

Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Prof. Dr. Susanne Singer
Förderkennzeichen:	01VSF21013
Akronym:	LL-SBPF
Projekttitle:	Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen
Autorinnen und Autoren:	Prof. Dr. Cord Benecke, Yannik van Haaren, Deborah Engesser, Lena Dotzauer, Leon Wendt, Prof. Dr. Johannes Zimmermann, Prof. Dr. Susanne Singer
Förderzeitraum:	01.01.2020 - 30.06.2024
Ansprechperson:	Deborah Engesser, deborah.engesser@uni-mainz.de

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt LL-SBPF wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21013 gefördert.

Zusammenfassung

Hintergrund: Mit dem Inkrafttreten der International Classification of Diseases (ICD)-11 im Januar 2022 gilt ein neuer Standard für die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen, in dem das bisher kategoriale durch ein dimensionales System ersetzt werden soll. Die vorliegende Leitlinie (LL) entspricht diesem neuen Standard, sie adressiert Personen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen (SBPF).

Methodik: Es wurden 49 Fachgesellschaften zur Mitarbeit an der LL eingeladen. Insgesamt 12 Schüsselfragen zu verschiedenen Themen wurden formuliert. Davon wurden sieben systematisch recherchiert und fünf auf Basis von Expertenwissen bearbeitet. Drauf basierend wurden im Rahmen dreier Konsensuskonferenzen Empfehlungen und Statements formuliert. Des Weiteren wurde eine Umfrage durchgeführt, um die Evidenz aus Studien, die sich überwiegend kategorialer Diagnostik bedienen, für die LL, die auf einem dimensionalen Konzept der Persönlichkeitsfunktionen (nach ICD-11) basiert, nutzbar zu machen. Dazu wurden Expert:innen gebeten, den Grad der Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen Diagnosekategorien einzuschätzen. Zusätzlich wurde thematisch relevante LL aus dem AWMF-Register identifiziert, die systematisch kategorisiert und in einem sogenannten „Leitlinien-Mapping“ zusammengetragen wurden.

Ergebnisse: Insgesamt 33 Fachgesellschaften verschiedener Disziplinen benannten Mandatstragende für die Mitarbeit an der LL, darunter auch zwei Patienten- sowie ein Angehörigenvertreter. Die Expertenumfrage ermöglichte die Schätzung von Populationsverteilungen vom Funktionsniveau der Persönlichkeit innerhalb von Diagnosekategorien (F-Diagnosen nach ICD), einschließlich des zu erwartenden Anteils von Personen mit SBPF in Stichproben für die einbezogenen Diagnosegruppen. Die Ergebnisse stützten also die getroffene Auswahl von Populationen für die Literaturrecherche. Im Rahmen des Leitlinien-Mappings wurden aus 17 thematisch relevanten LL insgesamt 1531 Empfehlungstexte zusammengetragen und kategorisiert. Insgesamt wurden in der LL 23 evidenzbasierte Empfehlungen, 5 evidenzbasierte Statements, 26 konsensbasierte Empfehlungen und 2 konsensbasierte Statements formuliert. Die Konsensstärke reichte von 87% bis 100%.

Diskussion: Die Leitlinienentwicklung erbrachte empirisch fundierte Empfehlungen mit hohen Konsensstärken. In der klinischen Grundlagenforschung haben sich dimensionale Konzepte gegenüber kategorialen Konzepten bereits weitgehend durchgesetzt. Die LL-SBPF liefert Empfehlungen für die klinische Praxis, basierend auf einem dimensionalen Konzept des Funktionsniveaus der Persönlichkeit, was eine Innovation darstellt. Die Neuartigkeit des dimensionalen Konzepts bringt jedoch auch Unsicherheiten hinsichtlich der Übertragbarkeit von der Evidenzgrundlage hin zu den Empfehlungen, da sich die vorliegende Literatur aus Interventionsstudien noch zu weiten Teilen des kategorialen Systems bedient. Im Rahmen des Projektes wurde dafür eine Methodik entworfen und erprobt, die in zukünftigen Studien weiterentwickelt werden sollte.

Schlagnworte: Persönlichkeitsfunktionen, Leitlinie, Versorgung

Inhaltsverzeichnis

I	Abkürzungsverzeichnis	5
II	Abbildungsverzeichnis	5
III	Tabellenverzeichnis	5
1	Projektziele	6
1.1	Hintergrund	6
1.2	Ziele und Fragestellungen.....	6
2	Projektdurchführung	8
2.1	Projektbeteiligte	8
2.2	Beschreibung/ Darstellung des Projekts.....	9
2.3	Beschreibung Ablauf des Projekts	9
2.4	Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen	10
2.5	Rechtsgrundlage	10
3	Methodik	10
3.1	Arbeitspaket 1: Zusammensetzung der Steuerungsgruppe und der Mandatsträger ..	10
3.2	Arbeitspaket 2: Konzeptionelle Arbeit	10
3.3	Arbeitspaket 3: Formulierung von Schlüsselfragen.....	11
3.4	Arbeitspaket 4: Recherche, Auswahl und Bewertung existierender Leitlinien	11
3.5	Arbeitspaket 5: De novo-Recherche	11
3.5.1	Schlüsselfragen 1-5.....	11
3.5.2	Schlüsselfrage 9	12
3.5.3	Schlüsselfrage 11.....	13
3.6	Arbeitspaket 6: Schlüsselfragen auf Basis von Expertenwissen	13
3.7	Arbeitspaket 7: Konsensusfindung	13
3.8	Arbeitspaket 8: Reviewverfahren	14
3.9	Arbeitspaket 9: Berichterstattung	14
3.10	Arbeitspaket 10: Praxistransfer	14
4	Projektergebnisse	14
4.1	Arbeitspaket 1: Zusammensetzung der Steuerungsgruppe und der Mandatsträger ..	14
4.2	Arbeitspaket 2: Konzeptionelle Arbeit	15
4.3	Arbeitspaket 3: Formulierung von Schlüsselfragen.....	17
4.4	Arbeitspaket 4: Recherche, Auswahl und Bewertung existierender Leitlinien	19
4.5	Arbeitspaket 5: De novo-Recherche.....	19

4.5.1	Schlüsselfrage 1	19
4.5.2	Schlüsselfrage 2	19
4.5.3	Schlüsselfrage 3	19
4.5.4	Schlüsselfrage 4	20
4.5.5	Schlüsselfrage 5	20
4.5.6	Schlüsselfrage 9	20
4.5.7	Schlüsselfrage 11	21
4.6	Arbeitspaket 6: Schlüsselfragen auf Basis von Expertenwissen	21
4.7	Arbeitspaket 7: Konsensusfindung	22
4.8	Arbeitspaket 8: Reviewverfahren	22
4.9	Arbeitspaket 9: Berichterstattung	22
4.10	Arbeitspaket 10: Praxistransfer	22
5	Diskussion der Projektergebnisse	23
5.1	Fazit Leitlinienerstellung	23
5.2	Limitationen	23
5.3	Zukunftsausblick	23
5.4	Hypothesen	23
6	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung	23
7	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	24
IV	Literaturverzeichnis	25
V	Anlagen	26

I Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
CERQual	Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
IA	Innovationsausschuss
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
ICD	International Classification of Diseases
LL	Leitlinie
LPFS	Level of Personality Functioning Scale
SBPF	Schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Empirische Verteilungen der Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen von Patient:innen in den von der LL-SBPF berücksichtigten Diagnosekategorien	16
--	----

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Konsortial- und Kooperationspartner*innen	8
Tabelle 2: Geschätzter Anteil von Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen bei Patient:innen bestimmter ICD-10 (und ICD-11) Diagnosen	16

1 Projektziele

1.1 Hintergrund

Der Hintergrund für die Erstellung dieser Leitlinie war das Inkrafttreten der International Classification of Diseases (ICD)-11 im Januar 2022. Damit gilt ein neuer Standard für die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen, in dem das bisherige kategoriale Diagnosesystem durch ein dimensionales System ersetzt werden soll (siehe auch Kapitel 1.1 im Leitlinienreport). Die Leitlinie implementiert dieses neue System, indem die Persönlichkeitsfunktionen als zentrales Kriterium herangezogen werden. In den Kapiteln 2.2.1 sowie 2.3.1 und 2.3.3 der Langfassung der Leitlinie wird die Persönlichkeitsfunktionen und deren Bedeutung in der Diagnostik genauer beschrieben. Ein weiterer Anlass für die Studie war die Einführung einer neuen Richtlinie zur koordinierten Behandlung von psychisch Erkrankten mit komplexem Versorgungsbedarf („Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“, KSVPsych-RL), die im Jahr 2021 in Kraft trat (<https://www.g-ba.de/richtlinien/126/>). Bei den in dieser Richtlinie angesprochenen Personen handelt es sich in der Regel um Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen. Dies bedeutet, dass es ihnen schwerfällt, Beziehungen aufzunehmen und aufrecht zu erhalten, Emotionen zu regulieren und mit Frustrationen umzugehen. Diese Konstellation führt einerseits oft dazu, dass sie die Suche nach einem Psychotherapieplatz frustriert aufgeben oder eine begonnene Behandlung vorzeitig abbrechen, andererseits zu häufigen Wiederaufnahmen im Krankenhaus. Der resultierende komplexe sektorenübergreifende Versorgungsbedarf soll mit der Richtlinie geregelt werden. Unsere Leitlinie greift diese Entwicklungen auf.

1.2 Ziele und Fragestellungen

Ziel der Leitlinie ist die Verbesserung der Versorgung von Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen durch die Bereitstellung von Empfehlungen für Diagnostik, Behandlung und Versorgung dieser Patientengruppe, insbesondere für eine koordinierte Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen und Versorgungseinrichtungen.

Das heißt, es geht einerseits um eine Diagnostik auf Basis eines dimensional Systems, andererseits um Empfehlungen zur Behandlung von Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen (siehe auch Kapitel 1.2 im Leitlinienreport).

Damit soll die Versorgung hinsichtlich der Bereiche Patient:innenorientierung (Verbesserung des Zugangs zur Versorgung), Prozesse und Strukturen (Erkennung und Umsetzung des Versorgungsbedarfs) sowie patientenrelevante Endpunkte optimiert werden. Eine weiterführende Beschreibung findet sich in Kapitel 2.1 der Langfassung.

Da es sich nicht um eine Interventionsstudie handelt, wurden keine Fragestellungen bzw. Hypothesen formuliert. Die Endpunkte werden nachfolgend pro systematisch recherchierter Schlüsselfrage dargestellt (siehe Kapitel 3.1.3 im Leitlinienreport):

Schlüsselfrage 1:

- Funktionsfähigkeit
- Störungsspezifische Symptome
- Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

Schlüsselfrage 2:

- Funktionsfähigkeit
- Störungsspezifische Symptome
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Schlüsselfrage 3:

- Psychosoziales Funktionsniveau
- Subjektive Lebensqualität
- Veränderung der Symptomatik
- Behandlungsadhärenz
- Häufigkeit der stationären Behandlung

Schlüsselfrage 4:

- Soziales Funktionsniveau
- Einweisungen ins psychiatrische Krankenhaus
- Psychopathologische Symptomschwere
- Lebensqualität

Schlüsselfrage 5:

- Funktionsfähigkeit
- Mentale Lebensqualität
- Erwerbsstatus

Schlüsselfrage 9:

- Erfahrungen von Patient:innen und Angehörigen mit frühen Interventionsangeboten
- Erfahrungen von Patient:innen mit Psychotherapie bei Selbstverletzungen

- Erfahrungen von Kliniker:innen im Umgang mit Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen
- Therapeutische Beziehung
- Interpersonelle Dynamiken und therapeutische Beziehung

Schlüsselfrage 11:

- Validität
- Reliabilität
- klinische Nützlichkeit

2 Projektdurchführung

2.1 Projektbeteiligte

Die Projektbeteiligten sind in Tabelle 1 aufgelistet.

Tabelle 1: Konsortial- und Kooperationspartner:innen

Einrichtung/Institut	Name/Verantwortlichkeit
Konsortialführung	
Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI), Universitätsmedizin Mainz	Projektleitung: Prof. Dr. Susanne Singer Projektkoordination: M.Sc.-Psych. Lena Dotzauer (geb. Maier) Wissenschaftliche Mitarbeit: M.Sc. Deborah Engesser, Dr. Katherine J. Taylor Verantwortlichkeiten: Konsortialführung, Evidenzaufbereitung, Leitlinien-Sekretariat
Konsortialpartner	
Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie, Universität Kassel	Leitung: Prof. Dr. Cord Benecke Wissenschaftliche Mitarbeit: M.Sc.- Psych. Yannik van Haaren Verantwortlichkeiten: Konsortialpartner Leitlinien-Koordination Konzeptionelle Arbeit Thema Therapie
Differentielle Psychologie, Institut für Psychologie, Universität Kassel	Leitung: Prof. Dr. Johannes Zimmermann Wissenschaftliche Mitarbeit: M.Sc.-Psych. Leon Wendt Verantwortlichkeiten: Konzeptionelle Arbeit Thema Diagnostik
Kooperationspartner:innen	
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie	Dipl.-Psych. Georg Schäfer korrespondierende Fachgesellschaft

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz	Prof. Dr. Klaus Lieb und Hauke Felix Wiegand, MD/PhD Psychiatrische Expertise
Bereichsbibliothek Universitätsmedizin Mainz	Dr. Stefanus Schweizer und Lorena Cascant Beratung zu Evidenzrecherche, Informationsexpertise

2.2 Beschreibung/ Darstellung des Projekts

Ziel des LL-SBPF-Projektes war die Entwicklung einer S3-Leitlinie, deren Zielgruppe sich gemäß dem neuen ICD-11 Standard nicht kategorial über bestimmte Diagnosekategorien definiert, sondern dimensional über eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen.

Der Ansatz, der über die Regelversorgung hinausgeht, besteht in der „Übersetzung“ der bisher in der Versorgung üblichen ICD-Diagnosekategorien in ein dimensionales System.

Dementsprechend wurde die Evidenzrecherche nicht auf Patient:innen einer bestimmten ICD- oder DSM-basierten Diagnosekategorie festgelegt, wie dies sonst bei Leitlinien üblich ist, sondern es wurden Publikationen einer Reihe von Diagnosekategorien herangezogen, die stellvertretend für Personen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen stehen. Die Auswahl der Diagnosekategorien erfolgte entsprechend aktuellem Forschungsstand sowie der klinischen Expertise der Steuerungsgruppe.

Zusätzlich wurden sämtliche thematisch verwandte Leitlinien gesichtet und kategorisierend zusammengefasst, sodass es möglich wurde, Empfehlungen aus verschiedenen Leitlinien auf einen Blick zu vergleichen.

2.3 Beschreibung Ablauf des Projekts

Zu Beginn der Leitlinienarbeit wurden gemäß AWMF-Richtlinien zunächst die Steuerungsgruppe etabliert und die Mandatstragenden benannt.

Die Schlüsselfragen der Leitlinie wurden durch die Projektgruppen der Universität Kassel und der Universitätsmedizin Mainz entworfen und anschließend mit der Steuerungsgruppe diskutiert und überarbeitet. Anschließend wurden sie den Mandatstragenden vorgestellt, diskutiert und konsentiert. Die ursprünglich separaten Schlüsselfragen zu aufsuchender Versorgung, psychosozialer Betreuung und ambulanter psychiatrischer Pflege wurden wegen inhaltlichen Überschneidungen in eine Schlüsselfrage später zu „ambulanter Begleitung“ zusammengeführt.

Zur Beantwortung der ersten 5 Schlüsselfragen erfolgte eine systematische Evidenzrecherche. Im Zuge der Evidenzrecherche wurden mehrere Literatur-Datenbanken durchsucht, die Ergebnisse auf Abstract- bzw. Volltextebene systematisch gescreent, die relevanten Studien anschließend gelesen, die Daten extrahiert und nach der GRADE Methodik bewertet (siehe Kapitel 3, Arbeitspaket 5). Nach ursprünglichem Plan sollte für die Schlüsselfragen 1, 2, 3 und 5 (siehe Kapitel 4, Arbeitspaket 3) aufgrund der Menge vorhandener systematischer Reviews und Metaanalysen nur nach aggregierter Evidenz recherchiert werden. Für Schlüsselfrage 2 zeigte sich aber nach Durchsicht der Volltexte, dass zu viele dieser Studien nicht eligibel waren,

sodass zusätzlich noch eine Recherche nach Primärstudien durchgeführt wurde. Bei Schlüsselfrage 4 wurde von Anfang an nach Primärstudien gesucht. Hier wurde zusätzlich zur ursprünglich geplanten Suche noch die Referenzen der als potentiell relevant identifizierten Studien durchsucht. Zudem wurden für die Suche nach Primärstudien im Rahmen der Schlüsselfragen 2 und 4 zwei zusätzliche Datenbanken (Psyndex, bibnet) durchsucht und die Suchsyntax angepasst (siehe Leitlinienreport Kapitel 3.1.2/Schlüsselfragen 1-5). Zudem wurde im Verlauf der Leitlinienentwicklung entschieden, auch für die Schlüsselfragen 9 und 11 eine systematische Literaturrecherche durchzuführen.

