

ALICE SENDERA

## Persönlichkeitsstörungen – Beziehungsstörungen

### **Abstract**

In der psychotherapeutischen Behandlung ist die Arbeit mit Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung eine große Herausforderung. Unflexible und starre Interaktions- und Verhaltensmuster auf der einen Seite, aber auch fehlendes Verständnis und negative Erwartungen auf der anderen Seite, sind oft Ursache für ungünstige Therapieverläufe.

Um Persönlichkeitsstörungen bzw. Persönlichkeitsmerkmale in ihrer ganzen Dimension zu erfassen, ist es notwendig, Kenntnisse über Motive, Interaktionsmuster und Beziehungserfahrungen zu erlangen. Darüber hinaus wird meist ein multimodales Modell herangezogen, um die zur Persönlichkeit gehörenden einzigartigen psychologischen und physiologischen Merkmale mit der jeweils charakteristischen Anpassung an externe Gegebenheiten zu beschreiben. Persönlichkeitsmerkmale, die einer Persönlichkeitsstörung zugeordnet werden, kommen mit unterschiedlicher Ausprägung vor und gelten vielfach als individueller Persönlichkeitsstil. Wir verstehen darunter Verhaltens- und Erlebensweisen mit einer charakteristischen Persönlichkeitsstruktur, die je nach Erfahrungen flexibel oder unflexibel auf Reize und Erwartungen der Umgebung reagieren. Der Übergang vom Persönlichkeitsstil zur Persönlichkeitsstörung ist jedoch fließend und abhängig vom jeweiligen sozialen Kontext. Das Kontinuum der Ausprägung der Charakteristika reicht demnach von der individuellen Ausprägung (Stil) über die Akzentuierung bis hin zu einer schweren Persönlichkeitsstörung. Dabei gibt es keine klaren empirischen Kriterien, ab wann ein Stil eine Störung wird, Persönlichkeitsstörung ist nicht gleich Persönlichkeitsstörung, selbst bei markanten prototypischen Auffälligkeiten gibt es tiefgreifende Unterschiede (Fiedler, 2016).

Um negativen Erwartungen und Einstellungen entgegensteuern zu können, ist ein wichtiger Aspekt die Entpathologisierung, die weitgehend auf dem Verständnis für die Störung der sozialen Interaktion basiert. Persönlichkeitsstörung wird demnach als Beziehungs- und Interaktionsstörung, die erst im sozialen Kontext greifbar wird und sich in dysfunktionalen Beziehungsmustern zeigt, gesehen (Sachse, 2013).

Auch in der Diagnostik gibt es einen Paradigmenwechsel, seit der letzten Revision wird die kategoriale Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen um

einen dimensionalen Ansatz zur Beurteilung von Persönlichkeitsmerkmalen erweitert. Für die klinische Praxis bedeutet das neue Modell, dass nicht nur das Funktionsniveau, sondern auch die interpersonelle Dysfunktion zu berücksichtigen ist.

Für eine gelungene Psychotherapie ist es wichtig, ein Störungsverständnis zu entwickeln, zu erfahren, welche Bindungsqualität, welche unerfüllten Bedürfnisse, Grundannahmen und Erfahrungen im Laufe der Lebensgeschichte prägend waren sowie das Beziehungsverhalten und Beziehungserleben beeinflussen und aufrechterhalten. Das Verständnis für Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung ermöglicht auf der Grundlage eines fundierten Störungsmodells und einer guten therapeutischen Beziehung effektive psychotherapeutische Interventionen zu planen und umzusetzen.

Allen Behandlungsansätzen wohnen die Fragen „In welche Richtung soll verändert werden? Was ist behandelbar, um Lebensqualität und Lebenszufriedenheit zu erhöhen?“ inne, das setzt voraus, dass neben den präsentierten Problemen auch die dysfunktionalen Persönlichkeitszüge, die interpersonellen Interaktionsstile und Verhaltensmuster, die das soziale Funktionsniveau und die Lebensqualität der Person beeinträchtigen, transparent kommuniziert werden, mit dem Ziel Motive für interpersonelle Muster und Interaktionen zu erkennen und zu verändern.

