denn missen möchte ich ihn doch nicht."

Zur Diagnostik kognitiver Schemata

Auf der Grundlage der oben skizzierten kognitiven Theorie der Persönlichkeitsstörungen wurde von der Arbeitsgruppe um Beck zunächst für die im DSM-III-R aufgeführten und operationalisierten Persönlichkeitsstörungen eine Liste von Aussagen zusammengestellt, die sich für den Einsatz als Fragebogen eignen (Beck et al., 1999). Die deutschsprachige Adaptation des Inventars ist als „Beck-Inventar für kognitive Schemata (B-IKS)“ verfügbar (Fydrich, 2001; Fydrich, in

Vorbereitung). Das B-IKS erfasst auf dimensionaler Ebene Einstellungen, die bei stärkerer Ausprägung möglicherweise dysfunktional sind. Für neun der im DSM aufgeführten Merkmale von Persönlichkeitsstörungen werden mit je sieben Items die nach dem kognitiven Modell spezifischen und vorherrschenden Einstellungen und Haltungen erfasst. Die schizoide und die schizotypische Persönlichkeitsstörung wurden dabei zu einer Skala zusammengefasst; eine Skala für die Erfassung von Merkmalen der Borderline-Persönlichkeitsstörung liegt für dieses Inventar nicht vor. Der Einsatz dieses Verfahrens ist besonders zu Therapiebeginn bei solchen Personen sinnvoll, bei denen ausgeprägte dysfunktionale Interaktionsgewohnheiten und Einstellungen erkennbar sind. Es kann aber auch routinemäßig zum diagnostischen Screening der (interpersonellen) Einstellungen und Motive eingesetzt werden.

Auf gleicher theoretischer Grundlage wurde von Renneberg et al. (in Vorbereitung) ein Inventar mit 34 Items zum Erfassen von Gedanken und Gefühlen (FGG, siehe Schirmer, 2001) entwickelt, welches spezifisch kognitive Grundannahmen bei Patientinnen mit Borderline-Symptomatik erfasst.

Die Ergebnisse der Erhebungen mit beiden Inventaren geben Hilfestellung bei der Gestaltung der therapeutischen Arbeitsbeziehung und bei der Therapieplanung. Veränderungen vorhandener dysfunktionaler Kognitionen können durch Mehrfacherhebungen dokumentiert werden und tragen damit zur systematischen Therapieverlaufs- und -ergebnismessung bei.

Indikationstellung und Intervention bei Personen mit dysfunktionalen Interaktionsstilen oder Persönlichkeitsstörungen

Für die Indikationsstellung bei der psychotherapeutischen Behandlung von Personen mit extremen (dysfunktionalen) Persönlichkeitsmerkmalen oder mit Persönlichkeitsstörungen sind zwei Aspekte von zentraler Bedeutung:

- Der Anlass für die Aufnahme der Therapie und damit der Therapieauftrag
- Der auf der Basis der motivorientierten kognitiven Diagnostik zu erwartende Interaktionsstil

Da die Persönlichkeitsmerkmale von Personen mit den meisten Persönlichkeitsstörungen von ihrem Charakter eher ich-synton sind, ist der Anlass für die Aufnahme einer Psychotherapie meist durch eine Störung mit Symptomcharakter gegeben (Indexstörung). Hierzu gehört der gesamte Bereich der psychischen Störungen. Komorbidität von Symptomenstörungen mit Persönlichkeitsstörungen gibt es vor allem bei affektiven Störungen, Angststörungen, Problemen der Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, psychotischen Störungen, sexuellen Störungen oder Essstörungen (vgl. Fydrich et al., 1996). Andere Anlässe für die Aufnahme einer Psychotherapie von Personen mit Persönlichkeitsstörungen können im Bereich beruflicher oder finanzieller Probleme, in Partnerschaftsproblemen oder Konflikten mit dem Gesetz liegen.

Bei einigen der Persönlichkeitsstörungen kann die Motivation, eine psychotherapeutische Behandlung aufzusuchen, jedoch durch einzelne Probleme bedingt sein, die direkt zu den Bestimmungsmerkmalen der Persönlichkeitsstörung gehören. Merkmale solcher Persönlichkeitsstörungen können daher als eher ich-dyston bezeichnet werden.

Im Rahmen des motivorientierten Indikations- und Interventionsmodells wird daher vorgeschlagen, in Abhängigkeit vom Grad der Ich-Syntonität bzw. Ich-Dystonität des jeweiligen Persönlichkeitsstils den Fokus der Intervention entweder

- primär auf die Indexstörung allein (bei stark ich-syntonem Charakter der Persönlichkeitsmerkmale und Motive und unter Berücksichtigung der zu erwartenden Interaktionsmuster für die Gestaltung der Therapeut-Klient Beziehung) oder
- auf die Symptomatik der Indexstörung und der Persönlichkeitsstörung (bei ich-dystonem Charakter der Persönlichkeitsmerkmale und Motive) zu richten.