Für die „Übersetzung der kategorialen in eine dimensionale Diagnostik wurde auf Basis einer Expertenbefragung ein Diagnostisches Referenzsystem entwickelt (siehe Kapitel 3, Arbeitspaket 2). Personell bedingte Verzögerungen (Elternzeit) bei diesem Arbeitspaket konnten zügig aufgeholt werden.

Zudem wurden alle thematisch relevanten Leitlinien aus dem AWMF-Leitlinienregister zusammengeführt und kategorisiert (siehe Leitlinienreport Kapitel 3.1.2/Leitlinien).

Beim Ablauf des Projekts waren keine relevanten Abweichungen vom ursprünglichen Arbeitsplan zu verzeichnen.

2.4 Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen

Nicht zutreffend, da keine Intervention im Sinne einer neuen Versorgungsform implementiert wurde.

2.5 Rechtsgrundlage

Nicht zutreffend, da keine Intervention im Sinne einer neuen Versorgungsform implementiert wurde.

3 Methodik

3.1 Arbeitspaket 1: Zusammensetzung der Steuerungsgruppe und der Mandatsträger

Die Mitglieder der Steuerungsgruppe standen zum Teil bereits zu Beginn der Leitlinienentwicklung fest, zum Teil wurden in der Anfangsphase gezielt Personen angesprochen, um eine möglichst breite Verteilung verschiedener Professionen abzudecken. Weiterführende Details finden sich im Leitlinienreport im Kapitel 2.1/Steuerungsgruppe.

Zur Bestimmung von Mandatstragenden wurden insgesamt 49 Fachgesellschaften zur Mitarbeit an der Leitlinie eingeladen. Weiterführende Details finden sich im Leitlinienreport im Kapitel 2.1/Fachgesellschaften bzw. in Tabelle 50 (Auflistung aller eingeladenen Fachgesellschaften).

3.2 Arbeitspaket 2: Konzeptionelle Arbeit

Um die vorhandene Evidenz, die überwiegend auf kategorialer Diagnostik beruht, für die Leitlinie, die auf einem dimensional Konzept der Persönlichkeitsfunktionen (nach DSM-5;

ICD-11) basiert, nutzbar zu machen, wurde ein Algorithmus entwickelt, der eine solche Übersetzung ermöglicht. Grundlage für die Entwicklung des Algorithmus war eine Online-Befragung von praktisch tätigen Expert:innen verschiedener Berufsgruppen. Zur Teilnahme an der Online-Befragung wurden insbesondere die Mitglieder der an der Leitlinienentwicklung und Konsensfindung beteiligten Fachgesellschaften und Berufsverbände eingeladen. Darüber hinaus wurde die Studie über die E-Mail-Verteiler dieser Fachgesellschaften und Berufsverbände sowie über die Verteiler von Psychotherapie-Ausbildungsinstituten bekannt gemacht. Nähere Informationen zur Methodik der Befragung finden sich in Kapitel 3.1.1/Expertenumfrage des Leitlinienreports, Kapitel 3.2 der Langfassung sowie in Wendt et al. (2024b).

3.3 Arbeitspaket 3: Formulierung von Schlüsselfragen

Die Schlüsselfragen wurden bei einem Treffen der Entwicklergruppe am 31.03.-01.04.2022 entworfen, mit der Steuerungsgruppe überarbeitet und beim Kick-Off-Treffen mit den Mandatstragenden am 24.05.2022 konsentiert (siehe auch Kapitel 3.1.1 im Leitlinienreport sowie Kapitel 4 in der Langfassung).

3.4 Arbeitspaket 4: Recherche, Auswahl und Bewertung existierender Leitlinien

Nach Absprache mit der AWMF wurde statt einer Recherche internationaler Leitlinien das AWMF-Leitlinienregister nach thematisch relevanten Leitlinien durchsucht. Abgrenzungen zu und Umgang mit bestehenden Leitlinien wurden bei einem Treffen der Entwicklergruppe am 20.07.2022 diskutiert. Anschließend wurde das AWMF-Leitlinienregister erneut gesichtet, um alle relevanten Leitlinien zu identifizieren. Aus diesen wurde ein „Leitlinien-Mapping“ erstellt (siehe Wendt et al., 2024a), indem alle Empfehlungen der jeweiligen Leitlinien hinsichtlich ihrer Eigenschaften und Relevanz für verschiedene Endpunkte bzw. Schlüsselfragen kategorisiert wurden. Das Leitlinien-Mapping bietet eine umfassende Datensammlung zu Berührungspunkten zwischen den Schlüsselfragen der LL-SBPF und themenverwandten AWMF-Leitlinien. Als themenverwandt galten AWMF-Leitlinien, wenn sie Empfehlungen zur Therapie und/ oder Diagnostik von psychischen Störungen im Erwachsenenalter enthielten. Thematische Berührungspunkte zwischen den Empfehlungen aus den identifizierten AWMF-Leitlinien und den 14 Schlüsselfragen der LL-SBPF wurden von einem Projektmitarbeiter (LW) bewertet. Dabei wurde überinklusiv vorgegangen. Eine weiterführende Beschreibung findet sich im Leitlinienreport im Kapitel 3.1.2/Leitlinien sowie im Kapitel 2.3.2 der Langfassung.

3.5 Arbeitspaket 5: De novo-Recherche

3.5.1 Schlüsselfragen 1-5

Die Studien zu den Schlüsselfragen 1-5 wurden in den Datenbanken PubMed/MEDLINE, Cochrane, Web of Science und PsycInfo systematisch gesucht. Für die Schlüsselfrage 4 sowie die Recherche auf Einzelstudienbasis für Schlüsselfrage 2 wurde zusätzlich aufgrund des Deutschland-Bezugs in den Datenbanken bibnet und Psyndex recherchiert. Eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens bei der systematischen Literaturrecherche findet sich im Kapitel 3.1.2/Systematische Recherche/Schlüsselfragen 1-5 des Leitlinienreports sowie im Kapitel 3.4 der Langfassung.

Die Suchstrategie wurde in Zusammenarbeit mit der Bibliothek der Universitätsmedizin Mainz entwickelt. Die vollständige Syntax findet sich in den Tabellen 52-56 des Leitlinienreports.

Die in den Datenbanken gefundenen Studien wurden auf Duplikate geprüft und anschließend hinsichtlich Titel/Abstracts gescreent. Die Anzahl der gefundenen bzw. gescreenten Studien finden sich in Tabelle 3 des Leitlinienreports. Anschließend wurden die vorselektierten Studien im Volltext auf Eignung geprüft. Die Anzahl der im Volltext gescreenten Studien finden sich in Tabelle 4 des Leitlinienreports. Die Beschreibung der Ein- und Ausschlusskriterien, die beim Screening angewendet wurden, finden sich im Kapitel 3.1.3/Schlüsselfragen 1-5 des Leitlinienreports.

Die nach dem Volltextscreening als zutreffend identifizierten Studien wurden nach der GRADE Methodik bewertet. Hierzu wurde die Qualität der Evidenz abhängig von Studiendesign (Meerpohl et al., 2012a), Biasrisiko (Meerpohl et al., 2012b), Inkonsistenz (Perleth et al., 2012), Indirektheit (Rasch et al., 2012), Fehlende Präzision (Kulig et al., 2012), Publikationsbias (Nolting et al., 2012), großer Effekt, Dosis-Wirkungs-Beziehung und Plausibles Confounding (Kien et al., 2013) bestimmt. Eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens bei der Evidenzbewertung findet sich im Leitlinienreport unter Kapitel 3.1.4/Kriterien Qualitätsbeurteilung/Schlüsselfragen 1-5.

Zuletzt wurden aus den identifizierten Studien Evidenztabelle erstellt, in denen die Ergebnisse für die einzelnen Endpunkte (siehe Ergebnisbericht Kapitel 1.2) zusammen mit der Evidenzbewertung aufgeführt wurden. Zudem wurden Tabellen mit ausführlichen Informationen zu den eingeschlossenen Studien (z.B. Charakteristika der Population, Intervention und Kontrollbedingungen) erstellt.

3.5.2 Schlüsselfrage 9

Studien zur Schlüsselfrage 9 wurden in den Datenbanken PubMed/MEDLINE und Web of Science systematisch recherchiert. Eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens bei der systematischen Literaturrecherche findet sich im Kapitel 3.1.2/Systematische Recherche/Schlüsselfrage 9 des Leitlinienreports.

Für die Suchstrategie wurde die zuvor für die Schlüsselfragen 1-5 entwickelte Suchstrategie zugrunde gelegt und angepasst. Die vollständige Syntax findet sich in den Tabelle 57 des Leitlinienreports.

Die in den Datenbanken gefundenen Studien wurden auf Duplikate geprüft und anschließend hinsichtlich Titel/Abstracts gescreent. Die Anzahl der gefundenen bzw. gescreenten Studien finden sich in Tabelle 5 des Leitlinienreports. Anschließend wurden die vorselektierten Studien im Volltext auf Eignung geprüft. Die Anzahl der im Volltext gescreenten Studien finden sich in Tabelle 6 des Leitlinienreports. Die Beschreibung der Ein- und Ausschlusskriterien, die beim Screening angewendet wurden, finden sich im Kapitel 3.1.3/Schlüsselfrage 9 des Leitlinienreports.

Die nach dem Volltextscreening als zutreffend identifizierten Studien wurden ebenfalls nach der GRADE-Methodik sowie für qualitative Studien nach CERQual bewertet. Eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens bei der Evidenzbewertung findet sich im Leitlinienreport unter Kapitel 3.1.4/Kriterien Qualitätsbeurteilung/Schlüsselfrage 9.

Zuletzt wurden aus den identifizierten Studien Evidenztabelle erstellt, in denen die Ergebnisse zusammen mit der Evidenzbewertung aufgeführt wurden (siehe Ergebnisbericht Kapitel 1.2). Zudem wurden Tabellen mit ausführlichen Informationen zu den eingeschlossenen Studien (z.B. Charakteristika der Population, Intervention und Kontrollbedingungen) erstellt.

3.5.3 Schlüsselfrage 11

Die Studien zur Schlüsselfrage 11 wurden in den Datenbanken PubMed/MEDLINE, Cochrane, Web of Science und PsycInfo systematisch gesucht. Eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens bei der systematischen Literaturrecherche findet sich im Kapitel 3.1.2/Systematische Recherche/Schlüsselfrage 11 des Leitlinienreports.

Für die Suchstrategie wurden Synonyme für Persönlichkeitsfunktionen gewählt. Die vollständige Syntax findet sich in den Tabelle 58 des Leitlinienreports.

Die in den Datenbanken gefundenen Studien wurden auf Duplikate geprüft und anschließend hinsichtlich Titel/Abstracts gescreent. Die Anzahl der gefundenen bzw. gescreenten Studien finden sich in Tabelle 7 des Leitlinienreports. Anschließend wurden die vorselektierten Studien im Volltext auf Eignung geprüft. Die Anzahl der im Volltext gescreenten Studien finden sich in Tabelle 8 des Leitlinienreports. Die Beschreibung der Ein- und Ausschlusskriterien, die beim Screening angewendet wurden, finden sich im Kapitel 3.1.3/Schlüsselfrage 11 des Leitlinienreports.

Die nach dem Volltextscreening als zutreffend identifizierten Studien wurden nach der GRADE Methodik bewertet, wobei die Bewertung entsprechend der hier vorliegenden diagnostischen Studien angepasst wurde. Eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens bei der Evidenzbewertung findet sich im Leitlinienreport unter Kapitel 3.1.4/Kriterien Qualitätsbeurteilung/Schlüsselfrage 11.

Zuletzt wurden aus den identifizierten Studien Evidenztabelle erstellt, in denen die Ergebnisse für die einzelnen Endpunkte (siehe Ergebnisbericht Kapitel 1.2) zusammen mit der Evidenzbewertung aufgeführt wurden. Zudem wurden Tabellen mit ausführlichen Informationen zu den eingeschlossenen Studien (z.B. Charakteristika der Population, Intervention und Kontrollbedingungen) erstellt.

3.6 Arbeitspaket 6: Schlüsselfragen auf Basis von Expertenwissen

Die Schlüsselfragen wurden bei einem Treffen der Entwicklergruppe am 31.03.-01.04.2022 entworfen und beim Kick-Off-Treffen mit den Mandatstragenden am 24.05.2022 konsentiert (siehe auch Kapitel 3.1.1 im Leitlinienreport sowie Kapitel 4 in der Langfassung). Die Mandatstragenden wurden am 12.10.2022 sowie 24.10.2022 gebeten, sich je nach Expertise einer Arbeitsgruppe zu einer Schlüsselfrage zuzuordnen.

3.7 Arbeitspaket 7: Konsensusfindung

Im Vorfeld der Konsensuskonferenzen am 14.12.2023 sowie 14.02.2024 gab es Online-Vorabstimmungen. Hier wurden mittels DELPHI-Verfahren der Zustimmungsanteil und ggf.

Änderungsvorschläge gesammelt. Bei den Konsensuskonferenzen selbst erfolgte die Konsensfindung im Rahmen eines nominalen Gruppenprozesses unter Anleitung der AWMF. Eine genauere Beschreibung findet sich im Kapitel 3.2.1/Verfahren im Leitlinienreport.

3.8 Arbeitspaket 8: Reviewverfahren

Die Leitlinie konnte im Rahmen einer öffentlichen Konsultationsphase im Zeitraum zwischen 27.05.2024 und 09.06.2024 von allen beteiligten Fachgesellschaften sowie weiteren Expert:innen und Patientenvertreter:innen kommentiert werden.

3.9 Arbeitspaket 9: Berichterstattung

Die Arbeitsgruppe in Kassel erstellte eine Lang- sowie darauf aufbauend eine Kurzfassung der Leitlinie. Die Arbeitsgruppe in Mainz stellte die Methodik im Leitlinienreport dar.

3.10 Arbeitspaket 10: Praxistransfer

Durch den externen Dienstleister „share to care“ wurde in Abstimmung mit den Patienten- und Angehörigenvertretern sowie der Entwicklergruppe eine Patientenleitlinie erstellt, indem die Kurzfassung der Leitlinie entsprechend auf patientenfreundliche Lesart angepasst wurde. Durch die Arbeitsgruppe in Kassel wurde zudem eine zweiseitige Kurzfassung für Laien erstellt und in leichte Sprache übersetzt. Die Arbeitsgruppe in Mainz erstellte Übersetzungen des Leitlinienreports und der Kurzfassung auf Englisch sowie Übersetzungen der 2-seitigen Kurzfassung für Laien auf Arabisch, Chinesisch, Englisch, Französisch, Polnisch, Portugiesisch, Russisch, Spanisch, Türkisch und Ukrainisch. Ein externer Dienstleister übersetzte die 2-seitige Kurzfassung für Laien auf Hindi, Somali und Farsi.

4 Projektergebnisse

4.1 Arbeitspaket 1: Zusammensetzung der Steuerungsgruppe und der Mandatsträger

Die Steuerungsgruppe bestand aus insgesamt 12 Mitgliedern, die verschiedene Professionen bzw. leitlinienrelevante Themen vertraten:

- Federführende Fachgesellschaft
- Leitlinienkoordination
- Evidenzbasierung, Methodik, Leitlinien-Sekretariat
- Patientenperspektive
- Ambulante Psychotherapie
- Psychosomatische Medizin
- Differentielle Psychologie, Diagnostik
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychiatrische Versorgungsforschung

- Psychiatrische Pflege
- Soziale Arbeit
- Ärztliche Psychotherapie

Die Namen aller Steuerungsgruppenmitglieder findet sich in Tabelle 2 im Kapitel 2.1/Steuerungsgruppe im Leitlinienreport.