## STÖRUNGSVERSTÄNDNIS – MODELLE

Im historischen Rückblick gesehen, wurden in allen Kulturen und Gesellschaften Aufzeichnungen über Außenseiter, Sonderlinge und Menschen, die nicht in den sozialen Kontext passen, gemacht. Die Erklärungen und Auflistungen schlechter Eigenschaften und von Fehlverhaltensweisen zeigen vorwiegend psychisches Leid im Beziehungs- und Leistungsbereich und die Tendenz zur Norm- und Regelverletzung auf (Sendera, 2016). In der Psychiatrie wurde lange Zeit der Begriff „Psychopath“ für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen verwendet, ein Begriff, der heute noch in manchen Köpfen herumspukt. Persönlichkeitsstörungen werden als Krankheit betrachtet und die ganze Person, die Gesamtpersönlichkeit, wird in Frage gestellt. In weiterer Folge geht das Problem der Stigmatisierung der betroffenen Menschen über die Zuordnung der Begrifflichkeit hinaus.

Heute verwenden sowohl ICD (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) als auch DSM (American Psychiatric Association) den Störungsbegriff ohne Implikationen in Richtung Erkrankung. Das Leiden, die Einschränkungen der sozialen Kompetenz und die Beschreibung der psychosozialen Belastungsfaktoren werden thematisiert.

Die einzigartigen Wesensmerkmale eines Menschen, die Art und Weise zu denken und zu fühlen, die charakteristischen Einstellungen, Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Verhaltenstendenzen, die Art der Beweglichkeit, auf die Außenwelt zu reagieren, die typischen Interaktionsmuster und die Besonderheiten der Beziehungsgestaltung sind Ausdruck einer unverwechselbaren Persönlichkeit. Die Vielfalt der kognitiven Prozesse, des emotionalen Erlebens und Ausdruckes, das Tempo der Prozesse ist abhängig von sozialen, kulturellen und interpersonellen Bedingungen. Einige Konzepte der Persönlichkeitsstörung gehen davon aus, dass diese durch das Zusammenspiel biologischer und psychischer Faktoren sowie ungünstiger Entwicklungs- und Umweltbedingungen entstehen. Modelle über das Entstehen der Problembereiche helfen, diese zu verstehen und auf die Besonderheiten in der Interaktion mit Betroffenen aufmerksam zu machen. Aus Sicht der Persönlichkeitspsychologie stellen Persönlichkeitsstörungen extreme Ausprägungen basaler Persönlichkeitsdimensionen dar.

Generell basiert die Ätiologie von Persönlichkeitsstörungen auf dem bio-psychosozialen Modell. Vertreter der kognitiv-behavioralen Modelle beschreiben das Zusammenspiel dysfunktionaler Grundannahmen der Person über sich selbst und andere. Diese beeinflussen die Informationsverarbeitung, verstärken psychosoziale Faktoren, funktionales Verhalten und verhindern, sich

adaptiv auf funktionale soziale Interaktionen einzustellen (Beck, 2004; Linehan, 1993). Empirisch gut belegte Befunde zu den ätiologischen Faktoren liegen hauptsächlich für die Borderline-Störung vor (Renneberg, 2021).

Das Entstehungsmodell für die Borderline-Persönlichkeitsstörung von Marsha M. Linehan beruht weitgehend auf der biosozialen Theorie von Theodore Millon (Millon, 1987). Linehan und Millon betonen, dass die Borderline-Störung die Folge einer dysfunktionalen Emotionsregulation in Kombination mit invalidierenden Umweltfaktoren und den zugehörigen Interaktionsmustern sei. Nach diesem Konzept ist das Zusammenwirken zweier Faktoren bedeutsam: Die *emotionale Vulnerabilität* und ein *invalidierendes Umfeld*. Diese verstärken die emotionale Fehlregulation und begünstigen die Entwicklung dysfunktionaler Bewältigungsstrategien (Linehan, 1996). In der Folge kommt es zu einer schweren Beziehungs- und Interaktionsproblematik. Heute thematisiert das biopsychosoziale Entstehungsmodell auch die frühe prägende Erfahrung *traumatisch erlebter* Invalidierung. Diese Erfahrungen zeigen oft Widersprüchlichkeiten der als subjektiv erlebten traumatischen Vernachlässigung, Enttäuschung oder Zurückweisung durch Patient\*innen im Vergleich zur Einschätzung elterlicher Fürsorge durch Bezugspersonen auf (Bohus, 2019).

Aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Sicht wurde, in Anlehnung an das theoretische Modell der kognitiven Therapie, als Störungsmodell für Persönlichkeitsstörungen das motivorientierte Indikations- und Interventionsmodell (MIIM) entwickelt. Hier werden handlungsleitende Schemata und Kernmotive des interaktionellen Verhaltens dargestellt. Die Motive sind geprägt durch die individuelle Lebensgeschichte, die Art und Weise, wie sich Menschen selbst sehen und die Welt erleben und die jeweiligen Interpretationen dieser Wahrnehmungen. Die Grundlage dieser Bereiche bildet das Selbstbild (Schema), das Bild über andere (Schema) und das Kernmotiv für interpersonelles Verhalten. Die Kernmotive des interaktionellen Verhaltens werden sowohl in der therapeutischen Beziehung als auch im Alltag berücksichtigt (Renneberg, 2021).

## DIAGNOSTIK

Persönlichkeitsstörungen werden immer häufiger diagnostiziert, in diesem Sinne haben sowohl Patient\*innen als auch Therapeut\*innen ein Interesse an einem Diagnosesystem, welches das Recht auf möglichst effektive Behandlung stärkt und Stigmatisierungstendenzen entgegenwirkt.

Alle Diagnose-Modelle beruhen auf der allgemeinen Definition, dass Betroffene ein überdauerndes Muster, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht, aufweisen. Die Muster sind stabil, zeigen sich in unterschiedlichen Situationen und führen zu Leiden oder Beeinträchtigungen. Die Störung ist in verschiedenen persönlichen und sozialen Situationen erkennbar und zeigt sich in kognitiven Mustern (Schemata), emotionalem Erleben und Ausdruck. Neu ist, dass die Störung nicht in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter beginnen muss, sondern auch später ihren Anfang nehmen kann, sie muss aber länger als zwei Jahre andauern.  
Fazit: *Die Persönlichkeit verändert sich das ganze Leben lang!*

Mit der Einführung des alternativen Modells zur Diagnostik wird der Fokus nun nicht mehr nur auf einen allgemeinen Kriterienkatalog, sondern auch auf das *Funktionsniveau* und die *Persönlichkeitsmerkmale* gelenkt. Das bedeutet, dass nicht nur das Funktionsniveau, sondern auch die interpersonelle Dysfunktion zu berücksichtigen ist. Eine zusätzliche Erweiterung folgt mit dem Inkrafttreten der deutschen Ausgabe des ICD-11-Diagnosesystems ab 2022. Hier gewinnen nicht nur diagnostische Faktoren, sondern auch behandlungsrelevante Persönlichkeitsmerkmale an Bedeutung. Mit Ausnahme der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird auf eine kategoriale Typenzuordnung verzichtet und durch fünf allgemeine Persönlichkeitscluster (so genannte *Trait Domains*) operationalisiert.

Im diagnostischen Prozess werden drei Schweregrade (*leicht, mäßig, schwer*) sowie fünf *prominente Persönlichkeitsmerkmale* (*Negative Affektivität, Distanziertheit, Dissozialität, Enthemmung, Anankasmus*) differenziert. Die Diagnosestellung orientiert sich an der jeweiligen charakteristischen Ausprägung und Einschätzung der Funktionsbeeinträchtigung (Renneberg, 2021). Die dimensional Modelle sollen einen sinnvollen und evidenzbasierten Zugang bei der Wahl von Behandlungsmethoden ermöglichen und die Auswahl erfolgversprechender Behandlungen unterstützen. Störungsspezifische Psychotherapien, wie die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT), die Schematherapie (Modus-Modell) und die mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) haben sich als besonders wirksam erwiesen.

Alle Modelle basieren auf der Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, die konstruktive therapeutische Maßnahmen und neue Beziehungserfahrungen über das therapeutische Setting hinaus ermöglichen. Der Aufbau vorhandener Kompetenzen und Ressourcen ist mit dem störungsspezifischen Ansatz im Fokus der Behandlung und fördert deren positive Wirkung.