Wichtig ist hierbei die Unterscheidung zwischen dem Anlass für die Aufnahme der Psychotherapie (Therapiemotivation) und den im MIIM als zentral erachteten Kernmotiven. Die Therapiemotivation wird in erster Linie von den ich-dystonen Anteilen der Indexstörung oder - falls vorhanden - den ich-dystonen Anteilen der Persönlichkeitsstörung bestimmt. Die Kernmotive für interpersonelles Handeln hingegen sind als solche ich-synton und haben im psychotherapeutischen Prozess eine besondere Relevanz für die Therapeut-Klient-Interaktionen und die Gestaltung der therapeutischen Arbeitsbeziehung.

Die Einschätzung bis zu welchem Grad die vorherrschenden Erlebens- und Verhaltensweisen ich-synton bzw. ich-dyston sind, hat somit eine zentrale Bedeutung für die Planung und Durchführung der Intervention. Je stärker die vorherrschenden Erlebens- und Verhaltensweisen ich-synton sind, desto weniger stellen sie einen konkreten Behandlungsauftrag des Patienten oder der Patientin dar; desto mehr müssen sie jedoch bei der Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung berücksichtigt werden. Der Fokus der störungsorientierten Behandlung wird dabei umso weniger auf der Änderung von Erlebens- und Verhaltensweisen liegen, je mehr die entsprechenden Persönlichkeitsmerkmale und interaktionellen Verhaltensweisen für die Betroffenen aus deren Sicht notwendige Strategien darstellen.

Für den konkreten Umgang mit Personen mit extremen (ggf. dysfunktionalen) Persönlichkeitsmerkmalen ist es weiterhin von Bedeutung, den Grad der vorherrschenden Erlebens- und Verhaltensweisen abzuschätzen. Je dysfunktionaler die Kognitionen und (interaktionellen) Motive sind, desto mehr muss dies bei der psychotherapeutischen Interaktion und beim Aufbau der therapeutischen Arbeitsbeziehung berücksichtigt werden.

Abbildung 2 illustriert eine hypothetische Verteilung über den Grad der Ich-Syntonität / Ich-Dystonität der zwölf im DSM-IV aufgeführten Persönlichkeitsstörungen (einschließlich der

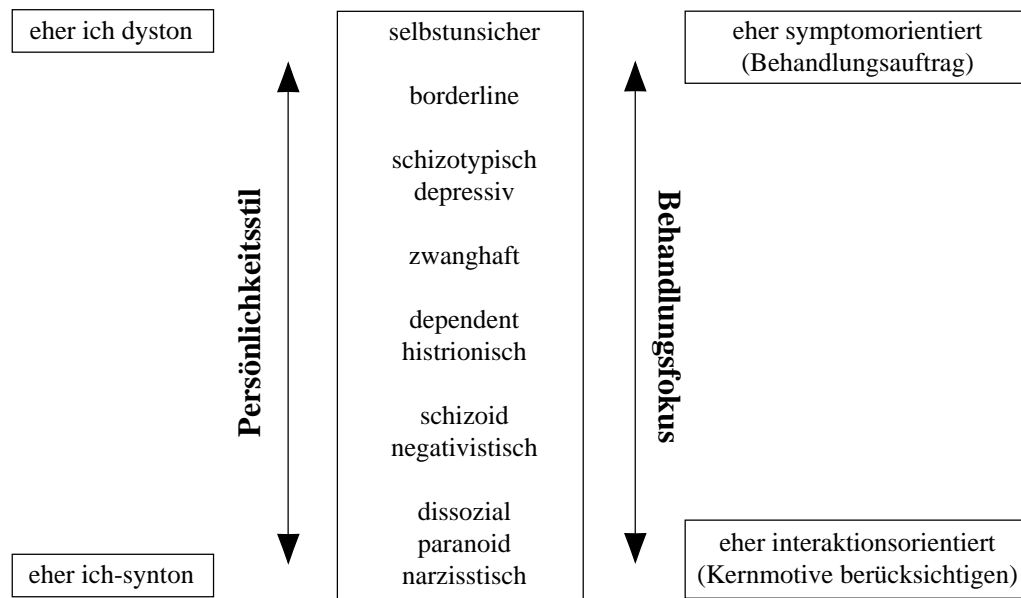


Abb. 2 Motivorientiertes Indikations- und Interventionsmodell (MIIM)

negativistischen/passiv-aggressiven und der depressiven Persönlichkeitsstörung). Entsprechend der dargestellten Überlegungen wird vorgeschlagen, worauf der primäre Fokus in der Therapie gerichtet sein sollte. Dabei ist zu beachten, dass ein Schwerpunkt der Therapie entsprechend der Behandlungsmotivation und des Behandlungsauftrags immer auf der Indexstörung liegen muss.