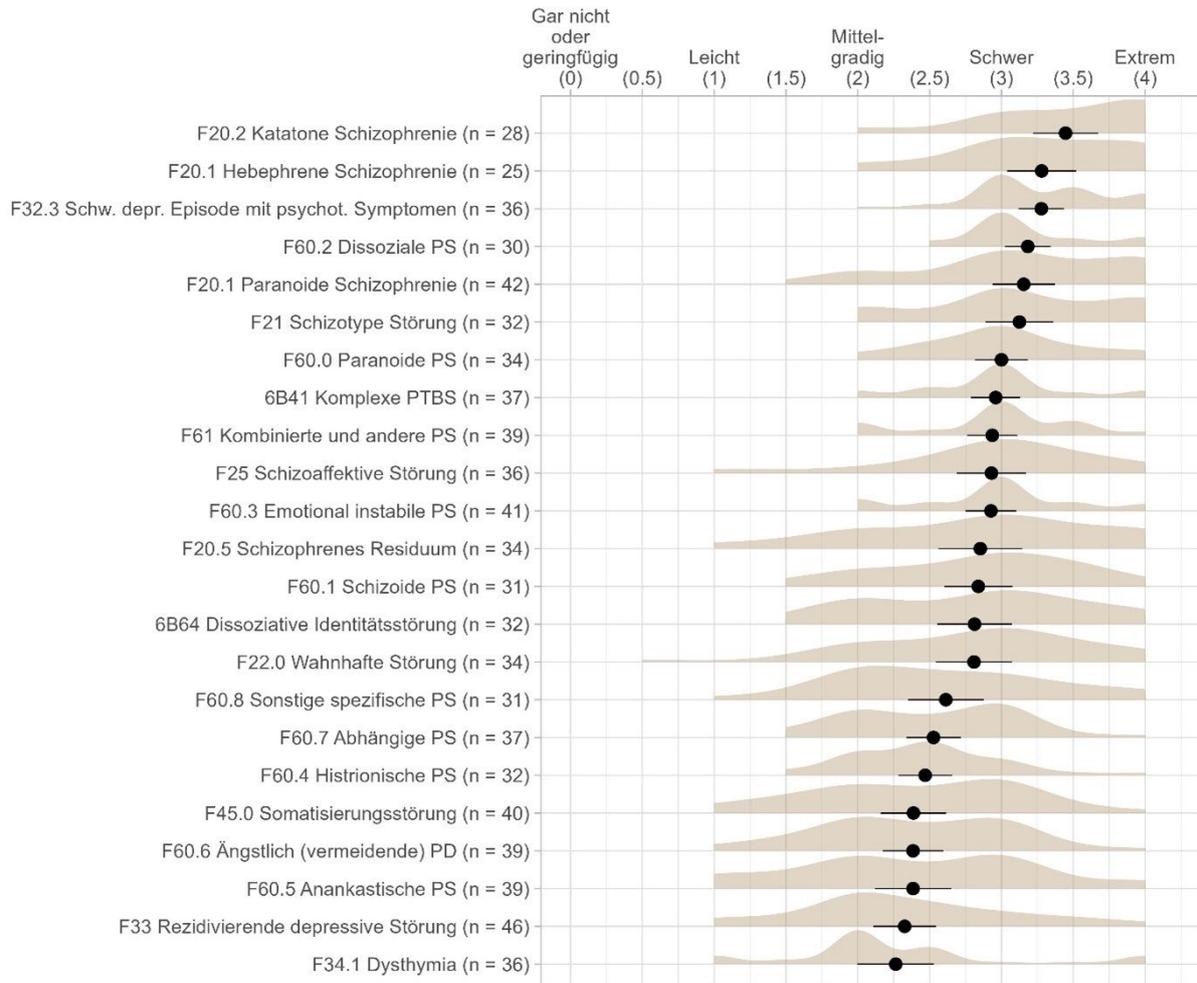
33 verschiedene Fachgesellschaften benannten Mandatstragende bzw. deren Vertretungen. Es waren Fachgesellschaften verschiedener Professionen beteiligt, darunter:

- Ärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie
- Ärzt:innen für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie
- (Psychologische) Psychotherapeut:innen
- Sozialarbeiter:innen
- Hausärzt:innen
- Pflegende
- Ergotherapeut:innen
- Künstlerische Therapien
- Patient:innen und Angehörige
- Multidisziplinäre Fachgesellschaften

Weiterführende Details finden sich im Leitlinienreport im Kapitel 2.1/Fachgesellschaften bzw. Tabelle 51 (Auflistung aller Mandatstragenden).

4.2 Arbeitspaket 2: Konzeptionelle Arbeit

346 praktisch tätige Expert:innen verschiedener Berufsgruppen (u. a. Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Expert:innen angrenzender Bereiche wie z. B. psychiatrische Fachpflege) beschrieben insgesamt 1403 Patient:innen hinsichtlich der Beeinträchtigung von Persönlichkeitsfunktionen. Dies ermöglicht die Schätzung von Populationsverteilungen vom Funktionsniveau der Persönlichkeit innerhalb von Diagnosekategorien (F-Diagnosen nach ICD), einschließlich des zu erwartenden Anteils von Personen mit SBPF in Stichproben für die einbezogenen Diagnosekategorien. Die Ergebnisse stützen weitgehend die von den Beteiligten der LL-SBPF getroffene Auswahl der Populationen für die Literaturrecherche. Die Abbildungen 2 und 3 fassen die wichtigsten Ergebnisse zusammen. Abbildung 2 enthält nur die von der LL-SBPF berücksichtigten Diagnosekategorien, während Abbildung 3 Statistiken für alle in der Expertinnenbefragung berücksichtigten Diagnosekategorien enthält. Als schwere Beeinträchtigung gilt ein LPFS-Wert (Level of Personality Functioning Scale, Bender et al. 2011) von $>2,5$. Aus den Daten lässt sich erkennen, dass für die einbezogenen Diagnosekategorien im Durchschnitt ein großer Anteil von Patient:innen mit SBPF erwartet werden kann. Weitere Ergebnisse und Analysen finden sich in Wendt et al. (2024b).



Anmerkungen. Abgebildet ist die Verteilung der LPFS-Scores pro Diagnosekategorie (farblich markiert). Der Mittelwert (schwarzer Punkt) mit dem jeweiligen Konfidenzintervall (schwarze Linie). Dargestellt sind die Diagnosekategorien, die im Rahmen der systematischen Literaturrecherche eingeschlossen wurden. Als schwere Beeinträchtigung gilt ein Wert >2.5 der LPFS.

Abbildung 1: Empirische Verteilungen der Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen von Patient:innen in den von der LL-SBPF berücksichtigten Diagnosekategorien

Tabelle 2: Geschätzter Anteil von Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen bei Patient:innen bestimmter ICD-10 (und ICD-11) Diagnosen

Diagnose	% mit mind. eher schweren Beeinträchtigungen der PF			Mittelwert auf der LPFS		
	%	ICD-10	ICD-11	Mittelwert	ICD-10	ICD-11
F60.2 Dissoziale PS	100%			3.11	[2.92;	3.31]
F32.3 Schw. depr. Ep. mit psychot. Symptomen	99%	[91%;	100%]	3.15	[2.94	3.35]
F20.1 Hebephrene Schizophrenie	96%	[84%;	99%]	3.22	[2.97	3.48]
F20.2 Katatone Schizophrenie	95%	[82%;	99%]	3.31	[3.06	3.55]
F61.0 Kombinierte und andere PS	94%	[83%;	98%]	2.92	[2.70	3.14]
F60.0 Paranoide PS	93%	[82%;	98%]	2.90	[2.69	3.11]
F60.3 Emotional-instabile PS	90%	[76%;	96%]	2.87	[2.66	3.08]

Diagnose	% mit mind. eher schweren Beeinträchtigungen der PF			Mittelwert auf der LPFS		
F25 Schizoaffektive Störung	88%	[77%;	95%]	2.95	[2.75	3.15]
F20.0 Paranoide Schizophrenie	87%	[73%;	94%]	3.13	[2.91	3.36]
6B41 Komplexe PTBS	86%	[72%;	94%]	2.89	[2.69	3.09]
F21 Schizotype Störung	86%	[70%;	96%]	3.03	[2.80	3.26]
F60.1 Schizoide PS	79%	[59%;	92%]	2.74	[2.52	2.95]
F20.5 Schizophrenes Residuum	78%	[61%;	90%]	2.90	[2.69	3.11]
6B64 Dissoziative Identitätsstörung	78%	[60%;	90%]	2.73	[2.51	2.95]
F22.0 Wahnhafte Störung	75%	[56%;	88%]	2.79	[2.58	3.01]
F32.2 Schwere depressive Episode	75%	[58%;	87%]	2.77	[2.57	2.96]
F31 Bipolare Störung	73%	[54%;	86%]	2.57	[2.35	2.80]
F30 Manische Episode	72%	[52%;	86%]	2.78	[2.57	3.00]
F10.2 Alkoholabhängigkeit	69%	[64%;	74%]	2.58	[2.52	2.64]
F60.7 Abhängige PS	65%	[46%;	80%]	2.60	[2.40	2.80]
F50.2 Bulimia Nervosa	64%	[45%;	80%]	2.49	[2.29	2.69]
F60.4 Histrionische PS	63%	[42%;	81%]	2.35	[2.13	2.57]
F60.8 Sonstige spezifische PS	61%	[40%;	79%]	2.53	[2.31	2.76]
F50.0 Anorexia Nervosa	56%	[39%;	72%]	2.46	[2.27	2.65]
F45.0 Somatisierungsstörung	56%	[37%;	74%]	2.22	[2.01	2.43]
F60.6 Ängstlich-vermeidende PS	55%	[36%;	73%]	2.39	[2.19	2.59]
F60.5 Anankastische PS	55%	[37%;	72%]	2.34	[2.14	2.55]
F33 Rezidivierende depressive Episode	53%	[35%;	70%]	2.37	[2.17	2.57]
F40.1 Soziale Phobie	53%	[35%;	70%]	2.35	[2.15	2.54]
F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung	51%	[33%;	68%]	2.43	[2.24	2.62]
F41.0 Panikstörung	47%	[30%;	64%]	2.27	[2.08	2.46]
F34.1 Dysthymia	47%	[29%;	66%]	2.25	[2.04	2.45]
F42 Zwangsstörung	42%	[26%;	59%]	2.29	[2.09	2.48]
F41.1 Generalisierte Angststörung	37%	[21%;	57%]	2.24	[2.03	2.46]
F40.0 Agoraphobie	34%	[18%;	54%]	2.16	[1.93	2.39]
F40.2 Spezifische Phobie	29%	[15%;	49%]	1.88	[1.66	2.09]
F43.2 Anpassungsstörung	18%	[9%;	33%]	1.56	[1.37	1.75]
F32.0 Leichte depressive Episode	4%	[1%;	11%]	1.49	[1.31	1.68]

Anmerkungen. Die Schätzer basieren auf einer Befragung von 346 Professionellen der psychischen Gesundheitsversorgung, die insgesamt 1403 ihrer Patient:innen beschrieben haben. In eckigen Klammern stehen die bayesianischen 95%-Vertrauensintervalle. Die Level of Personality Functioning Scale (LPFS, Bender et al. 2011) beschreibt den Schweregrad von Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen und reicht von gar nicht oder geringfügig (0) über leicht (1), mittelgradig (2) und schwer (3) bis hin zu extrem (4).

4.3 Arbeitspaket 3: Formulierung von Schlüsselfragen

Insgesamt wurden 12 Schlüsselfragen formuliert.

Für die folgenden Schlüsselfragen wurde eine systematische Literaturrecherche durch die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen in Mainz vorgenommen:

Schlüsselfrage 1:

Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante Psychotherapie erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Schlüsselfrage 2:

Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die online Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung erhalten, ein schlechteres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Schlüsselfrage 3:

Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulant und stationär abgestimmte Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Schlüsselfrage 4:

Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die in „besonderen Wohnformen“ unter einem Dach wohnen, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Schlüsselfrage 5:

Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante koordinierte Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Für die folgenden Schlüsselfragen wurde nachträglich eine systematische Literaturrecherche durch die Arbeitsgruppen vorgenommen:

Schlüsselfrage 9:

Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die das nicht haben?

Schlüsselfrage 11:

Hat dimensionale Diagnostik einen Vorteil gegenüber nicht-dimensionaler Diagnostik für Patient:innen und/oder Versorger (z. B. bessere Arzt-Patienten-Kommunikation, größere Zufriedenheit mit Behandlung, geringere Stigmatisierungserfahrung)?
Weiterführende Informationen finden sich im Kapitel 3.1.1/Schlüsselfragen mit systematischer Literaturrecherche im Leitlinienreport sowie in Tabelle 3 der Langfassung.

Die restlichen Schlüsselfragen werden nachfolgend unter "Arbeitspaket 6" beschrieben.

4.4 Arbeitspaket 4: Recherche, Auswahl und Bewertung existierender Leitlinien

Es wurden insgesamt 17 themenverwandte AWMF-Leitlinien identifiziert und daraus 1531 Empfehlungen im Wortlaut in das Leitlinien Mapping übernommen. Das Leitlinien-Mapping wurde den Mandatstragenden der LL-SBPF im Februar 2023 zur Verfügung gestellt. Seit Mai 2024 ist es unter <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/Q2FKJ> unter einer permanenten DOI öffentlich zugänglich (Wendt et al. 2024a). Das Leitlinien-Mapping ermöglicht es, Empfehlungen aller eingeschlossenen Leitlinien beispielsweise nach Diagnose oder Empfehlungsgrad zu sortieren oder auf einen Blick alle relevanten Empfehlungen z.B. zum Thema Partizipative Entscheidungsfindung oder Komorbiditäten sichten zu können. Eine weiterführende Beschreibung findet sich im Leitlinienreport im Kapitel 3.1.2/Leitlinien sowie im Kapitel 2.3.2 der Langfassung.

4.5 Arbeitspaket 5: De novo-Recherche

4.5.1 Schlüsselfrage 1

Die systematische Literaturrecherche für die Schlüsselfrage 1 ergab 12 Metaanalysen sowie 1 Cochrane Review.

Das Ergebnis der Evidenzbewertung ergab eine sehr geringe bis geringe Qualität der Evidenz für den Endpunkt „Funktionsfähigkeit“, eine sehr geringe bis moderate Qualität für die Evidenz zum Endpunkt „Störungsspezifische Symptome“ sowie geringe Qualität der Evidenz für den Endpunkt „Inanspruchnahme Gesundheitssystem“.

Die zugehörigen Evidenztabelle finden sich in den Tabellen 9-14 des Leitlinienreports oder Kapitel 6.1 der Langfassung. Die Tabellen mit genaueren Informationen zu den eingeschlossenen Studien finden sich in Tabelle 60 des Leitlinienreports. Eine detaillierte Beschreibung der Evidenz findet sich im Hintergrundtext zur Schlüsselfrage 1 im Kapitel 4.2.3 der Langfassung.

4.5.2 Schlüsselfrage 2

Die systematische Literaturrecherche für die Schlüsselfrage 2 ergab 2 randomisierte sowie 1 clusterrandomisierte Studie.

Das Ergebnis der Evidenzbewertung ergab eine sehr geringe Qualität der Evidenz für den Endpunkt „Funktionsfähigkeit“, eine sehr geringe bis geringe Qualität für die Evidenz zum Endpunkt „Störungsspezifische Symptome“ sowie geringe Qualität der Evidenz für den Endpunkt „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“.

Die zugehörigen Evidenztabelle finden sich in den Tabellen 15-19 des Leitlinienreports oder Kapitel 6.2 der Langfassung. Die Tabellen mit genaueren Informationen zu den eingeschlossenen Studien finden sich in Tabelle 61 des Leitlinienreports. Eine detaillierte Beschreibung der Evidenz findet sich im Hintergrundtext zur Schlüsselfrage 2 im Kapitel 4.2.4 der Langfassung.

4.5.3 Schlüsselfrage 3

Die systematische Literaturrecherche für die Schlüsselfrage 3 ergab 1 quasi-experimentelle Längsschnittstudie.

Das Ergebnis der Evidenzbewertung ergab eine sehr geringe Qualität der Evidenz für alle Endpunkte.

Die zugehörigen Evidenztabelle finden sich in den Tabellen 20-24 des Leitlinienreports oder Kapitel 6.3 der Langfassung. Die Tabellen mit genaueren Informationen zu den eingeschlossenen Studien finden sich in Tabelle 62 des Leitlinienreports. Eine detaillierte Beschreibung der Evidenz findet sich im Hintergrundtext zur Schlüsselfrage 3 im Kapitel 4.2.5 der Langfassung.

4.5.4 Schlüsselfrage 4

Die systematische Literaturrecherche für die Schlüsselfrage 4 ergab 2 Publikationen einer prospektiven Kohortenstudie.

Das Ergebnis der Evidenzbewertung ergab eine sehr geringe Qualität der Evidenz für alle Endpunkte.

Die zugehörigen Evidenztabelle finden sich in den Tabellen 25-28 des Leitlinienreports oder Kapitel 6.4 der Langfassung. Die Tabellen mit genaueren Informationen zu den eingeschlossenen Studien finden sich in Tabelle 63 des Leitlinienreports. Eine detaillierte Beschreibung der Evidenz findet sich im Hintergrundtext zur Schlüsselfrage 4 im Kapitel 4.2.6 der Langfassung.

4.5.5 Schlüsselfrage 5

Die systematische Literaturrecherche für die Schlüsselfrage 5 ergab 1 Metaanalyse sowie 1 Cochrane-Review.

Das Ergebnis der Evidenzbewertung ergab eine sehr geringe bis moderate Qualität der Evidenz für den Endpunkt „Funktionsfähigkeit“, eine geringe Qualität für die Evidenz zum Endpunkt „Psychische Lebensqualität“ sowie geringe Qualität der Evidenz für den Endpunkt „Erwerbsstatus“.

