

Psychotherapeut 2012 · 57:291–300
DOI 10.1007/s00278-012-0926-8
© Springer-Verlag 2012

Redaktion

J. Bäuml, München
G. Pitschel-Walz, München
H. Freyberger, Stralsund/Greifswald

Michael Rentrop¹ · Markus Reicherzer² · Dirk Schwerthöffer¹ · Josef Bäuml¹ ·
Susanne Hörz^{1,3}

¹ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar der TU, München

² Klinik Dr. Schlemmer, Centrum für Psychosomatische Medizin, Bad Tölz

³ Department für Psychologie, Klinische Psychologie, Ludwig-Maximilians-Universität, München

Psychoedukation bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen für Betroffene und Angehörige

Münchner Modell: Überblick und theoretischer Hintergrund

Psychoedukative Gruppenangebote sind grundsätzlich für alle Patienten sinnvoll, deren Störungsbilder im psychiatrisch/psychotherapeutischen Alltag häufig anzutreffen sind. Zudem sollte es sich um ein relevantes Krankheitsbild handeln, und Modelle über Ursachen und Entstehungsbedingungen sollten verfügbar sein sowie spezifische Behandlungsangebote bestehen.

Ausgangsüberlegungen und theoretischer Hintergrund

Hinsichtlich der Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) finden sich je nach epidemiologischer Untersuchung Schätzungen zwischen 0,7 und 1,5% in der Allgemeinbevölkerung (Torgerson et al. 2001; Skodol et al. 2002); nach einer aktuellen Studie ergibt sich sogar eine Lebenszeitprävalenz von 3% (Trull et al. 2010). Der Anteil der BPS an allen stationär und ambulant behandelten Patienten in der Psychiatrie ist mit 20% (Bohus 2002) bzw. 10% (Bender et al. 2001) außerordentlich hoch. Insgesamt werden etwa 20% aller für die stationäre Behandlung psychischer Störungen in Deutschland aufgebrauchten Mittel zur Therapie von BPS eingesetzt (Bohus 2007). Dank enormer wissenschaftlicher Aktivität seit Aufnahme der BPS als eigenständige Diagnose in das System des Diagnostic and Statis-

tical Manual of Mental Disorders (DSM) III (American Psychiatric Association 1980) können inzwischen auch die weiteren oben genannten Ausgangsüberlegungen als erfüllt gelten. Trotz unterschiedlicher theoretischer und therapeutischer Hintergründe der beteiligten Wissenschaftler bejahen alle übereinstimmend ein multifaktorielles Ursachenmodell, das jeweils spezifische Anlagebedingungen und Umweltfaktoren einbezieht. An störungsspezifischen psychotherapeutischen Behandlungsmethoden wurden insbesondere die Folgenden etabliert:

- dialektisch behaviorale Therapie (DBT; Linehan 1993),
- übertragungsfokussierte Psychotherapie („transference-focused psychotherapy“; TFP; Clarkin et al. 2001),
- mentalisierungsbasierte Therapie (MBT; Bateman u. Fonagy 1999) und
- Schematherapie (Young 1999).

Inzwischen konnten alle genannten Therapieverfahren zumindest mit einer randomisierten kontrollierten Therapiestudie ihre Wirksamkeit nachweisen. Die stärkste wissenschaftliche Evidenz hat dabei die DBT erreicht (z. B. Bateman u. Fonagy 2009; Doering et al. 2010; Giesen-Bloo et al. 2006; Kliem et al. 2011).

Versorgungsprobleme

Bei allen genannten Fortschritten finden sich weiterhin deutliche Hinweise auf

eine fortbestehende psychotherapeutische Unterversorgung der BPS-Patienten, insbesondere im ambulanten Sektor. In einer eigenen Befragung niedergelassener Therapeuten in München wurde lediglich einen Anteil von 3% aller Befragten ermittelt, die eine störungsspezifische Qualifikation für die Behandlung von BPS-Patienten vorweisen konnten. Darüber hinaus gaben knapp 22% der an der Befragung teilnehmenden Psychotherapeuten an, keinesfalls BPS-Patienten in Behandlung zu nehmen (Jobst et al. 2010). Diese Situation trägt vermutlich zu der hohen Zahl stationär-psychotherapeutischer Behandlungen dieser Patientengruppe in Deutschland bei.

Problematisch bleibt auch die medikamentöse Therapie von BPS-Patienten. Zwar findet sich eine breite Anwendung von Psychopharmaka. Jedoch stützt sich die Gabe von Medikamenten bislang nur auf relativ kleine randomisierte Studien und Fallserien oder hat vorrangig die Behandlung der zahlreich vorkommenden komorbiden psychischen Probleme zum Ziel. Im psychiatrischen Alltag bedeutet dies weiterhin häufig eine polypharmazeutische Behandlung, u. U. unter Inkaufnahme von Risiken der Interaktion oder der Entstehung von Medikamentenabhängigkeit, insbesondere bezüglich Benzodiazepinen (Schwerthöffer u. Rentrop in Vorbereitung).

Infobox 1 Verbindliche Rahmenvereinbarungen

- Die Teilnahme ist verpflichtend
- Persönliche Informationen, die innerhalb der Gruppe ausgetauscht werden, müssen streng vertraulich behandelt werden
- Jeder soll zu Wort kommen; es gibt dabei kein „richtig“ oder „falsch“
- Teilnehmer bewerten sich nicht gegenseitig und akzeptieren die Grenzen der Anderen, auch wenn diese von den eigenen Grenzen abweichen
- Wer sich durch die Gruppensituation zu stark belastet fühlt, darf die Sitzung unterbrechen und soll ein Signal geben, ob er eine Begleitperson (Kotherapeut) braucht
- Teilnehmer verpflichten sich zur Zurückhaltung bezüglich suizidaler Kommunikation. Wer von Suizidplänen eines Mitpatienten erfährt, hilft, den Suizid zu verhindern.
- Bestimmte Themen, z. B. Traumaerfahrungen, überschreiten den Rahmen der Gruppe und sind der Einzeltherapie vorbehalten.

Psychoedukative Programme

Ziele

Ähnlich anderen psychoedukativen Programmen, etwa für Menschen mit schizophrenen oder affektiven Erkrankungen, zielt die Intervention im Sinne einer Basispsychotherapie auf die Vermittlung von Informationen und eines tragfähigen Krankheitsmodells sowie die Stärkung der Selbstbewältigungsstrategien und Behandlungsbereitschaft der Patienten (z. B. Bäuml u. Pitschel-Walz 2008). Im Unterschied zu anderen Krankheitsbildern meint Behandlungsbereitschaft hier in erster Linie eine kontinuierliche psychotherapeutische Behandlung. Bezüglich der Medikation soll die Vermittlung eines soliden Grundwissens dafür sorgen, dass Menschen mit BPS in die Lage versetzt werden, mit ihren Psychiatern „auf Augenhöhe“ Behandlungsstrategien diskutieren zu können. Dabei gilt es auch, vielfältige Ängste und Befürchtungen gegenüber medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlungsansätzen abzubauen.