In der Abbildung wird dabei von zwei Kontinuen ausgegangen: (1) Grad der Ich-Dystonität / Ich-Syntonität bei den einzelnen Persönlichkeitsstilen und (2) Fokus der Behandlung. Die Darstellung verdeutlicht, dass es einige Persönlichkeitsstile gibt, aus denen unmittelbar auch eine (mögliche) primäre Behandlungsmotivation der Patientinnen und Patienten hervorgeht. Dies ist bei der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung und bei der Borderline-Störung der Fall. Die ich-dystonen Anteile bei der selbstunsicher-vermeidenden Persönlichkeit sind vergleichbar mit denen bei Personen mit starken, ggf. generalisierten sozialen Phobien: Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass Betroffene sich engere soziale Kontakte wünschen, meist aber aus Angst vor Abwertung und Zurückweisung sich selbst isolieren und soziale Situationen meiden. Bei Personen, die die Kriterien einer Borderline-Störung erfüllen, sind die starken Schwankungen hinsichtlich der Intensität und Valenz interpersonaler Beziehungen, Selbstverletzungen, Impulsivität und Instabilität sowie emotionale Leere diejenigen Merkmale, die den stärksten ich-dystonen Charakter haben. Nicht zufällig sind diese beiden auch diejenigen Störungsbereiche, für die aus dem Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie die ersten, teilweise manualisierten Behandlungsansätze publiziert und evaluiert wurden (Linehan, 1996a, b; Renneberg & Fydrich, 1999). Wenngleich beispiels-

weise Fiedler (2000) ein Konzept der selektiven Indikation vorstellt, nach dem Therapieziele und Interventionsansätze für alle Persönlichkeitsstörungen vorgeschlagen werden, gibt es - mit der Ausnahme von verhaltenstheoretisch fundierten Ansätzen bei antisozialen Persönlichkeitsstörungen (z.B. Roth, 1987) - im engeren Sinne keine manualisierten Behandlungsprogramme für andere Persönlichkeitsstörungen.

Die stärkere Orientierung auf die therapeutische Interaktion bei den eher ich-syntonen Persönlichkeitsstilen ist in der Abbildung nicht mit Inhalten gefüllt. Die Art der bei den Patienten antizipierbaren Motive richtet sich nach dem jeweils diagnostizierten Persönlichkeitsstil bzw. den -stilen. Entsprechend müssen in der therapeutischen Interaktion diese Motive berücksichtigt werden. Keinesfalls besteht bei ich-syntonen Persönlichkeitsstilen von der Seite der Patientinnen oder Patienten der Auftrag, die entsprechenden Grundeinstellungen, Merkmale und Motive zu verändern!

Ausblick

Mit dem hier vorgestellten motivorientierten Indikations- und Interventionsmodell für die Psychotherapie bei extremen Persönlichkeitsstilen und Persönlichkeitsstörungen soll deutlich gemacht werden, dass die dimensionale Betrachtung und die entsprechende Diagnostik von (extremen) Persönlichkeitszügen im Sinne dysfunktionaler interpersoneller Interaktionsstile eine wichtige Hilfestellung für die Planung und Durchführung psychotherapeutischer Intervention sein kann. Die therapeutische Sensibilität für die vorgestellten kognitiven Grundeinstellungen und Motive von Patientinnen und Patienten wird als notwendig erachtet, um eine kooperative therapeutische Arbeitsbeziehung aufzubauen und zu erhalten.

Neben dem professionellen Wissen um die (Index-)Störung (**Störungswissen**) und dem Wissen um die (symptom-spezifischen) Interventionen (**Veränderungswissen**) ist es besonders bei Patienten mit extremen, möglicherweise dysfunktionalen Persönlichkeitsstilen wichtig, Kenntnisse über deren Grundeinstellungen und interaktionelle Handlungsmotive zu haben (**Interaktionswissen**) und diese bei der Gestaltung der Therapie zu berücksichtigen. Eine Konsequenz dieses Konzepts für die Interpretation der Erlebens- und Verhaltensweisen von Patientinnen und Patienten besteht darin, deren Handlung nicht als bloßen „Widerstand“ oder als gegen den Therapeuten gerichtet zu betrachten. Gleichwie dysfunktional (auch für die Therapie) die Handlungsweisen der Patienten auch sein mögen, sie können vor dem Hintergrund der jeweils besonderen Lebensgeschichte als spezifische Bewältigungsversuche für erlebte problematische Interaktionen verstanden werden.