Die zugehörigen Evidenztabelle finden sich in den Tabellen 29-31 des Leitlinienreports oder Kapitel 6.5 der Langfassung. Die Tabellen mit genaueren Informationen zu den eingeschlossenen Studien finden sich in Tabelle 64 des Leitlinienreports. Eine detaillierte Beschreibung der Evidenz findet sich im Hintergrundtext zur Schlüsselfrage 5 im Kapitel 4.2.7 der Langfassung.

4.5.6 Schlüsselfrage 9

Die systematische Literaturrecherche für die Schlüsselfrage 9 ergab 17 Systematische Reviews bzw. Metaanalysen.

Das Ergebnis der Evidenzbewertung ergab folgende Qualität der Evidenz für die jeweiligen Endpunkte:

- hohe Qualität für Endpunkt „Erfahrungen von Patient:innen und Angehörigen mit frühen Interventionsangeboten“
- hohe Qualität für Endpunkt „Erfahrungen von Patient:innen mit Psychotherapie bei Selbstverletzungen“

- moderate Qualität für Endpunkt „Erfahrungen von Kliniker:innen im Umgang mit Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen“
- moderate Qualität für Endpunkt „Effekt von Shared Decision Making auf Therapeutische Beziehung“
- moderate Qualität für Endpunkt „Interpersonelle Dynamiken und therapeutische Beziehung“
- sehr geringe Qualität für Endpunkt „Selbst-Enthüllung und Unmittelbarkeit“
- sehr geringe Qualität für Endpunkt „Wirkfaktor Zielkonsens und Kooperation“
- sehr geringe Qualität für Endpunkt „Wirkfaktor Erwartungen an das Behandlungsergebnis“
- sehr Qualität für Endpunkt „Wirkfaktor Empathie“
- sehr geringe Qualität für Endpunkt „Wirkfaktor Positive Wertschätzung“
- sehr geringe Qualität für Endpunkt „Wirkfaktor Realbeziehung“
- sehr geringe Qualität für Endpunkt „Wirkfaktor Gegenübertragungsmanagement“
- sehr geringe bis moderate Qualität für Endpunkt „Wirkfaktor Allianz und Reparatur von Allianzrupturen“

Die zugehörigen Evidenztabelle finden sich in den Tabellen 32-44 des Leitlinienreports oder Kapitel 6.6 der Langfassung. Die Tabellen mit genaueren Informationen zu den eingeschlossenen Studien finden sich in Tabelle 65 des Leitlinienreports. Eine detaillierte Beschreibung der Evidenz findet sich im Hintergrundtext zur Schlüsselfrage 9 im Kapitel 4.2.8 der Langfassung.

4.5.7 Schlüsselfrage 11

Die systematische Literaturrecherche für die Schlüsselfrage 11 ergab 2 Primärstudien, 3 Metaanalysen und 5 Narrative Reviews.

Das Ergebnis der Evidenzbewertung ergab eine moderate bis hohe Qualität der Evidenz für den Endpunkt „Validität“, eine moderate bis hohe Qualität für die Evidenz zum Endpunkt „Reliabilität“ sowie geringe Qualität der Evidenz für den Endpunkt „Klinische Nützlichkeit“.

Die zugehörigen Evidenztabelle finden sich in den Tabellen 45-47 des Leitlinienreports oder Kapitel 6.7 der Langfassung. Die Tabellen mit genaueren Informationen zu den eingeschlossenen Studien finden sich in Tabelle 66 des Leitlinienreports. Eine detaillierte Beschreibung der Evidenz findet sich im Hintergrundtext zur Schlüsselfrage 11 im Kapitel 4.2.2 der Langfassung.

4.6 Arbeitspaket 6: Schlüsselfragen auf Basis von Expertenwissen

Die folgenden Schlüsselfragen wurden ohne systematische Literaturrecherche, sondern auf Basis von Expertenwissen sowie Literaturkenntnissen der Mandatstragenden beantwortet.

Schlüsselfrage 6:

Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante Begleitung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Schlüsselfrage 7:

Ist Psychotherapie mit Behandlungsvertrag bei Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen wirksamer als ohne Behandlungsvertrag?

Schlüsselfrage 8:

Wann sollten Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen (teil-)stationär aufgenommen werden?

Schlüsselfrage 10:

Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die langfristige/kontinuierliche hausärztliche Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die keine Gespräche erhalten?

Schlüsselfrage 12:

Bestehen bei schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen Indikationen für eine psychopharmakologische Therapie und wenn ja welche?

Weiterführende Informationen finden sich im Kapitel 3.1.1/Schlüsselfragen ohne systematische Literaturrecherche im Leitlinienreport sowie in Kapitel 4.3 der Langfassung.

4.7 Arbeitspaket 7: Konsensusfindung

Für die 12 Schlüsselfragen wurden insgesamt 23 evidenzbasierte Empfehlungen, 5 evidenzbasierte Statements, 26 konsensbasierte Empfehlungen und 2 konsensbasierte Statements formuliert. Die Empfehlungen sowie deren Empfehlungsgrad finden sich in der Langfassung der Leitlinie in den Kapiteln 4.2.2 bis 4.3.5.

4.8 Arbeitspaket 8: Reviewverfahren

Die im Rahmen der Konsultationsphase eingegangenen Änderungsvorschläge wurden implementiert. Eine Dokumentation der Implementierung findet sich im Leitlinienreport unter Kapitel 4.1.

4.9 Arbeitspaket 9: Berichterstattung

Die Kurz- und Langfassung sowie der Methodenreport sowie die Englischen Übersetzungen der Kurzfassung und des Methodenreports finden sich in den Anlagen 1-3, 6 und 7.

4.10 Arbeitspaket 10: Praxistransfer

Die Patientenleitlinie, die zweiseitige Kurzfassung für Laien sowie die Übersetzungen der Kurzfassung für Laien in andere Sprachen finden sich in den Anlagen 4, 5 und 8.

5 Diskussion der Projektergebnisse

5.1 Fazit Leitlinienerstellung

Die Leitlinie hat methodisch neue Wege beschritten. Auch wenn damit Limitationen verbunden sind (siehe unten), konnte ein weitreichender Output erreicht werden. Die Empfehlungen haben zum Teil hohe Konsensstärken erreicht. Mit dem Leitlinien-Mapping wurde eine über unsere Leitlinie hinausgehende Übersicht über thematisch verwandte Leitlinien erstellt, die für Praktiker:innen enorm hilfreich sein kann. Mit der Entwicklung eines Algorithmus von kategorialer zu dimensionaler Herangehensweise wird der Forschungsstand auf diesem Gebiet bereichert.

5.2 Limitationen

Limitationen der Leitlinie betreffen die Neuartigkeit des Konzepts der Persönlichkeitsfunktionen und damit verbundene Unsicherheiten bezüglich der Evidenzgrundlage. Eine ausführliche Beschreibung der Limitationen findet sich im Kapitel „Methodenkritik“ (Kapitel 3.10) in der Langfassung der Leitlinie.

Eine weitere Limitation besteht darin, dass die Leitlinie nur erwachsene Patient:innen adressiert. Eine entsprechende Leitlinie für Kinder und Jugendliche müsste separat erstellt werden.

5.3 Zukunftsausblick

Einen Überblick über offene Forschungsfragen für die Zukunft findet sich in der Langfassung der Leitlinie in Kapitel 5.

5.4 Hypothesen

Da im Rahmen dieses Projekts keine Hypothesen aufgestellt wurden, entfällt dieser Punkt.

6 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Eine mögliche Fortführung/Weiterentwicklung des Projekts besteht in der Aktualisierung der Leitlinie, da diese in der aktuellen Form nur maximal fünf Jahre gültig ist. Im Rahmen der Aktualisierung können methodische Anpassungen vorgenommen werden (siehe Kapitel 7.2 des Leitlinienreports).

Der Beitrag des Projekts zur Versorgung besteht darin, dass nun eine Leitlinie existiert, die den neuen Standards der ICD-11 entspricht. Bestätigt wird dies dadurch, dass die Zielgruppe der Leitlinie über das dimensionale Konzept der Persönlichkeitsfunktionen definiert wurde. Ein limitierender Faktor ist jedoch, dass es aktuell noch wenig Primärstudien gibt, die Patient:innen anhand von deren Persönlichkeitsfunktionen definiert und daher eine „Übersetzung“ der bisherigen kategorialen Diagnosekategorien in dimensionale Sichtweise notwendig ist. Weitere Ausführungen zum Forschungsbedarf finden sich in Kapitel 5 der Langfassung.

Die Anwendung der Leitlinie in die Regelversorgung erfolgt dadurch, dass Behandler:innen und/oder Patient:innen diese in die Entscheidungsfindung bezüglich Behandlung bzw.

Versorgung einbeziehen. Im Unterschied zur aktuellen Regelversorgung erfolgt dieser Einbezug nicht aufgrund einer bestimmten kategorialen Diagnose, sondern aufgrund einer entsprechenden Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei den Patient:innen, auf die sich die Entscheidungen zur Behandlung bzw. Versorgung bezieht. Um eine optimale Versorgung gewährleisten zu können, ist der Einbezug anderer Akteure bzw. Einrichtungen essentiell. Im Kapitel zur Implementierung der Leitlinie mit weiterführenden Informationen findet sich im Leitlinienreport, Kapitel 6. Zum Einbezug anderer Akteure in der Versorgung wurden zudem zwei eigene Schlüsselfragen (Schlüsselfrage 3 und 5) zu ambulant bzw. ambulant/stationär abgestimmten Versorgung formuliert.

Die Leitlinie soll auf alle Personen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen übertragbar sein. Inwiefern sich die Empfehlungen regional in gleicher Weise umsetzen lassen, hängt maßgeblich davon ab, ob die entsprechende Versorgungsinfrastruktur (z.B. Wohnrichtungen, Kapazitäten für ambulante Psychotherapie) vorhanden sind (siehe auch Leitlinienreport Kapitel 6.3; inhaltlich bei den Schlüsselfragen 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11 in der Langfassung).

Die konkrete Verbesserung der Versorgungsqualität sowie Behebung von Versorgungsdefiziten soll durch die Implementierung der in der Leitlinie ausgesprochenen Empfehlungen erreicht werden. Die Nähe zur praktischen Patientenversorgung ist gegeben, da an der Leitlinie auch Pflegende sowie Patienten- und Angehörigenvertreter beteiligt waren.

7 Erfolge bzw. geplante Veröffentlichungen

Erfolgte Veröffentlichungen:

- Wendt, L. P.; Engesser, D.; Dotzauer, L.; van Haaren, Y.; Benecke, C.; Singer, S.; Zimmermann, J. (2024a): Leitlinien-Mapping der LL-SBPF – Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/Q2FKJ>
- Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr
- Jauk, E., Remmers, C., Wendt, L. P., Lackmann, V., Hopwood, C. J., Luo, X., . . . Sell, C. (2023). Dimensional Models of Personality and Psychopathology: Current Developments and Empirical Findings from Basic Research and Psychotherapy Research. Paper presented at the 2. Deutscher Psychotherapie Kongress
- Wendt, L. P., Klein, E. M., Benecke, C., Singer, S., Maier, L., Engesser, D., . . . Zimmermann, J. (2023). Wie nützlich ist eine dimensionale Perspektive auf Unterschiede im Funktionsniveau der Persönlichkeit für die klinische Praxis? Ergebnisse aus einer Therapeut:innenbefragung.

Geplante Veröffentlichungen:

IV Literaturverzeichnis

Bender, D. S., Morey, L. C., Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. *Journal of personality assessment*, 93 (4), 332–346. DOI: 10.1080/00223891.2011.583808

Kien, C., Gartlehner, G., Kaminski-Hartenthaler, A., Meerpohl, J. J., Flamm, M., Langer, G., et al. (2013). GRADE-Leitlinien: 9. Heraufstufen der Qualität der Evidenz [GRADE guidelines: 9. Rating up the quality of evidence]. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 107(3), 249–255.

Kulig, M., Perleth, M., Langer, G., Meerpohl, J. J., Gartlehner, G., Kaminski-Hartenthaler, A., & Schünemann, H. J. (2012). GRADE Leitlinien: 6. Einschätzung der Qualität der Evidenz - Unzureichende Präzision [GRADE guidelines: 6. Rating the quality of evidence: imprecision]. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106(9), 677–688.

Meerpohl, J. J., Langer, G., Perleth, M., Gartlehner, G., Kaminski-Hartenthaler, A., & Schünemann, H. (2012a). GRADE-Leitlinien: 3. Bewertung der Qualität der Evidenz (Vertrauen in die Effektschätzer) [GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence (confidence in the estimates of effect)]. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106(6), 449–456.

Meerpohl, J. J., Langer, G., Perleth, M., Gartlehner, G., Kaminski-Hartenthaler, A., & Schünemann, H. (2012b). GRADE-Leitlinien: 4. Bewertung der Qualität der Evidenz - Studienlimitationen (Risiko für Bias) [GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence - limitations of clinical trials (risk of bias)]. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106(6), 457–469.

Nolting, A., Perleth, M., Langer, G., Meerpohl, J. J., Gartlehner, G., Kaminski-Hartenthaler, A., & Schünemann, H. J. (2012). GRADE Leitlinien: 5. Einschätzung der Qualität der Evidenz - Publikationsbias [GRADE guidelines: 5. Rating the quality of evidence: publication bias]. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106(9), 670–676.

Perleth, M., Langer, G., Meerpohl, J. J., Gartlehner, G., Kaminski-Hartenthaler, A., & Schünemann, H. J. (2012). GRADE Leitlinien: 7. Einschätzung der Qualität der Evidenz - Inkonsistenz [GRADE guidelines: 7. Rating the quality of evidence - inconsistency]. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106(10), 733–744.

Rasch, A., Perleth, M., Langer, G., Meerpohl, J. J., Gartlehner, G., Kaminski-Hartenthaler, A., & Schünemann, H. J. (2012). GRADE Leitlinien: 8. Einschätzung der Qualität der Evidenz - Indirektheit [GRADE guidelines: 8. Rating the quality of evidence - indirectness]. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106(10), 745–753.

Wendt, L. P.; Engesser, D.; Dotzauer, L.; van Haaren, Y.; Benecke, C.; Singer, S.; Zimmermann, J. (2024a): Leitlinien-Mapping der LL-SBPF – Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/Q2FKJ>.

Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr.

V Anlagen

- Anlage 1: Langfassung der Leitlinie
- Anlage 2: Kurzfassung der Leitlinie
- Anlage 3: Leitlinienreport
- Anlage 4: 2-seitige Zusammenfassung für Laien
- Anlage 5: Patientenleitlinie
- Anlage 6: Englische Übersetzung der Kurzfassung
- Anlage 7: Englische Übersetzung des Leitlinienreports
- Anlage 8: Übersetzung der 2-seitigen Kurzfassung für Laien: leichte Sprache
- Anlage 9: Übersetzung der 2-seitigen Kurzfassung für Laien: Arabisch
- Anlage 10: Übersetzung der 2-seitigen Kurzfassung für Laien: Chinesisch
- Anlage 11: Übersetzung der 2-seitigen Kurzfassung für Laien: Englisch
- Anlage 12: Übersetzung der 2-seitigen Kurzfassung für Laien: Farsi
- Anlage 13: Übersetzung der 2-seitigen Kurzfassung für Laien: Französisch
- Anlage 14: Übersetzung der 2-seitigen Kurzfassung für Laien: Hindi
- Anlage 15: Übersetzung der 2-seitigen Kurzfassung für Laien: Polnisch
- Anlage 16: Übersetzung der 2-seitigen Kurzfassung für Laien: Portugiesisch
- Anlage 17: Übersetzung der 2-seitigen Kurzfassung für Laien: Russisch
- Anlage 18: Übersetzung der 2-seitigen Kurzfassung für Laien: Somali
- Anlage 19: Übersetzung der 2-seitigen Kurzfassung für Laien: Spanisch
- Anlage 20: Übersetzung der 2-seitigen Kurzfassung für Laien: Türkisch
- Anlage 21: Übersetzung der 2-seitigen Kurzfassung für Laien: Ukrainisch

*Langfassung S3-Leitlinie: Diagnostik,
Therapie und Rehabilitation von Pati-
entinnen und Patienten mit schwerer
Beeinträchtigung der Persönlichkeits-
funktionen (LL-SBPF)*

Benecke, C.; van Haaren, Y.; Engesser, D.; Dotzauer, L.; Wendt, L.; Daszkowski, J.; Dillo, W.; Dulz, B.; Dürich, C.; Engel-Diouf, C.; Engelhardt, U.; Eversmann, H.; Fassbinder, E.; Franke, G. H.; Giertz, K.; Herpertz, S. C.; Hörz-Sagstetter, S.; Jansen, A.; Klein, E.; Kopp, I. B.; Kruse, J.; Kubiak, T.; Kupsch, W.; Lammers, C.-H.; Lindner, R.; Matzat, J.; Milch, M.; Montag, M.; Munz, D.; Muschalla, B.; Nothacker, M.; Ommert, J.; Reddemann, O.; Reininger, K. M.; Rixe, J.; Röh, D.; Schäfer, G.; Schumacher, C.; Siegel, S.; Siegl, J.; Spitzer, C.; Steger, T.; Tarbiat, K.; Taylor, K. J.; von Haebler, D.; Waldherr, B.; Weißflog, S.; Welk, C.; Wiegand, H. F.; Wingefeld, K.; Zimmermann, J.; Singer, S.