## BEZIEHUNGSSTÖRUNG – INTERAKTIONSTÖRUNG

Persönlichkeitsstörungen werden als interpersonelle Interaktionsstörungen betrachtet, bei denen dysfunktionale Erlebens- und Verhaltensweisen unterschiedlich stark ausgeprägt sein können. Rainer Sachse geht von der Grundannahme aus, dass dysfunktionale **Überzeugungen** über Beziehungen, dysfunktionale **Intentionen**, die sich auf Interaktionen beziehen und daraus resultierende **dysfunktionale Beziehungsgestaltung** den Kern einer Persönlichkeitsstörung ausmachen. Wichtige Beziehungsmotive, wie zum Beispiel der Wunsch nach Anerkennung, Wertschätzung, verlässlichen Beziehungen und Autonomie, blieben unerfüllt oder wurden enttäuscht (Sachse, 2013). Durch Bewältigungsversuche schwieriger Interaktionserfahrungen entstehen dysfunktionale Schemata und Bewältigungsstrategien.

Aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Sicht wurde in Anlehnung an das theoretische Modell der kognitiven Therapie als Störungsmodell das motivorientierte Indikations- und Interventionsmodell (MIIM) entwickelt. In den kognitiv-behavioralen Modellen werden Persönlichkeitsstörungen als zwischenmenschliche Interaktionsstörung verstanden. Hier werden handlungsleitende Schemata und Kernmotive des interaktionellen Verhaltens dargestellt. Neben Leitsymptomen beeinflussen Selbst- und Beziehungsschemata die Beziehungsgestaltung und Interaktionen. Diese Schemata sind dysfunktional, führen zu schnellen Bewertungen und Interpretationen über Personen und Situationen. Sie sind gekoppelt an negative Erwartungen und Affekte. Sie führen zu heftigen automatisierten Informationsverarbeitungen, bereits minimale situative Auslöser rufen heftige emotionale Reaktionen hervor (Sachse, 2013).

Die Ursachen für diese Probleme bestehen oft darin, dass das Kind nicht gelernt hat, den Anforderungen in emotional besetzten Situationen gerecht zu werden. Sobald ein Schema aktiviert ist, dominiert es in hohem Maße die Informationsverarbeitung. Schemagesteuerte Coping-Strategien sind Versuche, die Spannung zwischen den nicht erfüllten kindlichen Grundbedürfnissen und

den im Erwachsenen-Kontext erlebten Anforderungen zu reduzieren. Bei Schemaaktivierung wird das Erleben des Kindes wiederholt und mangels funktionaler Alternativen werden die gewohnten Kindheits-Lösungen eingesetzt. Strategien, die früher hilfreich waren, führen oftmals im Erwachsenen-Kontext zu Problemen. Für den Einzelnen (Betroffenen) machen auch dysfunktionale Verhaltensmuster Sinn. Manipulatives Handeln wird zur Strategie, zentrale Beziehungsmotive *nur scheinbar* zu befriedigen. Das zwischenmenschliche Verhaltensmuster belastet Beziehungen zu anderen Menschen massiv und kann diese zerstören.

Jeffrey Young bezeichnet die in der Kindheit entstandenen negativen Muster als *Lebensfallen*, die sich wie ein roter Faden durch das Leben eines Menschen ziehen. Die in der Kindheit geprägten Beziehungserfahrungen beeinflussen die Partnerwahl dahingehend, dass sie die Erfahrungen der Kindheit widerspiegeln. Versuche, aus der sich wiederholenden Falle zu entkommen, sind oft Kompensations- und Lösungsversuche, die auf Dauer selbstschädigend sind (Young, 2005).

Die Interaktionsproblematik geht mit persönlichem Leid oder einer Beeinträchtigung der sozialen Funktionsfähigkeit einher. Betroffenen fällt es oft schwer, dies selbst zu erkennen, problematische Aspekte werden als Teil der eigenen Identität wahrgenommen. Es besteht eine ausgeprägte Ich-Syntonie, wesentliche Aspekte der Störung werden als ich-synton, als nicht-störend und daher als nicht veränderungsrelevant wahrgenommen: „*So bin ich eben*“. Die sozialen Folgen zeigen sich in mangelnder Beziehungsfähigkeit, durch Isolation oder in konflikthaft und instabil verlaufenden Beziehungen. Betroffene geraten immer wieder in gleicher Weise in Konflikte mit anderen, werden enttäuscht, brechen Beziehungen ab oder scheitern an ihren Arbeitsstellen, immer aus ähnlichen Gründen, immer nach ähnlichen Mustern.