Wissenschaftliche Evidenz

Während für affektive und schizophrene Erkrankungen ein positiver Effekt von Psychoedukation inzwischen als gut gesichert gelten kann (z. B. Bäuml et al. 2006), ist die wissenschaftliche Evidenz für psychoedukative Maßnahmen bei BPS noch wenig tragfähig. International findet sich eine größere Untersuchung von Zanarini u. Frankenburg (2008), in der gezeigt werden konnte, dass Patientinnen sich hinsichtlich zentraler Probleme der BPS nach Teilnahme an einer psychoedukativen Gruppe deutlich verbessern. Insbesondere Impulsivität und chaotische Beziehungen nahmen im Vergleich zur Kontrollgruppe ab.

Münchener Konzept

Das hier vorgestellte Gruppenprogramm (Rentrop et al. 2006) umfasst 10 Gruppensitzungen. Es ist möglich, die manualisiert vorgelegten Inhalte in Einzeltherapien, Gruppen für Patienten oder Angehörige und im Rahmen stationärer oder ambulanter Behandlungen anzuwenden. Jede einzelne Sitzung hat einen eigenen Themenschwerpunkt, sodass es unproblematisch ist, das Programm modular anzuwenden und als fortlaufendes Gruppenprogramm zu organisieren. Jedoch zeigt die Erfahrung mit BPS-Gruppen, dass insbesondere in einer Phase der Erfahrungsbildung von Therapeuten oder Teams geschlossene Gruppen ohne ständigen Wechsel der Teilnehmer die Arbeit erleichtern. Ein wiederholter Wechsel der Gruppentherapeuten ist kontraproduktiv. Für ambulante Gruppen empfiehlt sich ein wöchentlicher Termin. Stationäre Gruppentreffen sollten 2-mal/Woche stattfinden, um das dichte Programm in einem angemessenen zeitlichen Rahmen durchführen zu können. Ein Gruppentreffen dauert 60 min. Es empfiehlt sich, eine klare Zeitdauer zu vereinbaren. Vereinzelt sind jedoch, v. a. bei intensiver Mitarbeit, die Themenbereiche nur schwer innerhalb dieses Zeitrahmens zu bewältigen. Es kann dann eine individuell abweichende Lösung für diese Gruppe gefunden werden. Von einer Dauer über 75 min wird aber aufgrund der er-

fahrungsgemäß hohen emotionalen Belastung abgeraten.

Voraussetzungen

Teilnahme der Patienten

Die Teilnahme soll freiwillig erfolgen. Alle Teilnehmer müssen im Vorfeld von ihrer Diagnose erfahren haben. Detailliertes oder weitergehendes Wissen ist hilfreich, um einen lebhaften Austausch zu ermöglichen, jedoch nicht notwendig. Teilnehmer brauchen ein Minimum an Steuerungsfähigkeit bezüglich Impulsivität und Frustrationstoleranz. Insbesondere bei ambulant stattfindenden Gruppentreffen sind eine feste Vereinbarung bezüglich des Verhaltens bei Krisen und ein Antisuizidpakt notwendig. Weitere Voraussetzungen sind ausreichende deutsche Sprachkenntnisse und Intelligenz im Rahmen des Normbereichs.

Therapeuten

Erfahrungen im Bereich der Psychoedukation sind hilfreich, ebenso eine zumindest begonnene, vorzugsweise verhaltenstherapeutische Ausbildung. Es empfiehlt sich, wie im Umgang mit BPS-Patienten ganz allgemein üblich, eine Supervisions- oder Intervisionsgelegenheit wahrzunehmen. Die Gruppe soll von einem Therapeuten und einem Kotherapeuten geleitet werden. Allgemein bewährt hat sich ein gemischtes professionelles Leitungsteam, z. B. aus dem ärztlich/psychologischen und aus dem Pflegebereich. Psychoedukation kann hier zur gemeinsamen Behandlungsphilosophie eines therapeutischen Teams beitragen.

Der Gruppenleiter hat die Funktion eines Moderators. Es gilt dabei, die Teilnehmer zur aktiven Mitarbeit zu ermutigen, Beiträge zu strukturieren, gelegentlich Teilnehmer aktiv zu einer Wortmeldung aufzufordern oder ihnen auch einmal das Wort zu entziehen. In den psychoedukativen BPS-Gruppen muss sich ein Therapeut mehr noch als bei anderen psychischen Erkrankungen auf eine große Bandbreite unterschiedlich schwer ausgeprägter Störungsbilder und auch auf einen sehr variablen interindividuellen Wissensstand bezüglich der Störung einstellen.

Hier steht eine Anzeige.



Therapeutischer Rahmen

Psychoedukation ist zwar keine Gruppentherapie im klassischen Sinn, stellt aber durch das gemeinsame interaktive Erarbeiten von Informationen über ein Störungsbild unter Einbeziehung der individuellen Erfahrungen der Teilnehmer erhebliche Anforderungen an deren Belastbarkeit. Um dieses Anliegen erfolgreich umzusetzen, ist es notwendig, einen klaren Rahmen von Vereinbarungen zu schließen. Hierzu werden die in **Infobox 1** zusammengefassten Regeln vorgeschlagen.

Alle Vereinbarungen werden beim ersten Treffen der Gruppe angesprochen und verbindlich miteinander beschlossen. Es ist dabei nützlich darauf hinzuweisen, dass sich diese Regelungen bewährt haben; eine Diskussion einzelner Aspekte oder der „Grenzen der Regeln“ ist nicht hilfreich. Für das Leitungsteam ergibt sich die Aufgabe, auf die Einhaltung der Vereinbarungen zu achten, z. B. wertende Äußerungen innerhalb der Gruppe zu stoppen. Es ist eine wertvolle Übung, das Anliegen des Teilnehmers von diesem oder der Gruppe noch einmal in einer nichtwertenden Form formulieren zu lassen. Grobe Regelverstöße sollten im Einzelkontakt geklärt werden.

Technik der Informationsvermittlung

Um das Gruppengeschehen lebendig zu halten, wird auf vorbereitetes Material verzichtet. Ausnahmen sind z. B. Adressen und Telefonnummern von Notfalldiensten beim Thema Krisenbewältigung. Alle Informationen werden gemeinsam erarbeitet. Zu Beginn steht daher lediglich ein weißes Blatt Papier auf einer Flipchart. Der Gruppenleiter erfragt den Stand der Information in der Gruppe zum jeweiligen Thema und versucht, die Beiträge in eine sinnvolle Darstellung zu bringen. Das bedeutet, die aus therapeutischer Sicht entscheidenden Informationen möglichst weit oben auf das Papier, nebensächliche oder nicht zum Thema gehörende Aussagen weiter unten aufzuschreiben. Grundsätzlich sollte versucht werden allen Beiträgen, in bestimmten Grenzen auch unsachlichen (z. B. zum Thema Krankheits-

begriff „verrückt“), einen Platz einzuräumen. Nach Abschluss des Brainstormings zum Thema sollen eine gemeinsame Diskussion und Einordnung der einzelnen Punkte erfolgen. Bei bestimmten Themen liegt der Schwerpunkt auf Informationsvermittlung durch den Gruppenleiter (z. B. Krankheitsmodell, Medikation, Psychotherapien).