Version 1.0 – Langfassung

Datum 08.08.24 – Gültig bis 08.08.29

Reg.-Nr. 134-001

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21013 gefördert.



Deutsche Gesellschaft für
Psychoanalyse,
Psychotherapie,
Psychosomatik und
Tiefenpsychologie e.V.

Herausgeber

DGPT – Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V.

Kontakt unter: www.dgpt.de und per Mail unter psa@dgpt.de

Die S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen“ wurde unter Federführung der DGPT erarbeitet. Die Leitlinie (LL) zu schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen (SBPF) wird im Folgenden als „LL-SBPF“ abgekürzt. An der Leitlinienerstellung und Konsensfindung waren insgesamt 33 Fachgesellschaften und Berufsverbände beteiligt.

Tabelle 1: Beteiligte Fachgesellschaften und Mandatsträger:innen

	Fachgesellschaft	Mandatstragende
 Arbeitsgemeinschaft Psychodynamischer Professorinnen und Professoren	Arbeitsgemeinschaft Psychodynamischer Professorinnen und Professoren e.V.	Prof. Dr. Susanne Singer, Vertretung: Prof. Dr. Cord Benecke
 Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V.	Cornelia Schumacher
 BPTK	Bundespsychotherapeutenkammer	Dr. Dietrich Munz, Dr. Alessa Jansen, Dr. Tina Wesels
 familien selbsthilfe psychiatrie Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.	Kaveh Tarbiat
 BUNDESVERBAND DER VERTRAGSPSYCHOTHERAPEUTEN E.V.	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.	Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr
 Bpø	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.	Jurand Daszkowski
 Dachverband Deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie e.V.	Dachverband deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie e.V.	PD Dr. Christiane Montag, Vertretung: Prof. Dr. Dorothea von Haebler
 Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.	Dipl.-Psych. Jürgen Matzat



Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammer



Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege e.V.

Jacqueline Rixe, M.Sc.



Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/psychodynamische Psychotherapie e.V.

Dr. Christian Dürich, Vertretung: Prof. Dr. Klaus Michael Reininger



Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.

Olaf Reddemann, Vertretung: Dr. Thomas Steger



Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V.

Dr. Wolfgang Kupsch, Vertretung: Ute Engelhardt



Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie e.V.

Prof. Dr. Gabriele Helga Franke



Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V.

Prof. Dr. Sabine Weißflog



Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.

Prof. Dr. Sabine C. Herpertz, Vertretung: Dr. Hauke Felix Wiegand



Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.

Dipl.-Psych. Georg Schäfer, Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter



Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V., Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie

Prof. Dr. Katja Wingefeld



Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.

Prof. Dr. Johannes Kruse



Deutsche Gesellschaft für
Rehabilitationswissenschaften e.V.



Deutsche Gesellschaft für
Rehabilitationswissenschaf-
ten e.V.

Prof. Dr. Beate
Muschalla

Deutsche Gesellschaft für Se-
xualmedizin, Sexualtherapie
und Sexualwissenschaft e.V.

Prof. Dr. Stefan
Siegel

Deutsche Gesellschaft für So-
ziale Arbeit e.V.

Prof. Dr. Dieter
Röh,
Vertretung:
Karsten Giertz

Deutsche Gesellschaft für Su-
izidprävention e.V.

Prof. Dr. med.
Reinhard Lind-
ner

Deutsche Gesellschaft für
Verhaltensmedizin und Ver-
haltensmodifikation e.V.

Prof. Dr.
Thomas Kubiak

Deutsche Psychoanalytische
Gesellschaft e.V.

Prof. Dr. Cord
Benecke

Deutsche Psychoanalytische
Vereinigung e.V.

Prof. Dr. Wolf-
gang Milch

Deutsche Psychotherapeuten
Vereinigung e.V.

Prof. Dr. Klaus
Michael Reinin-
ger

Deutsche Vereinigung für
Soziale Arbeit im Gesund-
heitswesen e.V.

Prof. Dr. Judith
Ommert,
Vertretung:
Claudia Welk

Deutscher Fachverband für
Verhaltenstherapie e.V.

Dr. Judith Siegl,
Vertretung: Dr.
Eva Fassbinder

Deutscher Verband Ergothe-
rapie e.V.

Hannah Evers-
mann,
Vertretung:
Claudia Engel-
Diouf

Deutsches Kollegium für
Psychosomatische Medizin
e.V.

Prof. Dr. Carsten
Spitzer



Gesellschaft zur Erforschung
und Therapie von Persönlich-
keitsstörungen e.V.

Dr. med. Birger
Dulz,
Vertretung: Prof.
Dr. Klaus Mi-
chael Reininger



Systemische Gesellschaft
– Deutscher Verband für sys-
temische Forschung, Thera-
pie, Supervision und Bera-
tung e.V.

Dr. Wolfgang
Dillo

Bitte wie folgt zitieren:

Benecke, C.; van Haaren, Y.; Engesser, D.; Dotzauer, L.; Wendt, L.; Daszkowski, J.; Dillo, W.; Dulz, B.; Dürich, C.; Engel-Diouf, C.; Engelhardt, U.; Eversmann, H.; Fassbinder, E.; Franke, G. H.; Giertz, K.; Herpertz, S. C.; Hörz-Sagstetter, S.; Jansen, A.; Klein, E.; Kopp, I. B.; Kruse, J.; Kubiak, T.; Kupsch, W.; Lammers, C.-H.; Lindner, R.; Matzat, J.; Milch, M.; Montag, M.; Munz, D.; Muschalla, B.; Nothacker, M.; Ommert, J.; Reddemann, O.; Reininger, K. M.; Rixe, J.; Röh, D.; Schäfer, G.; Schumacher, C.; Siegel, S.; Siegl, J.; Spitzer, C.; Steger, T.; Tarbiat, K.; Taylor, K. J.; von Haebler, D.; Waldherr, B.; Weißflog, S.; Welk, C.; Wiegand, H. F.; Wingenfeld, K.; Zimmermann, J.; Singer, S. *S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen* – Langfassung, 2024 [abgerufen am YYYY-MM-DD]
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001>

Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

Die erste Version der LL-SBPF ist ab dem 08.08.2024 bis zum 08.08.2029 gültig.
Die LL-SBPF soll 5 Jahre nach ihrer ersten Implementierung aktualisiert werden.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zur Zeit der Drucklegung der Leitlinie entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Die Nutzenden selbst bleiben verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation.

Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzt:innen und Therapeut:innen zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährter Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Diese Leitlinien sind für Ärzt:innen und Therapeut:innen rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Irrtümer und Druckfehler bei der Publikation von Leitlinien können auch bei der Anwendung größtmöglicher Sorgfalt nicht ganz ausgeschlossen werden. Zudem berücksichtigen Leitlinien immer nur abstrakte Nutzen-Risiko-Potentiale. Daher haften die Autor:innen, Mitglie-

der der Steuerungsgruppen, die Expert:innen, die Mitglieder der Konsensusgruppe und andere am Leitlinienerstellungsverfahren beteiligte Personen nicht für Schäden, die durch eine fehlerhafte oder unterbliebene Diagnostik oder Behandlung im Einzelfall entstehen.

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmung des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Redaktionsteams der Leitlinie unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Redaktionsteams reproduziert werden. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung, Nutzung und Verwertung in elektronischen Systemen, Intranets und dem Internet.

Leitlinie als Entscheidungshilfe

Bei der LL-SBPF handelt es sich um eine systematisch entwickelte Entscheidungshilfe. Sie zeigt damit die angemessene ärztlich-therapeutische Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen im Rahmen der strukturierten medizinischen Versorgung auf. Damit ist sie eine Orientierungshilfe im Sinne von Handlungs- und Entscheidungsvorschlägen, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss (Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 1997).

Die Entscheidung, ob einer bestimmten Empfehlung gefolgt wird, muss individuell getroffen werden und die individuellen Patient:innenvariablen und zur Verfügung stehenden Ressourcen berücksichtigen (Empfehlung Rec (2001)13 des Europarates 2001).

Eine Leitlinie wird dann wirksam, wenn ihre Empfehlungen in der Praxis angewandt werden. Die Anwendbarkeit einer Leitlinie bzw. ihrer Empfehlungen muss in der jeweiligen Situation geprüft und nach den Prinzipien der Indikationsstellung, Beratung, Präferenzmitteilung und partizipativen Entscheidungsfindung stattfinden (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)-Ständige Kommission Leitlinien 2020).

Wie bei anderen medizinischen Leitlinien auch handelt es sich bei der LL-SBPF explizit *nicht* um eine Richtlinie im Sinne einer Regelung des Handelns oder Unterlassens, die von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert und veröffentlicht wurde, für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich ist und deren Nicht-Beachtung definierte Sanktionen nach sich zieht (Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 1997).

Leitlinienreport

Die vollständige Methodik der Leitlinienentwicklung kann dem zeitgleich publizierten Leitlinienreport entnommen werden.

Der Leitlinienreport ist unter folgender Adresse hinterlegt:

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001>

Die Leitlinienleitung und -koordination wurde in Kooperation mit der Abteilung Epidemiologie und Versorgungsforschung, Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) Universitätsmedizin Mainz und den Abteilungen für Klinische Psychologie und Psychotherapie sowie für Differenzielle und Persönlichkeitspsychologie, Institut für Psychologie, Universität Kassel, durchgeführt.

Am Konsensprozess beteiligt:

Eine genauere Darstellung des Konsensusprozesses findet sich unter Kapitel 3.6. Die am Prozess beteiligten Personen und Fachgesellschaften sind im Leitlinienreport unter Kapitel 3.2.1 aufgeführt.

Die Leitlinie wurde unter direkter Beteiligung von Patientenvertretern erstellt: Herr Jurand Daszkowski, Herr Kaveh Tarbiat und Herr Jürgen Matzat waren stimmberechtigt.

Steuerungsgruppe

Bei der Steuerungsgruppe handelte es sich um das richtungsweisende Gremium der Leitlinienentwicklung. Die Gruppe entwickelte und verantwortete die Formulierung und Priorisierung der Schlüsselfragen, welche diese Leitlinie strukturieren und anhand derer die Empfehlungen und Statements für Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen gebildet wurden. Es war deshalb essenziell, dass Vertreter verschiedener Disziplinen und Versorgungssektoren daran beteiligt waren. Trotzdem sollte sie klein genug sein, um effizient arbeiten zu können. Neben dem Leitlinienkoordinator, der Methodikerin, der federführenden Fachgesellschaft und dem Konsortialpartner Prof. Zimmermann (Differenzielle und Persönlichkeitspsychologie, Universität Kassel) übernahmen Vertreter aus Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, psychiatrischer Pflege und Sozialarbeit diese Leitungsfunktion. Die Kolleg:innen gehören jeweils unterschiedlichen Fachgesellschaften an. Die Gruppe setzte sich wie folgt zusammen:

Tabelle 2: Zusammensetzung der Steuerungsgruppe

Mitglied der Steuerungsgruppe	Verantwortlichkeit/Expertise
Dipl.-Psych. Georg Schäfer	Federführende Fachgesellschaft
Prof. Dr. Cord Benecke	Leitlinienkoordination
Prof. Dr. Susanne Singer	Evidenzbasierung, Methodik, LL-Sekretariat
Dipl.-Psych. Jürgen Matzat	Patientenperspektive
Dr. Christian Dürich	Ambulante Psychotherapie
Prof. Dr. Johannes Kruse	Psychosomatische Medizin
Prof. Dr. Johannes Zimmermann	Differenzielle und Persönlichkeitspsychologie, Diagnostik
Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers	Ärztliche Psychotherapie
Prof. Dr. Sabine Herpertz	Psychiatrie und Psychotherapie
Dr. Hauke Wiegand	Psychiatrische Versorgungsforschung
Jacqueline Rixe	Psychiatrische Pflege
Prof. Dr. Reinhard Lindner	Soziale Arbeit

Wissenschaftliche Mitarbeiter:innen

Yannik van Haaren, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie, Universität Kassel;

Deborah Engesser, Abteilung Epidemiologie und Versorgungsforschung, Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) Universitätsmedizin Mainz;

Eva Klein, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie, Universität Kassel (während der ersten 10 Monate);

Lena Dotzauer, Abteilung Epidemiologie und Versorgungsforschung, Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) Universitätsmedizin Mainz;

Leon Wendt, Differentielle und Persönlichkeitspsychologie, Institut für Psychologie, Universität Kassel.

Begleitung und Unterstützung durch die AWMF

Die AWMF-Leitlinienberatung und Moderation des Konsensfindungsprozesses übernahmen Dr. Monika Nothacker und Frau Prof. Dr. Ina Kopp von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Fassungen der Leitlinie

Die LL-SBPF wird mit folgenden Komponenten publiziert:

- Langfassung: Graduierte Empfehlungen und Darstellung der Evidenzgrundlage (Evidenz und weitere Erwägungen) – das vorliegende Dokument;
- Kurzfassung: Übersicht der graduierten Empfehlungen;
- Leitlinienreport mit Evidenztabelle;
- Patient:innenleitlinie;
- Zweiseitige Kurzfassungen für Laien in folgenden Versionen: leichte Sprache, Arabisch, Englisch, Farsi, Französisch, Hindi, Polnisch, Russisch, Somali, Spanisch und Türkisch

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001>

Schlüsselfragen

Die Steuerungsgruppe erarbeitete mehrere Schlüsselfragen, welche die inhaltliche Arbeit der LL strukturierte. Die Schlüsselfragen wurden von den Mandatsträger:innen diskutiert und konsentiert. Sie umfassen relevante Versorgungsbereiche.

Für die Bearbeitung der Schlüsselfragen bildeten sich mehrere Arbeitsgruppen (AGs). Die Beteiligung an den jeweiligen AGs ist in Tabelle 3 abgebildet.

Für die ersten fünf Schlüsselfragen wurde eine systematische *de novo* Literaturrecherche durchgeführt, für die Schlüsselfragen 9 und 11 erfolgte zu einem späteren Zeitpunkt eine systematische Literaturrecherche. Für die weiteren Schlüsselfragen wurden Empfehlungen basierend auf publizierten AWMF-Leitlinien und Meta-Analysen sowie Einzelstudien formuliert.

Tabelle 3: Arbeitsgruppen und beteiligte Personen

Mit systematischer Literaturrecherche	
Schlüsselfrage	Mitglieder der Arbeitsgruppe
1. Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante Psychotherapie erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?	Deborah Engesser, Lena Dotzauer, Dr. Katherine J. Taylor, Prof. Dr. Cord Benecke, Yannik van Haaren, Leon Wendt, Prof. Dr. Johannes Zimmermann, Prof. Dr. Susanne Singer
2. Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die Online-Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung erhalten, ein schlechteres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?	Deborah Engesser, Lena Dotzauer, Dr. Katherine J. Taylor, Prof. Dr. Cord Benecke, Yannik van Haaren, Leon Wendt, Prof. Dr. Johannes Zimmermann, Prof. Dr. Susanne Singer
3. Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulant und stationär abgestimmte Versorgung erhalten, ein	Deborah Engesser, Lena Dotzauer, Dr. Katherine J. Taylor, Prof. Dr. Cord Benecke, Yannik van Haaren,

besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?	Leon Wendt, Prof. Dr. Johannes Zimmermann, Prof. Dr. Susanne Singer
4. Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die in „besonderen Wohnformen“ unter einem Dach wohnen, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?	Deborah Engesser, Lena Dotzauer, Dr. Katherine J. Taylor, Prof. Dr. Cord Benecke, Yannik van Haaren, Leon Wendt, Prof. Dr. Johannes Zimmermann, Prof. Dr. Susanne Singer
5. Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante koordinierte Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?	Deborah Engesser, Lena Dotzauer, Dr. Katherine J. Taylor, Prof. Dr. Cord Benecke, Yannik van Haaren, Leon Wendt, Prof. Dr. Johannes Zimmermann, Prof. Dr. Susanne Singer
9. Haben Patient:innen mit SBPF, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?	Arbeitsgruppenleitung: Prof. Dr. Susanne Singer Mitarbeit: Dr. Wolfgang Dillo, Benedikt Waldherr, Prof. Dr. Wolfgang Milch, Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammer, PD Dr. Christiane Montag, Prof. Dr. Dorothea von Haebler, Jacqueline Rixe
11. Hat dimensionale Diagnostik einen Vorteil gegenüber nicht-dimensionaler Diagnostik für Patient:innen und/oder Versorger (z. B. bessere Arzt-Patienten-Kommunikation, größere Zufriedenheit mit Behandlung, geringere Stigmatisierungserfahrung)?	Arbeitsgruppenleitung: Prof. Dr. Johannes Zimmermann und Leon Wendt, Mitarbeit: Prof. Dr. Thomas Kubiak, Prof. Dr. Sabine C. Herpertz, Prof. Dr. Gabriele Helga Franke, Karsten Giertz

Ohne systematische Literaturrecherche

Schlüsselfrage

Mitglieder der Arbeitsgruppe

6. Haben Patient:innen mit SBPF, die eine ambulante Begleitung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?	Arbeitsgruppenleitung: Jacqueline Rixe, und Prof. Dr. Sabine Weißflog Mitarbeit: Cornelia Schumacher, Hannah Eversmann, Prof. Dr. Judith Ommert, Karsten Giertz, Claudia Engel-Diouf, Jurand Daszkowski
Zudem erarbeitete diese Arbeitsgruppe das Kapitel 4.1 „Übergeordnetes Verständnis“	
7. Ist Psychotherapie mit Behandlungsvertrag bei Patient:innen mit SBPF wirksamer als ohne Behandlungsvertrag?	Arbeitsgruppenleitung: Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter Mitarbeit: Prof. Dr. Klaus Michael Reininger, Jurand Daszkowski, Karsten Giertz, Dr. Judith Siegl
8. Wann sollten Patient:innen mit SBPF (teil-)stationär aufgenommen werden?	Arbeitsgruppenleitung: Prof. Dr. Carsten Spitzer, Hauke Felix Wiegand MD/PhD, Prof. Dr. Johannes Kruse Mitarbeit: Dr. Wolfgang Kupsch, Dr.