## THERAPIE

In therapeutische Behandlung kommen Betroffene wegen unterschiedlicher Problembereiche (Depression, Suchterkrankung, Angststörungen, Zwänge ...), aber auch wegen Beziehungsproblemen und Problemen mit dem sozialen Umfeld (Sachse, 2013). Verhaltensmuster, die das soziale Funktionsniveau und die Lebensqualität der Person beeinträchtigen, sollten an eine Persönlichkeitsstörung denken lassen. Der Schweregrad ist abhängig von der Dysfunktionalität der betroffenen Person und deren interpersonellen Beziehungen. Dabei kann die Person selbst dieses Muster als problematisch erleben und der Wunsch nach Veränderung gegeben sein, aber es kann auch sein, dass der Wunsch besteht, die anderen mögen sich ändern, dann gäbe es keine Probleme ihrerseits.

Der therapeutische Beziehungsaufbau setzt daher eine validierende Grundhaltung gegenüber den akzentuierten Persönlichkeitsmerkmalen voraus sowie das Verständnis für interpersonelle Verhaltensmuster hinsichtlich der Grundannahmen über sich selbst und andere sowie die prägenden Leit- und Kernmotive. Diese sind als Überlebenskompetenzen in der jeweiligen Lebenssituation zu sehen. Im Rahmen einer komplementären Beziehungsgestaltung erfolgt Psychoedukation, gemeinsam wird ein individuelles Störungs- und Erklärungsmodell entwickelt, die Therapiesituation wird zum Trainingsfeld für individuell angepasste Therapiemaßnahmen. Im Zentrum stehen die Störung der zwischenmenschlichen Interaktionen mit sozial unflexiblen und wenig angepassten Verhaltensauffälligkeiten. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen erwarten auf eine bestimmte Art und Weise gesehen und behandelt zu werden (Sachse, 2020). Das motivorientierte Indikations- und Interventionsmodell unterstützt Einstellungen, Wahrnehmungen, Bewertungen und Überzeugungen bezüglich der eigenen Ziele und Bedürfnisse und hilft, diese zu erkennen und nicht zielführende Handlungsmuster zu verändern.

Das Problembewusstsein und damit der Arbeitsauftrag der Psychotherapie muss meist erst im Therapieprozess ohne großen Veränderungsdruck geschaffen werden. Eine Ausnahme bilden Menschen mit ängstlich vermeidender, schizotyper und Borderline-Störung, diese erleben ihre Problematik als ich-dyston und kommen wegen der störungsspezifischen Auffälligkeiten in Behandlung (Fiedler, 2016).

Wichtig ist zu erkennen, dass sich die charakteristischen Verhaltens- und Interaktionsmuster in der therapeutischen Beziehung spiegeln, Patient\*innen wollen ein bestimmtes Bild vermitteln und bestimmte Reaktionen

herausfordern. Das Erkennen der dysfunktionalen Schemata, der manipulativen Strategien und den damit verbundenen Konsequenzen, erfordert eine feinfühligke Herangehensweise für *Alltagssituationen-Konfrontation* (Sachse, 2020). In der Therapiesituation wird der automatisierte Ablauf von Erlebens- und Handlungsmustern (prozedurale Gedächtnisprozesse) – ausgelöst durch konfliktbesetzte zwischenmenschliche Situationen (Fiedler, 2016) – beobachtbar. Die konfrontativen Interventionen helfen, die Störung ich-dyston zu machen und Änderungsmotivation zu schaffen (Sachse, 2013). Um die Motivation für Veränderung zu stärken, haben sich eine validierende Grundhaltung und eine motivierende Gesprächsführung bewährt (Renneberg, 2021). Emotionsfokussierende Techniken und schematherapeutische Interventionen zu den jeweiligen Modi machen biographische Bedingungen nacherlebbar und helfen, Emotionen zu fokussieren. In der Therapie werden Patient\*innen ermutigt, vermiedene Gefühle zuzulassen. Schrittweise wird die Modifikation der Grundannahmen erarbeitet, kooperierende Interaktionen gefördert und alternative Formen fokussiert.

Unterstützend helfen Verhaltensanalyse und Schemaanalyse situative Auslöser, Emotionen, Kognitionen und Verhaltensmuster zu identifizieren, den Zusammenhang mit der Lerngeschichte zu erkennen, Regeln, Normen, Einstellungen, Schemata, Persönlichkeitsstile und Grundbedürfnisse herauszuarbeiten und zu erklären. Sie ermöglichen ein Gesamtbild der Problematik, der interaktiven Muster, aber auch der vorhandenen Stärken und Ressourcen darzustellen, um daraus mögliche Ziele abzuleiten.