Gelegentlich zeigen sich Teilnehmer von der Fülle an Information überfordert und beklagen, nicht alles behalten zu können. Es bietet sich an, jeweils einen Teilnehmer zu bitten, die Aufzeichnung der Stunde auf ein DIN-A4-Blatt zu übertragen und für alle Gruppenteilnehmer zu kopieren. So entsteht eine detaillierte Zusammenfassung der Inhalte eines Gruppentrainings.

Struktur der Gruppensitzungen

Die Gruppe beginnt mit einer Eröffnungsrunde. Dabei zeigt sich, im Unterschied etwa zur Psychoedukation bei Patienten mit schizophrenen Psychosen, dass die Technik eines „Blitzlichts zur aktuellen Befindlichkeit“ kontraproduktiv ist. Eine sinnvolle Alternative kann die Frage nach „dem Besten, was dem einzelnen Teilnehmer seit der letzten Gruppensitzung passiert ist“ sein. Hier lernen die Patienten im Verlauf, sich im Alltag bereits auf „kleine“ positive Erfahrungen zu konzentrieren. Die häufige Anmerkung, es habe sich „nichts Positives ereignet“, sollte zu der Ermutigung führen, noch genauer hinzusehen. Das Zeitkontingent für die Eröffnung sollte nicht länger als 5 min betragen. In der Folge beginnt der Informationsteil, zunächst mit einer schlaglichtartigen Wiederholung der Inhalte der letzten Sitzung. Nachfolgend wird das neue Thema erarbeitet. Zum Abschluss kann, je nach Bedarf, eine kurze Achtsamkeits-, Entspannungsübung oder aber eine Rückmeldung über das Gelingen, was der Einzelne aus der Stunde „mitnimmt“. Fragen zur aktuellen Befindlichkeit sind erneut kontraproduktiv.

Nachdem in aller Regel ein Großteil der Teilnehmer von psychoedukativen Gruppen keine Erfahrung zum Thema Achtsamkeit mitbringt, sind nur basale Übungen möglich, etwa erste Schritte von Atemübungen, wie bei Burk-

Psychotherapeut 2012 · 57:291–300
DOI 10.1007/s00278-012-0926-8
© Springer-Verlag 2012

Michael Rentrop · Markus Reicherzer ·
Dirk Schwerthöffer · Josef Bäuml ·
Susanne Hörz

Psychoedukation bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen für Betroffene und Angehörige. Münchner Modell: Überblick und theoretischer Hintergrund

Zusammenfassung

Psychoedukative Programme finden nach der Entwicklung für Menschen mit schizophrenen Psychosen auch bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) Anwendung. Dabei erfüllt Psychoedukation die Funktion eines Basispsychotherapieverfahrens, um Patienten und Angehörige in die Lage zu versetzen, ihre Erkrankung sowie die Behandlungsmöglichkeiten für sich besser beurteilen und mit Therapeuten auf Augenhöhe kommunizieren zu können. Das Münchner Modell zur Psychoedukation bei BPS wird in den einzelnen Themenbereichen dargestellt, ebenso die Modifikationen für die Arbeit mit Angehörigen.

Schlüsselwörter

Gruppenpsychotherapie · Kognitive Therapie · Gesundheitstraining · Behandlungsbereitschaft · Psychopharmaka

Psychoeducation for patients with borderline personality disorder and their relatives. Munich model: overview and theoretical background

Abstract

Psychoeducation programs have been developed for patients with psychoses and also for patients with borderline personality disorder (BPD). Psychoeducation has the function of a basic psychotherapeutic program that offers patients and their relatives a better understanding of the illness and of the treatment options as well as a means of communication at eye level with the therapists. This article introduces the Munich model of psychoeducation for BPD and the modifications for the work with relatives.

Keywords

Group psychotherapy · Cognitive therapy · Health education · Compliance · Psychotropic drugs

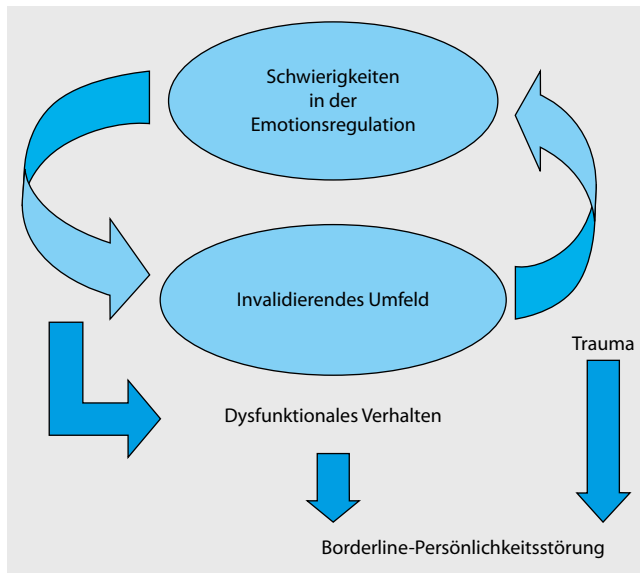


Abb. 1 ◀ Vorschlag für eine Flipchartdarstellung

hard (2008) beschrieben oder motorisch orientierte Übungen (Rentrop et al. 2006). Eine detaillierte Einweisung in das Thema Achtsamkeit bleibt Achtsamkeits- oder „Skills“-Gruppen vorbehalten.

Inhalte des Gruppenprogramms

1. Gruppensitzung: organisatorisches Treffen

Die erste Gruppensitzung dient einzig der Initiierung der Gruppe. Nach Vorstellung der Gruppentherapeuten wird das Gruppenprogramm erläutert. Idealerweise erhält jeder Teilnehmer ein Programm mit den Themenschwerpunkten und dem Datum der Gruppentreffen. Im Weiteren werden die in [Infobox 1](#) genannten Regeln erläutert. Danach erfolgt eine Vorstellungsrunde der einzelnen Teilnehmer. Diese stellt für viele ein ernsthaftes Hindernis dar. Ein Stichwortzettel mit den Ankerpunkten für die Vorstellung kann dieses Problem erleichtern. Alternativ können jeweils zwei Teilnehmer sich gegenseitig vorstellen.