10. Haben Patient:innen mit SBPF, die langfristige/kontinuierliche hausärztliche Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, ohne eine solche Versorgung?	Christian Dürich, Prof. Dr. Katja Wingenfeld, Dr. Eva Fassbinder, Arbeitsgruppenleitung: Olaf Reddemann und Dr. med. Thomas Steger Mitarbeit: Prof. Dr. Beate Muschalla, Prof. Dr. Reinhard Lindner, Kaveh Tarbiat
12. Bestehen bei SBPF Indikationen für eine psychopharmakologische Therapie und wenn ja, welche?	Arbeitsgruppenleitung: Hauke Felix Wiegand, MD/PhD Mitarbeit: Dr. Christian Dürich

Insgesamt wurden über die 12 Schlüsselfragen hinweg 23 evidenzbasierte Empfehlungen, 5 evidenzbasierte Statements, 26 konsensbasierte Empfehlungen und 2 konsensbasierte Statements verfasst.

Externes Peer-Review

Zur Legitimation der Leitlinie gegenüber anderen Professionen gab es eine Konsultationsphase von 3 Wochen geben, in der die Leitlinie kommentiert werden konnte. Dazu wurden die beteiligten Fachgesellschaften gebeten, die Leitlinie zum Kommentieren über ihre Verteiler zu versenden. Zusätzlich wurde die Leitlinie auf die Website der AWMF gestellt.

Sprachregelungen

Es wird das generische Femininum plus Doppelpunkt verwendet. Damit soll einerseits verdeutlicht werden, dass alle Menschen gleichermaßen angesprochen werden, andererseits soll eine flüssige Lesbarkeit gewährleistet werden.

Weiterhin wird in der Leitlinie der Begriff Zugehörige für all jene Menschen genutzt, die in einer bedeutsamen Verbindung zu den Betroffenen stehen.

In der Leitlinie wird an verschiedenen Stellen der Begriff „Behandler:in“ verwendet. Damit sind *alle* Berufsgruppen gemeint, die direkt mit Patient:innen arbeiten, wie beispielsweise Pflegefachkräfte, Sozialarbeiter:innen, Psycholog:innen und Ärzt:innen. Wir möchten uns hiermit ausdrücklich davon abgrenzen, wie dieser Begriff in der Zeit des Nationalsozialismus verwendet wurde.

Die wichtigsten Empfehlungen

1.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Das der ICF zugrunde liegende bio-psycho-soziale Modell und die damit verbundene personenzentrierte Haltung soll für alle Akteur:innen im Gesundheits- und Sozialwesen die Grundlage von Diagnose- und Interventionsprozessen von Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bilden.	
	Literatur: Mental Health Bericht der WHO, UN-BRK und SGB IX	
	Konsensstärke: 100%	

2.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Die Diagnostik von Beeinträchtigungen der PF sollte dimensional erfolgen und sich nicht auf kategoriale Persönlichkeitsstörungsdiagnosen beschränken.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Evidenzrecherche; Zwei Meta-Analysen, fünf Einzelstudien	
Validität: ⊕⊕⊕⊕ Reliabilität: ⊕⊕⊕⊕ Klinische Nützlichkeit ⊕⊕⊕⊕	Haslam et al. (2020) Markon et al. (2011) Weekers et al. (2023) Wendt et al. (2024b) Zimmermann et al. (2023), darin: Buer Christensen et al. (2020) Morey et al. (2013) Morey et al. (2014)	
	Konsensstärke: 100%	

3.5	Konsensbasiertes Statement	Neu
EK	Patient:innen mit SBPF benötigen in der Regel längere und ausreichend hochfrequente psychotherapeutische Behandlung.	
	Literatur: vgl. S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung; NICE, 2009; Kool et al. 2018; Bruijniks et al. 2020; Bone et al. 2021; Woll und Schönbrodt 2020; Shefler et al. 2023	
	Konsensstärke: 100%	

5.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Wenn Patient:innen mit SBPF sowohl ambulant als auch stationär versorgt werden, sollte diese Versorgung abgestimmt werden, unter Berücksichtigung der Wünsche der Patient:innen und ggf. Zugehörigen.	
	Konsensstärke: 100%	

7.4	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Bei Bedarf einer multiprofessionellen ambulanten Behandlung, sollte diese koordiniert, durch eine an dieser Behandlung beteiligte Person stattfinden.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche, zwei Meta-Analysen:	
Psychische Lebensqualität: ⊕⊕⊕⊖	Lim et al. (2022)	
Funktionsfähigkeit st: ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)	
Funktionsfähigkeit mt: ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)	
Funktionsfähigkeit lt: ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)	
Erwerbsstatus mt: ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)	
Erwerbsstatus lt: ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)	
	Konsensstärke: 96%	

Die Qualität der Evidenz wurde für die psychosoziale Funktionsfähigkeit und dem Erwerbsstatus jeweils nach Zeitabschnitten bewertet, st – short term, mt - medium term, lt – long term

8.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: A	Im Rahmen der Diagnostik und Therapie von Patient:innen mit SBPF soll eine tragfähige therapeutische Beziehung etabliert werden. Diese soll bei Menschen mit SBPF als Basis aller weiteren Therapieschritte angesehen werden, abhängig von der Schwere der BPF sogar als Behandlungsziel.	
Qualität der Evidenz:		
Ergebnis der Psychotherapie: ⊕⊕⊕⊖	Formulierung ursprünglich basierend auf: S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen [dort EK, Empfehlung 3, S.59; „Psychotherapie“ geändert zu „Therapie“. Als Basis der Therapie und als Therapieziel ergänzt.] Danach de novo-Recherche von Meta-Analysen.	
Veränderung der psychiatrischen Symptomatik: ⊕⊕⊕⊖	neue Literatur: Flückiger et al. (2018); Bourke et al. (2021); Browne et al. (2021); Howard et al. (2022); Haw et al. (2023)	
Veränderung psychotischer Symptomatik: ⊕⊕⊕⊖		
Veränderung von PTSD-Symptomen: ⊕⊕⊕⊖		
Relevanz vertrauensvolle und langfristige Beziehung: ⊕⊕⊕⊕		
	Konsensstärke: 100%	

9.7	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Eine dialogische Zusammenarbeit zwischen Patient:innen mit SBPF, deren Zugehörigen sowie professionell Tätigen sollte angeboten werden. Der dialogische Aspekt sollte in professionellen Fort- und Weiterbildungen und Seminaren berücksichtigt werden, u. a. durch direkte Beteiligung Betroffener und Zugehöriger. Patient:innen mit SBPF und deren Zugehörige sollten Dialogforen angeboten werden.	
	Literatur: S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen; S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen	
	Konsensstärke: 100%	

10.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Patient:innen mit SBPF soll im Rahmen von Psychotherapien ein spezifischer Behandlungsvertrag angeboten werden.	
	Konsensstärke: 100%	

11.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Bei Vorliegen einer SBPF kann eine stationäre oder teilstationäre Behandlung aus diagnostischen und/oder therapeutischen Gründen sinnvoll sein. Dabei sollte unter Wahrung der partizipativen Entscheidungsfindung dem Grundsatz gefolgt werden: ambulant vor teilstationär vor vollstationär. Bei der Indikationsstellung zur Krankenhausbehandlung sollte gemeinsam sorgfältig geprüft werden, ob die angestrebten Therapieziele mit den jeweiligen Behandlungsmöglichkeiten der Institution in Übereinstimmung stehen.	
	Eine stationäre Einweisung soll entsprechend den in Tabelle 13 aufgeführten Indikationen geprüft oder im Notfall veranlasst werden.	
	Literatur: S3-Leitlinie Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression; S3-Leitlinie Schizophrenie; S3-Leitlinie Zwangsstörungen; S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen; S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung; S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen; S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen; S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden; S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie; S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörungen	
	Konsensstärke: 100%	

12.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	<p>Patient:innen mit SBPF soll eine kontinuierliche hausärztliche Langzeitbegleitung empfohlen werden.</p> <p>Die Behandlung von Patient:innen mit SBPF soll kooperativ unter Einbeziehung der hausärztlichen Langzeitbegleitung erfolgen.</p> <p>Die bewusste, verlässliche, aktive und strukturierende Gestaltung der Patient-Arzt-Beziehung und Patient-Behandlungsteam-Beziehung ist ein entscheidender Wirkfaktor in der Langzeitbegleitung von Patient:innen mit SBPF. Dies sollte in hausärztlicher Forschung, Fort- und Weiterbildung adressiert werden.</p>	
	Konsensstärke: 100%	

Inhaltsverzeichnis

Die wichtigsten Empfehlungen	11
1 Einleitung	22
2 Einordnung der LL-SBPF	23
2.1 Ziel der Leitlinie	23
2.2 Persönlichkeitsfunktionen (PF) als zentrale störungsübergreifende Dimension der Leitlinie.....	24
2.2.1 Was sind Persönlichkeitsfunktionen?.....	24
2.3 Besonderheiten einer Leitlinie für Menschen mit SBPF.....	27
2.3.1 Konzeptuelle Einordnung vor dem Hintergrund kategorialer Klassifikationssysteme.....	27
2.3.2 Bezug zu anderen Leitlinien.....	28
2.3.3 Inwiefern unterscheidet sich der Fokus auf SBPF von anderen Konzepten des Schweregrads?	30
2.3.4 Beispiele für Patient:innen mit unterschiedlich schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen.....	30
2.3.5 Zielpopulation	36
2.3.6 Epidemiologie schwer beeinträchtigter Persönlichkeitsfunktionen	36
2.3.7 Adressaten und Anwendbarkeit	37
3 Methodisches Vorgehen.....	38
3.1 Bestimmung der Zielpopulation für die systematische Literaturrecherche anhand von diagnostischen Kategorien.....	38
3.2 Indirekte Bestimmung der Zielpopulation anhand von diagnostischen Kategorien..	38
3.3 Evidenz, Empfehlungsgrade und Konsensstärke.....	40
3.4 Systematische Literaturrecherche.....	43
3.5 Unabhängigkeit der Redaktion	44
3.5.1 Umgang mit Interessenkonflikten	44
3.5.2 Finanzierung der Leitlinie	44
3.6 Konsensfindung	45
3.7 Konsultation und Verabschiedung.....	45
3.8 Überprüfung der Implementierung.....	45
3.9 Umgang mit der Evidenzlage spezifisch für SBPF	46
3.10 Methodenkritik	46
4 Schlüsselfragen und Empfehlungen.....	49
4.1 Übergeordnetes Verständnis.....	49
4.1.1 Biopsychosoziales Grundverständnis.....	50
4.1.2 Konzepte zur psychischen Gesundheit und Krankheit.....	51

4.1.3	Resilienz	51
4.1.4	Recovery.....	52
4.1.5	Beziehungsgestaltung und Partizipative Entscheidungsfindung.....	54
4.1.6	Selbstmanagement und Selbsthilfe.....	56
4.2	Empfehlungen auf Basis systematischer Literaturrecherche.....	58
4.2.1	Befunde aus Qualitativen Studien im Rahmen der systematischen Literaturrecherche	58
4.2.2	Schlüsselfrage 11: Hat dimensionale Diagnostik einen Vorteil gegenüber nicht-dimensionaler Diagnostik für Patient:innen und/oder Versorger (z. B. bessere Arzt-Patienten-Kommunikation, größere Zufriedenheit mit Behandlung, geringere Stigmatisierungserfahrung)?	60
4.2.3	Schlüsselfrage 1: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante Psychotherapie erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?	70
4.2.4	Schlüsselfrage 2: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die Online-Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung erhalten, ein schlechteres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?	92
4.2.5	Schlüsselfrage 3: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulant und stationär abgestimmte Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?	95
4.2.6	Schlüsselfrage 4: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die in „besonderen Wohnformen“ unter einem Dach wohnen, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?	98
4.2.7	Schlüsselfrage 5: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante koordinierte Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?	101
4.2.8	Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit SBPF, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?.....	106
4.3	Schlüsselfragen und Empfehlungen ohne systematische Literaturrecherche.....	121
4.3.1	Schlüsselfrage 6: Haben Patient:innen mit SBPF, die eine ambulante Begleitung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?122	
4.3.2	Schlüsselfrage 7: Ist Psychotherapie mit Behandlungsvertrag bei Patient:innen mit SBPF wirksamer als ohne Behandlungsvertrag?.....	142
4.3.3	Schlüsselfrage 8: Wann sollten Patient:innen mit SBPF (teil-)stationär aufgenommen werden?	147
4.3.4	Schlüsselfrage 10: Haben Patient:innen mit SBPF, die langfristige/kontinuierliche hausärztliche Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die keine Gespräche erhalten?.....	156

4.3.5	Schlüsselfrage 12: Bestehen bei SBPF Indikationen für eine psychopharmakologische Therapie und wenn ja welche?	160
5	Offene Forschungsfragen.....	162
6	Evidenztabellen.....	163
6.1	Evidenztabellen Schlüsselfrage 1	163
6.2	Evidenztabellen Schlüsselfrage 2	186
6.3	Evidenztabellen Schlüsselfrage 3	197
6.4	Evidenztabellen Schlüsselfrage 4	205
6.5	Evidenztabellen Schlüsselfrage 5	213
6.6	Evidenztabellen Schlüsselfrage 9	218
6.7	Evidenztabellen Schlüsselfrage 11	247
7	Literaturverzeichnis	251

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zusammenhang zwischen Qualität der Evidenz und Empfehlungsgraden nach GRADE.....	41
Abbildung 2: Auszug aus ICF (WHO 2001/2005).....	50

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beteiligte Fachgesellschaften und Mandatsträger:innen.....	2
Tabelle 2: Zusammensetzung der Steuerungsgruppe.....	7
Tabelle 3: Arbeitsgruppen und beteiligte Personen	8
Tabelle 4: Bereiche der Persönlichkeitsfunktionen gemäß DSM-5	24
Tabelle 5: Kurzbeschreibung der Stufen der LPFS.....	26
Tabelle 6: Geschätzte Populationsverteilungen von Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen von Patient:innen bestimmter ICD-10 (und ICD-11) Diagnosen..	39
Tabelle 7: Die vier Stufen der Evidenz-Vertrauenswürdigkeit nach GRADE.....	40
Tabelle 8: Empfehlungsgraduierung	41
Tabelle 9: OCEBM Evidenzstufen.....	43
Tabelle 10: SIGN Evidenzstufen.....	43
Tabelle 11: Einordnung der Konsensstärke nach AWMF-Regelwerk.....	43
Tabelle 12: Kategorisierung der Interessenkonflikte	44
Tabelle 13: Indikationen für eine stationäre Behandlung	149
Tabelle 14: Maßnahmen bei Entlassung von Patient:innen mit SBPF aus (teil-)stationärer Behandlung.....	154
Tabelle 15: Themenrelevante deutsche Leitlinien:	157
Tabelle 16: mögliche Hinweise auf relevante Einschränkungen der Persönlichkeitsfunktionen im hausärztlichen Setting, die eine dezidiere Abklärung in Betracht ziehen lassen:.....	158
Tabelle 17: Dachorganisationen und bundesweit operierende Hilfsdienste für Hilfe in akuten Krisen	159

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
ACT	Assertive Community Treatment
AMPD	Alternative Model of Personality Disorder (dt. Alternatives Model der Persönlichkeitsstörungen)
AMSTAR	A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BPF	Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
DBT	Dialektisch-behaviorale Therapie
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (dt. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen)
EK	Expertenkonsens
EUTB	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung
GAF	Global Assessment of Functioning
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
HiTOP	Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (dt. Hierarchische Taxonomie der Psychopathologie)
ICC	Intraklassen-Korrelationskoeffizient
ICD	Internationale Statische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IMBEI	Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik
IPS	Individual Placement and Support
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KSVPsych-RL	Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf
LL	Leitlinie
LL-SBPF	Leitlinie Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen
LPFS	Level of Personality Functioning Scale
LPFS-BF	Level of Personality Functioning Scale—Brief Form
LPFS-SR	Level of Personality Functioning Scale—Self-Report
lt	long term (dt. langfristig)
MBT	Mentalisierungsbasierte Psychotherapie
mt	medium term (dt. mittelfristig)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OCEBM	Oxford Centre for Evidence Based Medicine (dt. Oxford Zentrum für evidenzbasierte Medizin)
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
PF	Persönlichkeitsfunktionen
pHKP	Psychiatrische häusliche Krankenpflege

PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PICO	für Population/Patient:innen, Intervention, Comparison (Vergleich/Kontrollgruppe) und Outcome (Behandlungsziel)
PPP-RL	Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RCT	randomized controlled trial (dt. Randomisierte kontrollierte Studie)
SBPF	Schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen
SCID-AMPD	Structured Clinical Interview for the Level of Personality Functioning Scale (dt. Strukturiertes Klinisches Interview für das DSM-5 – Alternatives Modell für Persönlichkeitsstörungen)
SE	Supported Employment
SGB IX	Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
st	short term (dt. kurzfristig)
STiP 5.1	Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (dt. Semistrukturierten Interviews zur Erfassung der DSM-5 Persönlichkeitsfunktionen)
STIPO	Structured Interview on Personality Organization (dt. Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation)
TAU	Treatment as usual
TFP	Übertragungsfokussierte Psychotherapie
UN-BRK	Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WHO-DAS	WHO Disability Assessment Schedule

1 Einleitung

Die vorliegende Leitlinie entstand in Folge einer Förderbekanntmachung des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss zur themenspezifischen Förderung von Versorgungsforschung gemäß § 92a Absatz 2 Satz 4 zweite Alternative des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V): Projekte zur Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht (BAnz AT 12.10.2020 B5). Ein gefördertes Themenfeld umfasste die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und komplexem Behandlungsbedarf.