Die Begrenzungen des vorgestellten Modells liegen vor allem darin, dass bisher nur einige Studien zur Diagnostik und zu einzelnen Persönlichkeitsstörungen und deren Behandlung die dargestellten Annahmen stützen. Sicherlich ist eine Vielzahl weiterer Untersuchungen notwendig, um grundlagen- und anwendungsorientiert die Validität der angenommenen Zusammenhänge gründlich zu prüfen. Hierzu könnte beispielsweise die Untersuchung der prädiktiven Validität der Diagnostik der Kognitionen einzelner Persönlichkeitsstile hinsichtlich des Verlaufs und des Erfolgs psychotherapeutischer Interventionen gehören.

Literatur

- Beck AT, Freeman A, Associates: Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. (4. Aufl.) Weinheim, Psychologie Verlags Union, 1999.
- Benjamin LS: Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders. New York, Guilford, 1993.
- Benjamin LS: Ein interpersoneller Behandlungsansatz für Persönlichkeitsstörungen. In Schmitz B, Fydrich T, Limbacher K (Hrsg.), Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie. Weinheim, Psychologie Verlags Union, 1996, 136-148.
- Ecker, W, Dehmlow, A: Zur prognostischen Bedeutung komorbider Persönlichkeitsstörungen in der stationären Verhaltenstherapie von Zwängen. Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin 1996;17:9-23.
- Fiedler P: Persönlichkeitsstörungen (4. Aufl.) Weinheim, Psychologie Verlags Union, 1998.
- Fiedler P: Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen, Hogrefe, 2000.
- Fydrich T, Schmitz B, Dietrich G, Heinicke S, König J: Prävalenz und Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen. In Schmitz B, Fydrich T, Limbacher K (eds), Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie. Weinheim, Psychologie Verlags Union, 1996, 56-91.
- Fydrich T: Beck-Inventar zu kognitiven Schemata (B-IKS). In Brähler E, Schumacher J, Strauß B (eds), Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Göttingen, Hogrefe, 2001.
- Fydrich T: Beck-Inventar für kognitive Schemata (B-IKS). Göttingen, Hogrefe, in Vorbereitung.
- Leary T (ed) Interpersonal diagnosis of personality. New York, Roland, 1957.
- Lieb H: Persönlichkeitsstörung. Zur Kritik eines widersinnigen Konzeptes. Tübingen, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 1998.
- Linehan M: Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München, CIP-Medien, 1996a.
- Linehan MM: Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München, CIP-Medien, 1996b.
- Livesley WJ: Classifying personality disorders: Ideal types, prototypes or dimensions. Journal of Personality Disorders 1991;5:52-59.
- Pretzer J: Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. In Schmitz B, Fydrich T, Limbacher K (eds), Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie. Weinheim, Psychologie Verlags Union, 1996, 149-178.
- Renneberg B, Fydrich T: Verhaltenstherapeutische Therapiekonzepte in der Gruppenbehandlung der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung. In Saß H, Herpertz S (eds), Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart, Thieme, 1999, 159-170.
- Renneberg B, Schirmer H, Fydrich T: Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen (FGG). Heidelberg, Psychologisches Institut, unveröff. Manuskript.
- Roth LH (ed) Clinical treatment of the violent person. New York, Guilford, 1987.
- Sachse R: Persönlichkeitsstörungen. Göttingen, Hogrefe, 1997.
- Saß H, Houben I, Herpertz S, Steinmeyer EM: Kategorialer versus dimensionaler Ansatz in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In Schmitz B, Fydrich T, Limbacher K (eds), Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie. Weinheim, Psychologie Verlags Union, 1996, 42-55.
- Schirmer AB: Grundannahmen bei Borderline Persönlichkeitsstörungen - Erste Schritte zur Entwicklung eines Fragebogens. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Psychologisches Institut der Universität Heidelberg, 2001.
- Schmitz B, Fydrich T, Limbacher K: Diagnostik und Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen: Eine Einführung. In Schmitz B, Fydrich T, Limbacher K (eds), Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie. Weinheim, Psychologie Verlags Union, 1996, 1-26.
- Sullivan T: The interpersonal theory of psychiatry. New York, Norton, 1953.

Priv-Doz. Dr. Thomas Fydrich
 Psychologisches Institut der Universität
 Hauptstr. 47-51
 D-69117 Heidelberg
 fydrich@psychologie.uni-heidelberg.de