2. Gruppensitzung: Krankheitsbegriff/Krankheitszeichen (Symptome)

Ziel ist, einen gemeinsamen Krankheitsbegriff zu finden, bevorzugt die Bezeichnung der Störung in der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10 (ICD-10). Dabei wird zunächst die Sitzung mithilfe einer offenen Frage eröffnet, z. B. wel-

che Diagnose den Teilnehmern von ihrem Arzt mitgeteilt wurde. Meist ergibt sich eine große Sammlung unterschiedlicher Krankheitsbilder. Ein Teil der psychischen Erkrankungen kann in der Sitzung der komorbiden Erkrankungen diskutiert werden. Es ist im Zusammenhang mit der BPS von zentraler Bedeutung, den Begriff der „Persönlichkeitsstörung“ zu erläutern, da dieser für die meisten Betroffenen zunächst missverständlich bleibt, teils sogar beleidigend wirkt. Als Brücke zum Verständnis bietet sich die auf Schneider zurückgehende Definition an, nach der bei einer Persönlichkeitsstörung ein Persönlichkeitszug, den jeder kennt, in einer derartigen Ausprägung vorhanden ist, dass der Betroffene selbst oder sein Umfeld darunter leidet. An dieser Stelle bietet sich ebenso an, die Dimensionalität des Störungsbegriffs einzuführen und auf unterschiedliche Schweregrade, einen fließenden Übergang zwischen Gesundheit und Störung sowie die in der Persönlichkeitsausprägung enthaltenen Talente und Fähigkeiten hinzuweisen.

Im zweiten Teil der Sitzung werden Krankheitszeichen gesammelt, die mit der BPS im Zusammenhang stehen. Hinsichtlich der Flipchartaufzeichnung macht es Sinn, die Symptome thematisch zu ordnen, etwa auf der linken Spalte mit Oberbegriffen wie „Emotion, Denken, Verhalten, Beziehungen, Wahrnehmung“ und auf der rechten Seite die einzelnen, in der Gruppe bekannten Symptome. Für viele Betroffene bedeutet diese Thematik ein

„Aha-Erlebnis“, gerade bei Patienten mit einer abwertenden inneren Haltung, etwa eine Art „Alien“ zu sein, „nicht in diese Welt zu passen“ etc.

3. Gruppensitzung: Ursachenmodell

In Anlehnung an die Ursachenhypothese von Linehan (1993) wird ein „biopsychosoziales Ursachenmodell“ vermittelt. Ausgangspunkt ist die Annahme einer bei einem Kind bereits angelegten Störung der Emotionsregulation. Diese hat an sich noch keinen Krankheitswert, stellt lediglich eine individuelle Besonderheit dar. Erst in Verbindung mit einer „invalidierenden Umwelt“ mündet diese Vorbedingung in eine sich gegenseitig verstärkende Problematik, die zur zunehmenden Entwicklung dysfunktionaler Verhaltensweisen beim betroffenen Kind führen kann. Unter einer „invalidierenden Umwelt“ wird ein Klima des „Ungültigmachens“ emotionaler Äußerungen verstanden, von ständigem Hinterfragen, Abwerten oder Ignorieren emotionaler kindlicher Äußerungen, aber auch eine unberechenbare elterliche emotionale Haltung, die keine Sicherheit bietet.

Es muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass der zugrunde gelegte sich verstärkende Mechanismus keine „schuldhaft“ Komponente haben muss. Selbst in einem Familiensystem, in dem alle das „Beste wollen“, kann es Konstellationen geben, die in eine derartige Entwicklung münden (z. B. unter außergewöhnlichen psychosozialen Belastungen). Eine besonders schwerwiegende Form der Invalidierung stellen jedoch Situationen dar, in der Kinder Gewalt ausgesetzt sind, sei es in Form massiver emotionaler Vernachlässigung, körperlicher Misshandlung oder sexueller Übergriffe. Für viele Betroffene stellt der hier beschriebene Aspekt eine erhebliche Beruhigung dar. Insbesondere unter dem Eindruck des immer wieder diskutierten Zusammenhangs zwischen Trauma und BPS vermuten viele Menschen mit BPS eine „in grauer Vorzeit“ stattgefundene Traumatisierung, auch wenn es in der biografischen Erinnerung keinerlei Anhalt dafür gibt.

Weitere therapeutische Schulen sehen im Zentrum der BPS anstelle der Emotionsregulationsstörung andere Schwier-

rigkeiten. So wird ein TFP-orientiertes Ursachenmodell die Identitätsstörung in den Mittelpunkt stellen, ein MBT-orientiertes Modell die Bindungssituation zwischen dem Patienten und den frühen Bezugspersonen. Für beide Überlegungen ist eine ähnlich nachvollziehbare schematische Darstellung möglich, wie dies im Folgenden für das Modell von Linehan versucht wird.

Selbstverständlich ist eine differenziertere neurobiologische Darstellung denkbar (■ **Abb. 1**). Herpertz (2011) weist auf die Möglichkeiten einer Vermittlung etwa der präfrontolimbischen Dysfunktion als Grundlage des Temperaments bzw. der emotionalen Labilität hin. Gleichzeitig zeigt die Erfahrung mit psychoedukativen Gruppen, dass eine Überforderung der Gruppe kontraproduktiv für den Gesamterfolg des Programms ist. Daher ist eine an der spezifischen Gruppe orientierte Abwägung notwendig, wann eine Eingrenzung der Schilderung von Details oder Informationen vorgenommen werden muss.

4. Gruppensitzung: komorbide psychische Probleme

Ziel des Treffens ist, die Teilnehmer für die Problematik komorbider Störungen zu sensibilisieren. Neben der Erläuterung einzelner Krankheitsbilder stehen die Information zu Behandlungsmöglichkeiten und, wo immer angezeigt, eine Hierarchisierung des therapeutischen Vorgehens. Beispielhaft kann die Problematik von Abhängigkeitserkrankungen genannt werden; eine aktive Sucht wird alle Bemühungen einer Psychotherapie der BPS zu nichte machen. Daher ist es die Überzeugung der Autoren, eine Suchterkrankung bevorzugt zu behandeln oder alternativ ein Doppeldiagnosensetting aufzusuchen. Auch kann an dieser Stelle vonseiten des Gruppenleiters eine Einschätzung der Behandlung von Traumafolgeproblemen gegeben werden, die im Unterschied zur häufigen Haltung der Betroffenen, erst nach Überwindung akuter selbst- oder therapiegefährdender Verhaltensschemata angegangen werden sollte. Entscheidend ist auch in diesem Modul, eine Balance darin zu finden, nicht alle denkbaren Störungsbilder besprechen zu wollen und dabei gleichzeitig die „unverzicht-

baren“ psychischen Probleme wie affektive Störungen, Essstörungen und Abhängigkeitserkrankungen nicht zu übersehen. Meist werden neben den genannten Erkrankungen auch Angststörungen, Zwang, somatoforme Störung, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) sowie schizophrene Psychosen zu erläutern sein.

5. Gruppensitzung: Psychopharmaka I

Zunächst erfolgt eine allgemeine Information darüber, welche Medikamentengruppen zu den Psychopharmaka gezählt werden. Zudem kann die historische Entwicklung erläutert werden, seit wann also wirksame Psychopharmaka zur Verfügung stehen. Im Zentrum dieses Treffens stehen Antidepressiva und stimmungsstabilisierende Medikamente. Diese Auswahl erfolgt aufgrund der besonderen Bedeutung dieser Substanzgruppen für die BPS-Therapie.