Persönlichkeitsstörungen sind heute in vielen Fällen psychotherapeutisch gut behandelbar. Störungsspezifische Methoden bieten die Möglichkeit einer adäquaten Hilfestellung, erfordern jedoch eine hohe Flexibilität und die Bereitschaft der Therapeut\*innen, sich auf eine komplementäre und flexible Beziehungsgestaltung einzulassen. Dieser Artikel soll dazu anregen, sich mit der Komplexität der unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen näher auseinanderzusetzen, nicht nur *die Persönlichkeitsstörung*, sondern auch Hypothesen über die Art zu erkennen, um hilfreiche Informationen zur Prognose, Funktionsbeeinträchtigung, Dysfunktionalität und Wahl der Behandlungen zu erlangen. Der Therapieprozess erfordert Geduld und Zeit, und es ist wichtig, dass Therapeut\*innen auch die eigenen Schemata und Grenzen der Therapie einschätzen können, um mit psychotherapeutischer Kompetenz zu helfen Schemata zu verändern, alternative Handlungsmuster zu entwickeln und ressourcenorientiert zu arbeiten.

## LITERATUR

- APA – Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5 (2015): Deutsche Ausgabe herausgegeben von P. Falkai und H-U Wittchen. Mitherausgegeben von M. Döpfner et al., Hogrefe
- Beck A., Friedman A. (1999) Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. 4.Auflage. Weinheim: Beltz
- Beck A, Freeman A, Davis DD (2004) Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Beltz
- Beck J (2013): Praxis der Kognitiven Verhaltenstherapie. 2. Auflage, Weinheim: Beltz
- Berberich G, Zaudig M, Benecke C, Saß H, Zimmermann J (Hrsg.) (2018) Persönlichkeitsstörungen Update zu Theorie und Therapie, Stuttgart: Schattauer
- Bohus M (2019) Borderline Störung 2. Auflage. Stuttgart: Hogrefe
- Dilling H., Mambour W., Schmidt, MH (Hrsg.) (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD. Huber, Bern
- Buchheim A. (Hrsg.)(2019) Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie. Modelle und Konzepte von Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Hogrefe PTT Heft4/2019
- Fiedler P., Herpertz S. (2016) Persönlichkeitsstörungen. 7.Auflage, Weinheim: Beltz
- Herpertz S. (2009) Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie- Persönlichkeitsstörungen. Heidelberg: Steinkopf
- Linehan MM (1993) Cognitive- behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press, New York
- Linehan MM (1996) Trainingsmanual zur DBT der Borderline PS. München: CIP-Medien
- Linehan MM (2016) Handbuch der Dialektisch Behavioralen Therapie. 2. Auflage. München: CIP-Medien
- Livesley J, Larson R (ed), (2018) Handbook of Personality disorders 2nd ed, New York: Guilford
- Millon, T., (1987) On the geneses and prevalence of the borderline personality disorder: A social learning theses. Journal of Personality Disorders, 1, S. 354–372.
- Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (Hrsg.) (2020) Psychotherapieforum. Springer Medizin: Springer-Verlag Austria: Heft 1-4/2020
- Renneberg B, Herpertz S.C. (2021) Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer: Fortschritte der Psychotherapie: Band 79

- Rödiger E. (2016) Schematherapie. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer
- Sachse R. (1999) Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile. Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Sachse R. (2013) Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe
- Sachse R. (2020) Das Persönlichkeitsstörungs-Rating-System . Narzisstische, Histrionische, dependente und selbstunsichere Persönlichkeitsstörungen diagnostizieren. Göttingen: Hogrefe
- Sachse R. (2020) Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen. Psychiatrie Verlag. 11. Auflage.
- Sendera A, Sendera M. (2016) Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung. 4.Auflage. Wien: Springer
- Stiglmayr Ch., Gunia H. (2017) Die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung. Hogrefe
- Young, JE; Klosko JS; Weishaar ME (2003) Schema therapy: A practitioner`s guide. New York: Guilford
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005) Schematherapie – ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann
- Young, J.E. & Klosko, J.S. (2006) Sein Leben neu erfinden. Paderborn: Junfermann