Die Leitlinie **Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen (LL-SBPF)**, unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT), greift dieses Themenfeld auf (Förderkennzeichen 01VSF21013). Weitere Unterstützung erhielt die Leitlinie freundlicherweise von folgenden Fachgesellschaften: Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/Psychodynamische Psychotherapie e.V. (DFT), Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen e.V. (GePs), Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation e.V. (DGVM), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG), Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e.V. (DGS), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM), Systemische Gesellschaft e.V. (SG), Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM), Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V. (DGSA), Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM), Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V. (DPV), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW), Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft e.V. (DGSMTW), Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V. (DVT), Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE), Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V. (DPtV), Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie e.V. (DGMP), Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DÄVT), Arbeitsgemeinschaft Psychodynamischer Professorinnen und Professoren e.V. (APPP), Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft e.V. (DPG), Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp), Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V. (DGPPR), Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie e.V. (DGPs), Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (Bpe), Dachverband deutschsprachiger Psychosen-Psychotherapie e.V. (DDPP), Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V. (BAG KT), Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG), Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK), Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP).

2 Einordnung der LL-SBPF

Die *Leitlinie Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen (LL-SBPF)* gibt für die Diagnostik, Therapie und Rehabilitation dieser Patientengruppe Empfehlungen und Statements ab.

Zunächst wird beschrieben, warum die Versorgung von Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen (SBPF) verbessert werden soll, bevor dann näher das Konzept der PF vorgestellt wird. Anschließend wird die Besonderheit dieser Leitlinie (LL) erläutert, dass und warum keine einzelnen Störungen betrachtet werden, sondern ein übergeordnetes Konzept angewendet wird. Zudem wird Bezug zu anderen LL genommen und Fallbeispiele gegeben. Wie die PF in die Leitlinienentwicklung eingebunden wurden, wird im methodischen Teil der LL beschrieben, ebenso wie die Entwicklung der LL-SBPF allgemein und methodenkritische Aspekte. Es folgen die Schlüsselfragen mit systematischer de novo Recherche, bevor die Schlüsselfragen ohne diese mit ihren Empfehlungen und Statements vorgestellt werden. Zudem werden in den Hintergrundtexten Kontextinformationen gegeben. Zuletzt werden aufgeworfenen Forschungsfragen die LL-SBPF abschließen.

2.1 Ziel der Leitlinie

Die LL-SBPF wurde entwickelt, um die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und komplexem Behandlungsbedarf zu verbessern. Die LL legt den Fokus auf die Gruppe von Betroffenen, bei denen der psychischen Erkrankung und dem komplexem Behandlungsbedarf eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen (SBPF) zugrunde liegt oder mit einer solchen einhergeht. Die LL soll zur Versorgung dieser Personengruppe beitragen, indem Empfehlungen und Statements gegeben werden, die konkret die Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz, die Behebung von Versorgungsdefiziten in der gesetzlichen Krankenversicherung und die besondere Nähe zu praktischen Patient:innenversorgung betreffen. Durch die LL soll die Patient:innenpopulation gestärkt und das Patient:innen-Empowerment gefördert werden.

Die Ziele der verbesserten Versorgung lassen sich insgesamt in drei Bereiche unterteilen:

1. *Patient:innenorientierung*: Der Zugang zur psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung soll an die spezifischen Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen (PF) adaptiert, verbessert und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Erwerbstätigkeit, soziale Aktivitäten) erleichtert werden. Patient:innen und Angehörige sollen erfahren, welche Behandlungsmöglichkeit es gibt und ermutigt werden, diese für sich in Anspruch zu nehmen (Empowerment). Es geht um eine Versorgungsgerechtigkeit, indem benachteiligte Personen nicht von der notwendigen Versorgung ausgeschlossen werden.
2. *Organisatorische, prozessuale und strukturelle Innovation*: Durch die Diagnostik von PF sollen Versorgungsbedarfe besser erkannt und frühzeitig adressiert werden. Probleme im Versorgungsablauf (z.B. durch Brüche an Sektorengrenzen, Zugangsbarrieren, Fehlbehandlungen) sollen identifiziert und koordinierende Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden. Dazu gehören insbesondere Empfehlungen für die Umsetzung einer koordinierten Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen und Versorgungseinrichtungen bei der sequenziellen Behandlung. Deren Umsetzung scheitert oft daran, dass das Gesundheitssystem diese Schritte nicht sektorenübergreifend von sich aus berücksichtigt und die Beeinträchtigung der PF verhindern, dass es die Betroffenen von sich aus tun. Entsprechend soll die Leitlinie (LL) die Zusammenarbeit zwischen den

Professionen verbessern. Dadurch sollten sich auch die Häufigkeit und Dauer stationärer Aufenthalte verringern.

3. *Verbesserung patientenrelevanter Endpunkte*: Durch eine auf den Schweregrad der PF-Beeinträchtigung abgestimmte Versorgung sollten sich die patientenrelevanten Endpunkte verbessern (siehe Kapitel 0 und im Leitlinienreport Kapitel 1.2).

2.2 Persönlichkeitsfunktionen (PF) als zentrale störungsübergreifende Dimension der Leitlinie

Die LL-SBPF stellt statt kategorialen Diagnosen die PF ins Zentrum. PF können unabhängig von der spezifischen Störung beschrieben und auf einer dimensional Skala hinsichtlich ihrer Beeinträchtigung erfasst werden.

2.2.1 Was sind Persönlichkeitsfunktionen?

PF beschreiben basale psychische Fähigkeiten, von denen angenommen wird, dass sie zur Bewältigung unterschiedlichster innerer und äußerer Anforderungen notwendig sind (Bender und Skodol 2007; Bender et al. 2011). Das Konzept der PF hat eine lange Tradition im psychoanalytischen Denken („Ich-Funktionen“) und wurde in jüngster Zeit für die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 und ICD-11 aktualisiert. Es wird davon ausgegangen, dass das Ausmaß der Verfügbarkeit der PF für alle psychischen Störungen relevant ist, da die Verfügbarkeit bzw. die Beeinträchtigung auch innerhalb von kategorial-diagnostischen Gruppen variiert und diese Variationen Implikationen für die Behandlungsplanung haben (z.B. Henkel et al. 2018; Ehrenthal und Benecke 2019).

Im DSM-5 werden PF in Funktionen des Selbst (mit den Bereichen *Identität* und *Selbststeuerung*) und der interpersonellen Beziehungen (mit den Bereichen *Empathie* und *Nähe*) unterteilt. Diese Fähigkeitsbereiche werden in Tabelle 4 näher beschrieben und können als relativ stabile Kernkomponenten des intrapsychischen Systems einer Person angesehen werden (Sharp und Wall 2021; Herpertz in Vorbereitung). Beeinträchtigungen der PF können eine wichtige Ursache für die Entstehung psychischer Störungen im Sinne eines generellen Risiko- oder Vulnerabilitätsfaktors sein (Bender und Skodol 2007; Bender et al. 2011; Sharp und Wall 2021); sie können aber auch Folge psychischer Erkrankungen sein. Insofern sind Beeinträchtigungen in den PF häufig mit dem Ausmaß an Komorbidität oder der Chronizität von Störungen korreliert (vgl. Zimmermann et al. 2023; Kerber et al. 2024). Gleichzeitig setzen etliche Ziele von Psychotherapie an den PF an (Hutsebaut 2023), PF sind also trotz relativer Stabilität auch veränderbar.

Tabelle 4: Bereiche der Persönlichkeitsfunktionen gemäß DSM-5

Selbst:

1. Identität: Erleben von Eigenständigkeit der eigenen Person, mit klaren Grenzen zwischen sich und anderen; Stabilität des Selbstwerts und Akkuratheit der Selbsteinschätzung; Fähigkeit, eine Reihe von Emotionen zu erleben und zu regulieren

2. Selbststeuerung: Verfolgen von kohärenten und sinnhaften kurz- und langfristigen Zielen; Orientierung an konstruktiven und prosozialen Maßstäben des Verhaltens; Fähigkeit zur produktiven Selbstreflexion

Interpersonelle Funktion:

1. Empathie: Verständnis und Anerkennung des Erlebens und der Motive anderer; Toleranz bezüglich unterschiedlicher Sichtweisen; Verstehen der Wirkungen des eigenen Verhaltens auf andere

2. Nähe: Tiefe und Dauer von positiven Beziehungen mit anderen; Wunsch und Fähigkeit, anderen Menschen nahe zu sein; gegenseitiger Respekt, der sich im interpersonalen Verhalten zeigt

Die LL-SBPF richtet sich bei dem Verständnis von PF nach der Operationalisierung des Alternativen DSM-5 Modells für Persönlichkeitsstörungen (alternative model of personality disorder, AMPD; American Psychiatric Association 2013; für die deutsche Version siehe Falkai et al. 2018), welches mithilfe der „Level of Personality Functioning Scale“ (LPFS; Bender et al. 2011) Persönlichkeitsfunktionen und deren verschiedene Grade von Beeinträchtigung beschreibt. Die LPFS gilt insgesamt als gut validiert (Zimmermann et al. 2023; siehe Kapitel 4.2.2). PF bilden auch im ICD-11 (WHO 2022) das zentrale Kriterium für Persönlichkeitsstörungen, wobei die Operationalisierungen der PF von DSM-5 und ICD-11 insgesamt sehr ähnlich sind (McCabe und Widiger 2020; Oltmanns und Widiger 2019; Bach et al. 2017; Tyrer et al. 2019). Auf empirischer Ebene zeigten sich substantielle Zusammenhänge zwischen Beeinträchtigungen in PF mit einer Vielzahl an theoretisch verwandten Konstrukten, wie bspw. Beeinträchtigungen in der Mentalisierungsfähigkeit, im psychosozialen Funktionieren im Alltag, psychodynamischen Konzeptualisierungen von Persönlichkeitsfunktionen, Suizidalität, maladaptiven Schemata und geringem Wohlbefinden (weitere Übersicht bei Zimmermann et al. 2023).

PF werden im DSM-5 und ICD-11 primär zur Definition von Persönlichkeitsstörungen verwendet. Gleichzeitig wird in beiden Systemen angenommen, dass das durch PF beschriebene Schweregradkontinuum über den Bereich von Persönlichkeitsstörungen hinausreicht. PF können beispielsweise dafür eingesetzt werden, um Beeinträchtigungen unterhalb der Schwelle zur Störungswertigkeit abzubilden (American Psychiatric Association 2013, S. 772) oder um bei Personen mit anderen Diagnosen Behandlungsplanung und Verlauf abzuschätzen (American Psychiatric Association 2013, S. 774).

Die LPFS wird in gekürzter Form in Tabelle 5 dargestellt. Das AMPD sieht ein Globalrating vor, indem eine Einschätzung über alle vier Bereiche erfolgt. Es besteht aber auch die Möglichkeit für die Kliniker:in, das Funktionsniveau für jeden Bereich gesondert einzuschätzen und die Einschätzungen zu einem Gesamtwert zu aggregieren (siehe Kapitel 4.2.2; Bach und Simonsen 2021 vgl. z.B. Zimmermann et al. 2014).

Tabelle 5: Kurzbeschreibung der Stufen der LPFS

Keine oder geringfügige Beeinträchtigungen (0)	Leichte Beeinträchtigungen (1)	Mittelgradige Beeinträchtigungen (2)	Schwere Beeinträchtigungen (3)	Extreme Beeinträchtigungen (4)
Klares Selbstkonzept sowie Erleben von Autonomie; stabiler und positiver Selbstwert sowie akkurate Selbsteinschätzung; facettenreiches Gefühlsleben sowie Fähigkeit zur Emotionsregulation	Relativ intaktes Selbstkonzept, das bei Belastung weniger klar abgegrenzt ist; zeitweise reduzierter Selbstwert; situativ eingeschränktes Gefühlsleben	Übermäßig auf andere bezogenes Selbstkonzept; vulnerabler Selbstwert mit kompensatorisch überhöhter oder verringerter Selbsteinschätzung; starke Emotionen bei Selbstwertbedrohungen	Schwach oder sehr rigide definiertes Selbstkonzept mit wenig Autonomieerleben; fragiler Selbstwert mit inkohärenter, verzerrter Selbsteinschätzung; schnelle Gefühlswechsel oder chronische Verzweiflung	Fehlendes Selbstkonzept und Autonomieerleben; stark verzerrtes oder verwirrtes Selbstbild; unpassende, extreme Emotionen
Vernünftige, realistische Zielsetzung; Orientierung an angemessenen persönlichen Maßstäben, sowie Erleben von Sinn und Zufriedenheit in vielen Lebensbereichen; konstruktive Selbstreflexion	Konfliktvolle oder übermäßig ambitionierte Zielsetzung; teils überzogene persönliche Maßstäbe, die das Erleben von Zufriedenheit situativ einschränken; relativ intakte Selbstreflexion, die aber bestimmte Aspekte der Selbstwahrnehmung überbetont	Fremdbestimmte, auf die Bestätigung von anderen ausgerichtete Zielsetzung; unangemessene persönliche Maßstäbe sowie mangelnde Authentizität; eingeschränkte Selbstreflexion	Grundlegende Schwierigkeiten bei Zielsetzung; unklare oder widersprüchliche persönliche Maßstäbe sowie Erleben von Sinnlosigkeit oder Bedrohung; deutlich eingeschränkte Selbstreflexion	Inkohärente, realitätsfremde Zielsetzung; fehlende persönliche Maßstäbe sowie fehlende Vorstellung von persönlicher Erfüllung; tiefgreifend beeinträchtigte Selbstreflexion, bei der eigene Motive verkannt werden
Fähigkeit, das Erleben anderer in den meisten Situationen zu verstehen; Verständnis und Toleranz für Sichtweisen anderer, auch wenn diese nicht geteilt werden; Bewusstsein für die Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere	Leicht eingeschränkte Fähigkeit, das Erleben anderer zu verstehen (z.B. Zuschreibung von unangemessenen Erwartungen); eher widerwillige Berücksichtigung der Sichtweisen anderer; situativ eingeschränkte Bewusstheit für die Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere	Empfindsamkeit für das Erleben anderer nur im Hinblick auf dessen Relevanz für die eigene Person; übermäßige Selbstbezogenheit sowie deutlich eingeschränkte Fähigkeit, alternative Sichtweisen zu berücksichtigen; unrealistische Einschätzung oder Ignoranz hinsichtlich der Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere	Deutlich beeinträchtigte Fähigkeit, das Erleben anderer zu verstehen (mit Ausnahme bestimmter Aspekte wie Verletzlichkeit und Leiden); Starke Bedrohtheit durch abweichende Ansichten; Verwirrung oder fehlende Bewusstheit hinsichtlich der Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere	Ausgeprägte Unfähigkeit, das Erleben anderer zu verstehen; Unfähigkeit, Sichtweisen anderer wahrzunehmen oder zu berücksichtigen; verwirrende oder verstörende soziale Interaktionen
Zahlreiche stabile und befriedigende Beziehungen; Wunsch nach und Fähigkeit zu liebevollen, engen und auf Gegenseitigkeit beruhenden Beziehungen; Bestreben nach Kooperation und gegenseitigem Nutzen sowie Fähigkeit, flexibel auf andere einzugehen	Stabile Beziehungen mit Einschränkungen bezüglich Tiefe und erlebter Zufriedenheit; Gehemmtheit in Beziehungen, wenn starke Emotionen oder Konflikte auftreten; durch unrealistische Maßstäbe teilweise erschwerte Kooperation sowie leicht eingeschränkte Fähigkeit, flexibel auf andere einzugehen	Größtenteils oberflächliche Beziehungen; Selbstwertregulation auf Kosten von Beziehungen sowie unrealistische Erwartung, von anderen perfekt verstanden zu werden; vorrangig aus Eigennutz angestrebte Kooperation	Deutlich beeinträchtigte Fähigkeit zu positiven und dauerhaften Beziehungen; Schwanken zwischen Angst, Zurückweisung und verzweifelterm Wunsch nach Nähe; wenig Gegenseitigkeit sowie Scheitern von Kooperation durch erlebte Kränkungen	Distanzierter, chaotischer, oder durchgängig negativer Umgang mit anderen; Desinteresse an Beziehungen oder Erwartung von Verletzungen; fehlende Gegenseitigkeit im zwischenmenschlichen Verhalten

Für eine differenziertere Betrachtungsweise nutzt die LL-SBPF eine Einteilung der Beeinträchtigung der PF mit Zwischenstufen (also 0, 0,5, 1,0, 1,5 ... 3,5, 4,0). Die LL-SBPF fokussiert dabei auf anhaltende, schwere und extreme Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die auf der LPFS einen Punktwert von 2,5 oder höher erreichen, nicht jedoch auf kurzzeitige Schwächungen der PF, bspw. im Rahmen von akuten Krisen oder organisch bedingten Beeinträchtigungen.