Hinsichtlich der Antidepressiva werden die Namen der in der Gruppe bekannten Medikamente gesammelt und vom Gruppenleiter, bevorzugt unter der Generikabezeichnung, nach dem Wirkmechanismus geordnet. Soweit Vertreter der unterschiedlichen Antidepressivagruppen genannt werden, erfolgt eine Ordnung nach:

- Trizyklika (TZA),
- Tetrazyklika (hier kann z. B. auch Mirtazapin zugeordnet werden),
- selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI),
- Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNaRI),
- dopaminerge Antidepressiva (z. B. Bupropion),
- Monoaminoxidase(MAO)-Hemmer,
- melatonerge Antidepressiva (z. B. Agomelatin) und
- pflanzliche Substanzen (z. B. Johanniskraut).

Auch in diesem Modul müssen nicht alle verfügbaren Antidepressiva aufgezählt werden; unverzichtbar sind SSRI und SNaRI. Soweit TZA genannt werden, erfolgt die klare Wertung, dass diese Medikamente aufgrund ihrer vielen möglichen Nebenwirkungen bei der BPS nicht verordnet werden sollten. Eine dezidierte

Auseinandersetzung zum Thema der Toxizität erfolgt nicht. Zu den übrigen Antidepressiva wird eine offene Diskussion von Wirkung und unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) geführt.

Als mögliche Indikationen zur Verordnung von Antidepressiva werden genannt:

- depressive Verstimmung,
- Impulsivität,
- Angst,
- Zwang,
- Bulimie (Fluoxetin),
- Schlafstörungen (Agomelatin, Mirtazapin).

Zur Versachlichung der Wirkweise von Antidepressiva wird ein rezeptororientiertes Modell eingeführt. Im Zentrum steht die Verbindung von zwei Nervenzellen, die an der Flipchart aufgezeichnet wird. Es kann der biologische Vorgang der Transmitterausschüttung am Beispiel des Neurotransmitters Serotonin erläutert werden. Dabei bietet sich an, die über chronischen Stress vermittelte Reduktion der Serotoninkonzentration als Ursache eines depressiven Stoffwechseldefizits zu erklären. Auch ein derartiger Ansatz nimmt depressiven Stimmungszuständen den häufig von BPS-Patientinnen betonten bewertenden Aspekt einer „Schwäche“. An dessen Stelle wird damit ein sachlich-funktionales Stoffwechselmodell gesetzt.

Im zweiten Teil erfolgt eine Information zu den stimmungsstabilisierenden Medikamenten: Lithium als erste Substanz mit stimmungsstabilisierenden Eigenschaften, wobei neben den positiven Wirkeffekten (Stabilisierung insbesondere bei bipolarer affektiver Störung, antimanischer Effekt, Reduktion von Suizidalität) die UAW benannt werden müssen (hier insbesondere: enger therapeutischer Wirkbereich mit absolut zuverlässiger Einnahme, Tremor, Gewichtszunahme, Schilddrüsen- und Nierenfunktionsstörungen). Für die Antiepileptika (Carbamazepin, Valproat, Lamotrigin, ggf. Topiramat und Pregabalin) erfolgt ein ähnliches Vorgehen. Der nur komplex zu fassende Wirkmechanismus kann modellartig als „Stabilisierung der Nervenzellmembranen“ umschrieben werden.

6. Gruppensitzung: Psychopharmaka II

In dieser Informationseinheit werden Antipsychotika, Benzodiazepine und andere in der BPS-Behandlung eingesetzte Substanzen besprochen. Analog zum bekannten Vorgehen erfolgt zunächst die Sammlung der in der Gruppe bekannten Antipsychotika. Auch bei dieser Medikamentengruppe sollte aufgrund der bekannten höheren Empfindlichkeit der BPS-Patienten gegenüber UAW eine Wertung zugunsten atypischer Präparate erfolgen. Insbesondere die dauerhafte Verordnung hochpotenter klassischer Antipsychotika (z. B. auch Fluspirilen) ist abzulehnen, wenn keine komorbide schizophrene Erkrankung ein solches Vorgehen bedingt. Als Indikationen zur Gabe von Antipsychotika können anhaltende wahnhaft-symptomatische oder paranoide Überzeugungen, Halluzinationen, ebenso wie bestimmte Formen von Schlafstörungen, quälende innere Unruhe und maniforme Schwankungen im Rahmen von bipolaren Erkrankungen genannt werden. Patienten sollten am Ende der Einheit eine Vorstellung über den Begriff der atypischen Antipsychotika haben und deren Wirkungen sowie Nebenwirkungen verstanden haben. Insbesondere der häufig leidvoll erfahrene Aspekt der Gewichtszunahme unter Medikation sollte angesprochen worden sein. Dabei gilt grundsätzlich die Regel, keine UAW ohne Lösungsansatz bei deren Auftreten zu besprechen. Im Fall der Appetitsteigerung kann z. B. stichwortartig die Wichtigkeit folgender Maßnahmen erklärt werden:

- regelmäßige Hauptmahlzeiten,
- körperliche Aktivität,
- Verzicht auf gesüßte Getränke,
- Obst/Karotten als Zwischenmahlzeit,
- Umstellung der Behandlung/Dosisanpassung, bevor die Situation außer Kontrolle gerät.

Im zweiten Teil werden Benzodiazepine thematisiert. Hier kann als therapeutische Grundhaltung empfohlen werden, sich klar gegen eine Gabe von Benzodiazepinen auszusprechen. Tatsächlich gibt es zumindest für eine dauerhafte Benzodiazepinbehandlung bei der BPS keine Indikation. Effekte sind – wenn überhaupt – vorübergehend, die Gefahr einer Abhän-

gigkeitsentwicklung bereits an der häufig fest verankerten Einstellung „ich bin angespannt – ich brauche Tavor“ ablesbar. Ebenso abzulehnen ist der unkritische Einsatz von „Z-Hypnotika“ (Zolpidem, Zopiklon und Zaleplon).

Als weitere Substanz bei BPS kann der Opiatantagonist Naltrexon mit den Indikationen bei anhaltenden, wiederkehrenden, schweren dissoziativen Zuständen oder Traumaerinnerungen in bildhafter Form erläutert werden. Zudem kann ggf. auch Clonidin als medikamentöse Strategie bei anhaltender Anspannung besprochen werden.

7. Gruppensitzung: Krisenintervention und Notfallplan

Die Inhalte dieses Moduls orientieren sich eng an den Vorgaben der DBT und sollen gerade Patienten ohne Erfahrung in dieser Therapieform Gelegenheit geben, eine Vorstellung davon zu entwickeln. Ideal ist eine hinsichtlich DBT-Erfahrung gemischte Gruppe, bei der die erfahrenen Teilnehmer ihr praktisches Wissen einbringen können. Thematisch wird zunächst die Spannungskurve aus dem DBT-Programm erarbeitet, mit Betonung der Hochstresssituationen und Einführung der Stresstoleranzfertigkeiten. Dabei sollte aus der Erfahrung der Autoren bereits bei dieser Einheit angeführt werden, dass eine erste Bewältigung der Hochspannung unmittelbar dazu führen muss, dass die betreffende Person Schritte unternimmt, um das auslösende Problem zu bewältigen. Konkret heißt das z. B. bei einer Krise, die durch einen Konflikt am Arbeitsplatz ausgelöst wurde, nach Bewältigung der akuten Anspannung ein entlastendes Gespräch zu suchen oder etwa eine „Pro- und Kontra-Abwägung“ der Konfliktlösungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Dies ist insbesondere deshalb angezeigt, da fast immer ein Teilnehmer die Überzeugung vertritt, Stresstoleranz-Skills seien „weitgehend nutzlos“. Hintergrund ist die oft falsch verstandene oder falsch vermittelte Anwendung von Notfallfertigkeiten als einzig verfügbares Handlungsmittel, was zu einem „Gewöhnungs- und Abnutzungseffekt“ führt und selbstverständlich kein Problem dieser Welt lösen kann, außer eben Hochspannung. Ziel ist, dass jeder Teilnehmer mit selbstschädigenden

Verhaltensweisen bis zum folgenden Treffen ein eigenes Set von Stresstoleranzfertigkeiten erprobt hat und einen individuellen Notfallkoffer mit sich führt. Beispielfähig wird für die Stresstoleranz-Skills ein Notfallkoffer der Station gezeigt, ebenso willkommen sind Notfallsets der Teilnehmer.

Über die im Alltag häufigen Notfallsituationen hinaus wird das Thema einer „Krise“ erarbeitet. Als „Krise“ wird eine Situation definiert, bei der der Betroffene zu der Überzeugung kommt, diese nicht mehr aus eigener Kraft lösen zu können. Damit verbunden sind meist intensive Gefühle von Angst oder Hilflosigkeit. Während der Schwerpunkt des ersten Teils der Sitzung darin liegt, die Selbsthilfefähigkeit zu stärken, geht es im zweiten Abschnitt darum, zu einem angemessenen Zeitpunkt fremde Hilfe zu aktivieren. Dies kann ein Telefonkontakt zu einer Vertrauensperson sein, der idealerweise in ruhigen Zeiten vorbereitet wurde („Können wir miteinander vereinbaren, dass ich Dich in Momenten, in denen ich überhaupt nicht mehr weiter weiß ...“). Darüber hinaus werden Kontakttelefonnummern von Krisentelefonen, Ambulanz- und Klinikadressen vermittelt. In dieser Stunde bekommen die Teilnehmer ein Hand-out.

8. Gruppensitzung: Psychotherapie I

Neben einer allgemeinen Information zum Thema Psychotherapie, etwa der Nennung der wichtigsten Psychotherapieformen, konzentriert sich diese Sitzung auf die Vermittlung von Grundkenntnissen zum Thema DBT. Patienten sollten erfahren, dass DBT, als erstes störungsspezifisches Psychotherapiemodell für die BPS, wissenschaftlich gut untersucht und in den 1980er Jahren von Marsha Linehan begründet wurde. Unter dem Begriff der Dialektik wird verstanden, dass es kein „richtig“ oder „falsch“ gibt, sondern verschiedene Positionen, die ihre individuelle Berechtigung in der Erreichung bestimmter Ziele haben. Eine dialektische Herangehensweise an ein Problem wird also stets versuchen, die Situation in ausgewogener Form anzugehen, mit angemessener Emotion und Gedanken. Ziel der DBT ist es, die emotionale Belastbarkeit der Pa-

tienten zu erhöhen und aus einer Lebenssituation, die von Krisen geprägt ist, herauszuführen. Der Therapeut versteht sich als „Trainer“ oder „Bergführer“, der hilft, einen oft hohen und massiven Berg zu überwinden. Patienten ihrerseits müssen bereit sein, einen neuen Weg einzuschlagen, alte – meist destruktive – Verhaltensmuster hinter sich zu lassen, um von der Behandlung zu profitieren. Die DBT ist in vielen Bereichen ein sehr lebensnahes, praktisches und übendes Therapieverfahren. Behandlungselemente der DBT-Therapie sind:

- verhaltenstherapeutische Einzelbehandlung,
- Teilnahme an einem Fertigkeitentraining in der Gruppe (Skillstraining),
- Möglichkeit zu Notfalltelefonkontakten zu Therapeuten und
- Supervision des Therapeuten.

Der letztgenannte Aspekt macht es häufig notwendig, die Therapiesitzungen auf Video aufzuzeichnen.

Die DBT verlangt von den Patienten klare Absprachen in Form schriftlicher Vereinbarungen. Im Alltag hierarchisiert die DBT die zu bearbeitenden Themen nach deren Wichtigkeit. Dabei stehen Suizidalität, selbstschädigendes Verhalten und therapiegefährdendes Verhalten an den ersten Positionen dieser Themenhierarchie. Erst wenn diese Problemfelder gelöst sind, kann sich der Therapeut anderen Problemen zuwenden.

Die DBT ist in Deutschland sowohl als ambulantes als auch stationäres Therapieverfahren verfügbar. Bei Bedarf erhalten Patienten Kontaktmöglichkeiten zu DBT-Behandlungsangeboten.

9. Gruppensitzung: Psychotherapie II

Mittelpunkt dieser Sitzung ist die Vermittlung von Informationen zur TFP als alternatives störungsspezifisches Behandlungsverfahren. Dieses wurde in den 1980er Jahren von Kernberg in den USA konzipiert und liegt seit Anfang der 1990er Jahre als manualisierte Therapie vor (Clarkin et al. 2001). Patienten sollen von der Grundannahme einer gestörten Identität, als Kernproblem der BPS, erfahren. Dabei kann das Problemfeld „Identität“ damit verdeutlicht werden, dass Menschen mit einer Identitätsstörung nicht oder nur un-

zureichend in der Lage sind, auf die Fragen „Was sind Ihre wichtigsten positiven und negativen Eigenschaften? Was unterscheidet Sie von anderen Menschen?“ eine konsistente und differenzierte Antwort zu geben. Die ungelöste Frage der Identität zieht einen ebenso unvollständigen wie wechselhaften Eindruck von anderen Menschen nach sich (Objektbild). Die Problematik der nichtintegrierten Identität führt somit zu einer emotional unausgewogenen, von intensiven Gefühlen geleiteten Beziehungsgestaltung. Es ist möglich, die theoretischen Grundannahmen der TFP in einer einfachen Grafik gesunder und fragmentierter Identität darzustellen (Rentrop et al. 2006, S. 107). Ziel der TFP-Behandlung ist es, den Patienten ein sicheres und stabiles Bild von sich selbst und wichtigen Anderen zu vermitteln. Für die Behandlung selbst wird die Beobachtung genutzt, dass Menschen dazu neigen, Beziehungserfahrungen zu wiederholen. Da diese zwischenmenschlichen Erfahrungen auch in der therapeutischen Beziehung wirksam werden, steht diese Beziehung zwischen Therapeut und Patient im Mittelpunkt der Betrachtung. Der Therapeut klärt durch Nachfragen die nichtnachvollziehbaren oder widersprüchlichen Aussagen des Patienten; er konfrontiert mit Widersprüchen und versucht, wichtige Erkenntnisse in Form von Zusammenfassungen (Deutungen) als Verständnisangebote für den Patienten nutzbar zu machen.

Eine TFP-Behandlung hat eine mündliche Behandlungsvereinbarung als Basis, die individuell zwischen Patient und Therapeut in mehreren Gesprächen getroffen wird. Die Therapie findet 2-mal/Woche statt. Hinsichtlich der Themen der Behandlung gilt die gleiche Hierarchie, wie sie auch bei der DBT Anwendung findet. Die TFP ist jedoch kein symptomorientiertes oder übendes, sondern eher ein verständnis- und einsichtsorientiertes Verfahren. Vom Therapeuten kann der Patient daher nur in sehr begrenztem Umfang eine pragmatisch begleitende und unterstützende Haltung erwarten. Der Therapeut hilft eher, neugierig auf die eigene innere Welt zu werden und die eigenen Reaktionen besser einordnen zu können, um darüber innere Einstellungen und Verhaltensweisen zu verändern.

Von den Patienten wird hierbei erwartet, dass unaufgefordert alle wichtigen Themen angesprochen werden, entsprechend der Themenhierarchie.

Die TFP ist ebenfalls wissenschaftlich gut untersucht worden (z. B. Doering et al. 2010). Das Verfahren wird überwiegend ambulant und nur in Ausnahmefällen im stationären Rahmen angeboten.

Je nach regionaler Verfügbarkeit oder therapeutischer Ausrichtung einer Klinik kann an dieser Stelle das Modul TFP durch eine inhaltlich entsprechend aufgebaute Information zur Schematherapie oder MBT ergänzt bzw. ersetzt werden.

10. Gruppensitzung: offene Themengestaltung und Abschluss

Die letzte Gruppensitzung hat kein festgelegtes eigenes Thema. Es besteht die Möglichkeit Themen, die in den übrigen Stunden nicht abgeschlossen werden konnten, fortzusetzen. Darüber hinaus sind Themen von allgemeinem Interesse für BPS-Patienten im Manual als zusätzliches Angebot vorbereitet. Dies sind:

- Schlaf/Schlafhygiene,
- ausgewogene Ernährung,
- Umgang mit körperlichen Erkrankungen und
- Umgang mit Genussmitteln.

Unbedingt notwendig ist eine strukturierte Form des Abschieds von der Gruppe, etwa in einer Rückmeldung über das „was der Einzelne aus dem Programm mitnimmt“ oder eine Anerkennung für die geleistete Arbeit.

Arbeit mit Angehörigen

Die Zusammenarbeit mit Angehörigen von BPS-Patienten wird häufig von komplexen Familienkonstellationen überschattet. Die Autoren legen großen Wert darauf, dass Patienten über die Teilnahme ihrer Angehörigen informiert und ausdrücklich damit einverstanden sind. Angehörige, deren BPS-Patienten keinen Berührungspunkt zum Behandlungssetting der Einrichtung haben, können, ohne ein Einverständnis der Patienten vorweisen zu müssen, teilnehmen.

Die in der Angehörigengruppe vermittelten Inhalte entsprechen den für die Patientengruppe vorgestellten Themen. Da-

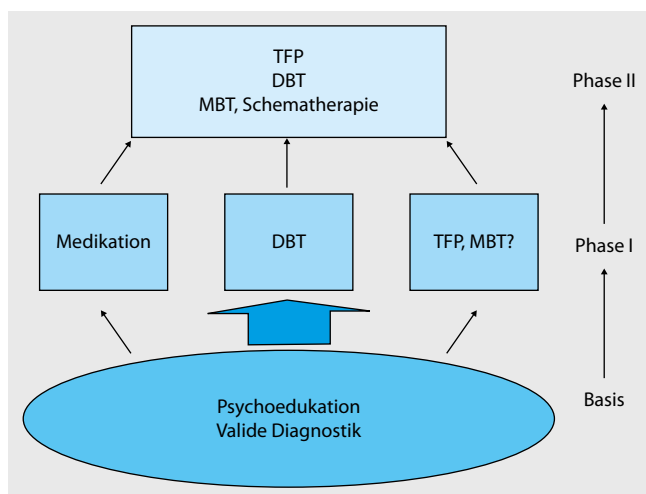


Abb. 2 ◀ Multimodaler Behandlungsalgorithmus der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *DBT* dialektisch behaviorale Therapie, *MBT* mentalisierungs-basierte Therapie, *TFP* übertragungsfokussierte Psychotherapie

bei sollen die Treffen Medikation/Psychotherapie auf jeweils eine Stunde reduziert werden, um den Themen einer „dialektischen, nichtwertenden Grundhaltung“ und Strategien der intrafamiliären Kommunikation Raum zu geben. Grundzüge der Kommunikationsstrategie sind im Folgenden zusammengefasst (mod. nach Berkowitz u. Gunderson 2002):

- familiäre Routine pflegen (gemeinsame Mahlzeiten, Hobbys, Ausflüge, Urlaub),
- an gute Zeiten glauben, daran erinnern (Dia-, Filmabend),
- kein Rückzug aus dem Freundeskreis,
- Zuhören und bei Kritik „nicht gleich rechtfertigen“,
- Probleme offen ansprechen,
- gemeinsames Vorgehen der Eltern,
- Grenzen setzen, Ich-Botschaften verwenden,
- Betroffene nicht vor allen natürlichen Konsequenzen ihres Handelns schützen,
- dysfunktionale Verhaltensweisen nicht tolerieren (Schreien, Spucken, Drohen),
- Vorsicht mit eigenen Drohungen und Ultimaten, lediglich das androhen, was tatsächlich umgesetzt wird,

Ebenso wird der Krisenbewältigungsabschnitt ausgebaut und auf die Bedürfnisse der Familien angepasst. Dabei gelten folgende Ankerpunkte:

- Krisensituationen beachten, aber Ruhe bewahren,
- suizidale und selbstdestruktive Äußerungen ernst nehmen,

- kein Geheimnis um selbstschädigendes Verhalten machen,
- Notfallplan:
 - Wann überschreitet die Situation die Möglichkeiten der Familie?
 - Wer kann wann, wie helfen?
 - Welcher Therapeut, welche Klinik können einbezogen werden?
 - Professionelle Hilfen (Telefonnummern).

Es ist das übergeordnete Ziel des Angehörigenprogramms, die Gruppe nach Abschluss des Informationsteils in eine Selbsthilfegruppe ohne professionelle Begleitung zu überführen. Daher wird zum Ende des Programms schrittweise eine Übernahme der Gruppenleitungsposition durch wechselnde Teilnehmer eingeführt. Die Frequenz der Gruppentreffen soll 2-wöchig eingerichtet werden, um einen ausreichenden Zeitraum des Kennenlernens und der Vertrauensbildung vorzuhalten.

Zur Fortsetzung der psychoedukativen Gruppe soll eine Familie jeweils ein Thema oder Problem einbringen, das gemeinsam diskutiert wird, um in einem „Brainstorming-Prozess“ Lösungsmöglichkeiten zu suchen. Im Folgetreffen wird der Lösungsversuch diskutiert, danach ein neues Thema ausgewählt.

Stellung der Psychoedukation innerhalb der Behandlungsmöglichkeiten

Psychoedukation versteht sich auch in der Behandlung von BPS-Patienten als Basismodul innerhalb eines multimodalen Be-

handlungsalgorithmus. In **Abb. 2** ist dies dargestellt. Im besten Fall kann Psychoedukation dazu beitragen, dass Therapeut und Patient eine gemeinsame Entscheidung über die langfristige Hilfe treffen können. Phase I der Behandlung meint eine Situation, in der selbstschädigendes und suizidales Verhalten noch eine Bedeutung hat. Unter Phase II wird die Behandlung nach Überwindung schwer destruktiven Verhaltens verstanden.

Fazit für die Praxis

Psychoedukation versteht sich in der Behandlung von BPS-Patienten als Basismodul innerhalb eines multimodalen Behandlungsalgorithmus. Psychoedukative Interventionen im Sinne der Basispsychotherapie zielen auf die Vermittlung von Informationen und eines tragfähigen Krankheitsmodells sowie die Stärkung der Selbstbewältigungsstrategien und Behandlungsbereitschaft der Patienten. Im Unterschied zu anderen Krankheitsbildern meint Behandlungsbereitschaft hier in erster Linie eine kontinuierliche psychotherapeutische Behandlung. Bezüglich der Medikation soll die Vermittlung eines soliden Grundwissens dafür sorgen, dass Menschen mit BPS in die Lage versetzt werden, mit ihren Psychiatern „auf Augenhöhe“ Behandlungsstrategien diskutieren zu können. Dabei gilt es auch, vielfältige Ängste und Befürchtungen gegenüber medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlungsansätzen abzubauen.

Korrespondenzadresse

Dr. Michael Rentrop

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar der TU Ismaninger Str. 22, 81675 München
michael.rentrop@lrz.tum.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor weist für sich und seine Koautoren auf folgende Beziehungen hin: Vorträge und Workshops für Janssen-Cilag, Essex Pharma, Eli Lilly und AstraZeneca.

Literatur

- American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3. Aufl. American Psychiatric Association, Washington
- Bäuml J, Froböse T, Kraemer S et al (2006) Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophr Bull* 32:1–9
- Bäuml J, Pitschel-Walz G (2008) Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“, 2. Aufl., Schattauer, Stuttgart
- Bateman AW, Fonagy P (1999) Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 156:1563–1569
- Bateman A, Fonagy P (2009) Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 166:1355–1364
- Bender DS, Dolan RT, Skodol AE et al (2001) Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry* 158:295–302
- Berkowitz CB, Gunderson JG (2002) Multifamily psychoeducational treatment of borderline personality disorder. In: McFarlane WR (Hrsg) Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders. Guilford, New York
- Bohus M (2002) Borderline-Störung. Hogrefe, Göttingen
- Bohus M (2007) Zur Versorgungssituation der Borderline-Patienten in Deutschland. *Persönlichkeitsstör Theorie Ther* 11:149–153
- Bohus M, Kröger C (2011) Psychopathologie und Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt* 82:16–24
- Burkhard A (2008) Achtsamkeit. Ein Meditationshandbuch für Therapeuten und Klienten, 3. Aufl. CIP, München
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (2001) Psychotherapie der Borderline Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. Schattauer, Stuttgart
- Doering S, Hörz S, Rentrop M et al (2010) Transference-focused psychotherapy vs. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 196:389–395
- Giesen-Bloo J, Dyck R van, Spinhoven P et al (2006) Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 63:649–658
- Herpertz SC (2011) Beitrag der Neurobiologie zum Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt* 82:9–15
- Jobst A, Hörz S, Birkhofer A et al (2010) Einstellung von Psychotherapeuten gegenüber der Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 60:126–131
- Kliem S, Kröger C, Kosfelder J (2010) Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effect modeling. *J Consult Clin Psychol* 78:936–951
- Linehan MM (1993) Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford, New York
- Rentrop M, Reicherzer M, Bäuml J (2006) Psychoedukation Borderline Störung, Manual zur Leitung von Patienten und Angehörigengruppen. Elsevier, München
- Schneider K (1992) Klinische Psychopathologie. Thieme, Stuttgart New York, 14. unveränderte Auflage [Def. Persönlichkeitsstörung S. 9, „stimmungs labile Psychopathien“ S. 13].
- Schwerthöffer D, Rentrop M (2013) Psychopharmakotherapie bei Borderline Persönlichkeitsstörung (in Vorbereitung)
- Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B et al (2002) The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry* 51:936–950
- Torgersen S, Kringle E, Cramer V (2001) The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 58:590–596
- Trull T, Jahng S, Tomko R et al (2010) Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord* 24:412–426
- Young JE (1999) Cognitive therapy for personality disorders: a schema focused approach, 3. Aufl. Professional Resource Exchange, Sarasota
- Zanarini MC, Frankenburg FR (2008) A preliminary, randomized trial of psychoeducation for women with borderline personality disorder. *J Pers Disord* 22:284–290

Kurt-Schneider-Wissenschaftspreis 2012

Der mit 10.000 Euro dotierte Preis wird anlässlich des 18. Weißenauer Schizophrenie-Symposiums im Kölner Maternushaus am 15. Dezember 2012 zum 13. Mal verliehen. Er dient der Förderung der psychiatrischen Forschung, vorrangig auf dem Gebiet der Schizophrenien einschließlich Grundlagenforschung (klinische Psychopathologie, Biochemie, Neuropsychologie, Psychopharmakologie, Genetik, Epidemiologie), Diagnostik, Prävention, Therapie und Rehabilitation. Zu den Kuratoriumsmitgliedern zählen Peter Berner (Paris), Ludger Hargarter (Neuss), Gisela Gross (Bonn), Gerd Huber (Bonn), Werner Janzarik (Heidelberg), Joachim Klosterkötter (Köln), Henning Saß (Aachen) und Lilo Süllwold (Frankfurt/M.). Mit dem Kurt-Schneider-Wissenschaftspreis sollen besondere wissenschaftliche Leistungen gewürdigt werden. Einsendungen von einer publizierten oder bereits zum Druck angenommenen Arbeit in deutscher oder englischer Sprache (neunfache Ausfertigung für das Preiskuratorium mit einseitigem Exposé, mehr als eine Arbeit nur in begründeten Ausnahmefällen) können bis zum 31. Oktober 2012 geschickt werden an:

Professor Dr. med. Joachim Klosterkötter,
Direktor der Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie, Uniklinik Köln,
Kerpener Str. 62, 50924 Köln
Tel.: +49 (0)221-478-4010
Fax: +49 (0)221-478-5593
E-mail: joachim.klosterkoetter@uk-koeln.de
<http://neurologie-psychiatrie.uk-koeln.de/psychiatrie-und-psychotherapie/>