Da PF basale psychische Fähigkeiten beschreiben, die auf einer dimensional Skala von keinen bis zu extremen Beeinträchtigungen abgebildet werden und diese bei allen Menschen beschrieben werden kann, eignet sich die LPFS für die Bestimmung der psychischen Vulnerabilität einer Person.

2.3 Besonderheiten einer Leitlinie für Menschen mit SBPF

2.3.1 Konzeptuelle Einordnung vor dem Hintergrund kategorialer Klassifikationssysteme

Bei Patient:innen mit SBPF kann ein breites Spektrum an psychischen Störungen vorliegen, von denen in der Regel mehrere gleichzeitig auftreten und die durch unterschiedlichste Symptome gekennzeichnet sein können (Kerber et al. 2024). Diese Komorbiditäten stellen eine erhebliche Behandlungs- und Konzeptionsschwierigkeit dar. Unklar kann dann sein, welche Symptome und Störungen im Vordergrund stehen und wie diese sich untereinander beeinflussen. Da existierende Leitlinien meist auf spezifische Störungen nach kategorialen Konzeptionen von psychischen Störungen zugeschnitten sind, können sie für Patient:innen mit vielen Komorbiditäten bisweilen nur eine unvollständige Orientierung bieten. Dies schließt natürlich nicht aus, dass bei solchen Komorbiditäten zusätzlich die jeweiligen störungsspezifischen Leitlinien berücksichtigt werden sollten, um zu einer individuellen Behandlungsentscheidung zu kommen.

Die PF eignen sich, um ein basales psychisches Funktionsniveau zu bestimmen. Dieses Funktionsniveau kann bei Patient:innen mit komplexem Behandlungsbedarf als eine interne Ursache (im Sinne einer Vulnerabilität) neben weiteren Ursachen für psychische Erkrankungen angesehen werden. Damit ergibt sich ein Erklärungsmodell für die regelhaft auftretenden Komorbiditäten und ein gemeinsamer Ansatzpunkt, diese zu behandeln (Kerber et al. 2024). So könnten beispielsweise Ängste aber auch impulsives Verhalten mit einer mangelnden Selbststeuerung in Verbindung gebracht werden. Weiterhin können PF als Erklärungsmodell für die Heterogenität innerhalb einer Störungskategorie dienen. Patient:innen mit bspw. einer Depression können unterschiedlich starke Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen aufweisen, die die unterschiedlichen Ausgestaltungen der Depression (teilweise) erklären können und unterschiedliche Prognosen mit sich bringen.

Es kann auch große Unterschiede zwischen Menschen geben, die dasselbe Persönlichkeitsfunktionsniveau aufweisen. Beispielsweise ist davon auszugehen, dass eine Person mit SBPF und einer *Dissoziativen Identitätsstörung* sich von einer Person mit ebenfalls SBPF und einer *Antisozialen Persönlichkeitsstörung* in behandlungsrelevanten Aspekten unterscheidet. Dies wäre eine symptomgeleitete Differenzierung, bei der auf bestehende störungsspezifische Leitlinien zurückgegriffen werden kann. Die PF selbst können sich im beschriebenen Beispiel dahingehend unterscheiden, dass die Beeinträchtigungen in den verschiedenen Bereichen (z.B. Identität vs. Empathie) unterschiedlich schwer ausgeprägt sind.

Falls Differenzierungen auf Symptom-Ebene notwendig sind, hat sich die Leitliniengruppe dazu entschlossen, diese mithilfe von HiTOP-Spektren („Hierarchical Taxonomy of Psychopathology“, dt. Hierarchische Taxonomie von Psychopathologie; Kotov et al. 2017; Kotov et al. 2021; Zimmermann et al. 2024) vorzunehmen. HiTOP ist ein quantitativ entwickeltes Klassifikationssystem, das psychopathologische Phänomene entsprechend ihrer Breite und Korrelation in einem hierarchischen Modell anordnet (<https://www.hitop-system.org/>). In der Systematik von HiTOP konnten auf übergeordneter Ebene sechs Spektren identifiziert werden, das *somatoforme Spektrum*, das *internalisierende Spektrum*, das *Spektrum der Denkstörungen*, das *Spektrum der Verschlussenheit*, das *enthemmt-externalisierende Spektrum* und das *antagonistisch-externalisierende Spektrum*. Diesen Spektren lassen sich auch Störungen nach DSM und ICD zuordnen, wobei nur deren Symptome im engeren Sinne Teil des HiTOP-Modells sind. Die Kombination der LPFS mit den HiTOP-Spektren ermöglicht klinisch relevante Differenzierungen, ohne notwendigerweise wieder auf die kategorialen Störungskategorien zurückgrei-

fen zu müssen (Remmers und Zimmermann 2022). Beispielsweise könnten sich für Patient:innen mit SBPF im internalisierenden Spektrum andere Behandlungsempfehlungen ergeben als für Patient:innen mit SBPF im enthemmt-externalisierenden Spektrum.

Aus einer langfristigen Perspektive soll die vorliegende LL helfen, eine klinisch valide und treffsichere Bestimmung von komplexen Behandlungsbedarfen bei Patient:innen mit SBPF und verschiedenen F-Diagnosen bzw. 06-Diagnosen im ICD-11 zu ermöglichen. Mithilfe der LPFS können Patient:innen hinsichtlich ihres individuellen Persönlichkeitsfunktionsniveaus erfasst werden. Dadurch erhält die Diagnostik eine größere Spezifität und verdeutlicht, welches Ausmaß an Vulnerabilität vorliegt. Die im Rahmen der LL-Entwicklung durchgeführte Expert:innen-Befragung (Wendt et al. 2024b) ermöglicht zudem, die durchschnittlich zu erwartende Schwere der Beeinträchtigung in PF bzw. der zu erwartende Anteil von Personen mit SBPF bei verschiedenen kategorialen Diagnosen abzuschätzen. Dies ermöglicht, die bisherige Evidenz bzgl. kategorialer Diagnose-Gruppen unter dem Gesichtspunkt von PF zu betrachten. Zudem hat die Befragung gezeigt, dass die Nutzung einer dimensional Skala eine ähnlich präzise Vorhersage zu behandlungsrelevanten Variablen, wie bspw. die notwendige Behandlungsdauer, erlaubt, wie die Nutzung von fast 40 kategorialen Diagnosen. Ebenso wird von einer niedrigeren Stigmatisierung bei einer Verwendung von dimensional Skalen ausgegangen (Wendt et al. 2024b).

Die konzeptionelle Grundlage der LL-SBPF hat wichtige Implikationen für die zukünftige Forschung. Sie legt beispielsweise nahe, dass Patient:innen mit SBPF nicht mehr aufgrund von Ausschlusskriterien aus der überwiegenden Zahl an Studien ausgeschlossen werden sollten, sondern stattdessen Beeinträchtigung in PF als klinisch relevante Variable standardmäßig in Forschungsdesigns einbezogen werden sollte. Die Inhalte der LL-SBPF können auch in Aus- und Weiterbildung von Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen und Gesundheitsfachpersonal integriert werden, um die Diagnostik von Persönlichkeitsfunktionen und deren Implikationen für die klinische Praxis zu vermitteln.

2.3.2 Bezug zu anderen Leitlinien

Die PF weisen viele Berührungspunkte zu inhaltlichen Bereichen anderer Leitlinien auf. Wie diese Berührungspunkte in die LL-SBPF integriert wurden, ist in Kapitel 3.1.2 des Methodenreports beschrieben. Berührungspunkte waren dabei, dass Beeinträchtigung in den PF als Risiko-, bzw. Vulnerabilitätsfaktor der meisten psychischen Störungen angesehen werden können und dass bei vielen Störungen bestimmte Probleme im Sinne von Beeinträchtigung in PF interpretiert werden können. So haben beispielsweise Patient:innen mit Autismus-Spektrum Störungen oder Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis regelhaft Beeinträchtigungen in ihrem Empathievermögen. Aus den Empfehlungen und Statements thematisch verwandter AWMF-Leitlinien wurde das sogenannte Leitlinien-Mapping (Wendt et al. 2024a) erstellt, das die Arbeit in den Arbeitsgruppen zu den Schlüsselfragen 6 - 12 unterstützte. Das Leitlinien-Mapping bietet eine umfassende Datensammlung zu Berührungspunkten zwischen den Schlüsselfragen der LL-SBPF und verwandten AWMF-Leitlinien.

Für die Erstellung des Leitlinien-Mappings wurde zunächst nach themenverwandten AWMF-Leitlinien gesucht. Als themenverwandt galten AWMF-Leitlinien, wenn sie Empfehlungen zur Therapie und/oder Diagnostik von psychischen Störungen im Erwachsenenalter enthielten. Die Recherche fand im Januar 2023 im AWMF-Leitlinienregister statt. Dabei wurden die Einträge zu Basisdaten, insbesondere Titel der Leitlinie und Patient:innenzielgruppe, gescreent. Bei Un-

klarheiten wurde die Langfassung einer Leitlinie konsultiert. Zur Eingrenzung wurden nur Leitlinien berücksichtigt, die von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) oder der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) federführend erstellt wurden. Da einige Leitlinien sowohl das Kindes- und Jugendalter als auch das Erwachsenenalter abdecken, wurden für diese Leitlinien nur die Empfehlungen berücksichtigt, die sich auf das Erwachsenenalter beziehen. Mit dieser Suchstrategie wurden im Januar 2023 insgesamt 17 themenverwandte AWMF-Leitlinien identifiziert und daraus 1531 Empfehlungen im Wortlaut in das Leitlinien-Mapping übernommen. Im Folgenden sind diese Leitlinien aufgelistet:

- S3-Leitlinie Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression Version 3.2 (Stand: 29.09.2022)
- S2k-Leitlinie Diagnostik und Behandlung des Depersonalisations-Derealisationserleben Version 2.0 (Stand: 31.08.2019)
- S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden Version 2.0 (Stand: 18.07.2018)
- S3-Leitlinie Angststörungen Version 2.0 (Stand: 06.04.2021)
- S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen Version 2.1 (Stand: 02.10.2018)
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen Version 2.0 (Stand: 02.10.2018)
- S3-Leitlinie Schizophrenie Version 2.0 (Stand: 15.03.2019)
- S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen Version 2.0 (Stand: 12.02.2018)
- S3-Leitlinie Zwangsstörungen Version 2.0 (Stand: 30.06.2018)
- S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung Version 2.0 (Stand: 14.11.2022)
- S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen Kapitel "Insomnie bei Erwachsenen" Version 1.0 (Stand: 31.12.2017)
- S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörungen Version vom 19.12.2019
- S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen, Diagnostik Version 5.1 (Stand: 5.4.2016)
- S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen, Therapie Version 1.1 (Stand: 23.3.2021)
- S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen Version 2.2 (Stand 31.5.2018)
- S3-Leitlinie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung Version 1.0 (Stand: 2.5.2017)
- S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen Version 3.1 (Stand: 1.1.2021)

In einem zweiten Schritt wurden die thematischen Berührungspunkte zwischen den Empfehlungen aus den aufgenommenen AWMF-Leitlinien und den 14 Schlüsselfragen der LL-SBPF von einem Projektmitarbeiter bewertet. Als relevant („R“) kodiert wurde eine Empfehlung, wenn sie aus Sicht des Projektmitarbeiters einen thematischen Berührungspunkt mit der Schlüsselfrage aufwies. Dabei wurde überinklusiv vorgegangen. Darüber hinaus wurden die Empfehlungen im Hinblick auf Berührungspunkte mit anderen relevanten Themenkomplexen, die in den Leitlinien identifiziert werden konnten, bewertet. Diese Themen umfassen Dialog und Angehörige, partizipative Entscheidungsfindung, somatische Therapieverfahren, Sport-/Bewegungsinterventionen, Komorbidität, Selbsthilfe/Selbsthilfe-gruppen/Peer-Support/Ratgeber und Differenzialdiagnose. Zudem wurden thematische Berührungspunkte mit den Themen psychosoziales Funktionsniveau und Persönlichkeitsfunktionsniveau bewertet. Das Leitlinien-

Mapping wurde den Mandatstragenden der LL-SBPF im Februar 2023 zur Verfügung gestellt. Seit Mai 2024 ist es unter <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/Q2FKJ> unter einer permanenten DOI öffentlich zugänglich.

2.3.3 Inwiefern unterscheidet sich der Fokus auf SBPF von anderen Konzepten des Schweregrads?

Die LPFS beschreibt unterschiedliche Grade der Beeinträchtigung der PF. PF sind konzeptualisiert als *basale psychische Fähigkeiten*, über die ein Mensch sicher verfügen kann (Stufe 0: keine oder geringe Beeinträchtigung), oder die leicht (Stufe 1), mittelgradig (Stufe 2), schwer (Stufe 3) oder extrem (Stufe 4) beeinträchtigt sind (siehe oben). Beeinträchtigungen der PF können eine bedeutsame *Vulnerabilität* für die Entwicklung psychischer Störungen darstellen, ab einem bestimmten Ausmaß der Beeinträchtigung wird dieser selbst Krankheitswertigkeit zugesprochen (laut AMPD und ICD-11 kann dann, sofern weitere allgemeine Kriterien erfüllt sind, eine Persönlichkeitsstörung vorliegen). Die Frage der kausalen Bedeutung der PF für die Entstehung psychischer Störungen wie auch der Operationalisierung von Störungsursachen in Abgrenzung zu Störungsfolgen sind eine der zentralen Forschungsfragen für die Zukunft, die longitudinale Studiendesigns erfordern.

Zwar korreliert das Ausmaß der Beeinträchtigung der PF mit verschiedenen anderen Schweregrad-Maßen (z.B. Anzahl von Symptomen, psychosoziales Funktionsniveau), die PF ist aber nicht deckungsgleich damit. Vielmehr werden Beeinträchtigungen der PF als eine wesentliche ursächliche Komponente (im Zusammenspiel mit weiteren Komponenten) für die Entwicklung von Symptomen und/oder einem Einbruch im psychosozialen Funktionsniveau (z.B. gemäß GAF; American Psychiatric Association 1987) betrachtet. Beispielsweise *beschreibt* die GAF unterschiedliche Grade der Beeinträchtigungen in der Lebens-/Alltagsbewältigung – die LPFS trägt zu einer möglichen *Erklärung* dieser Beeinträchtigungen in der Lebens-/Alltagsbewältigung bei.

Widiger et al. (2019) stellen die Hypothese auf, dass die PF einen generellen Psychopathologiefaktor (p-Faktor) darstellen könnten. Dieser könnte die höchste Ebene in HiTOP darstellen (Widiger et al. 2019) und geeignet sein, Anfälligkeiten einer Person für psychische Störungen und Komorbiditäten zu messen (Caspi und Moffitt 2018; Caspi et al. 2014). Allerdings ist letztlich nicht geklärt, was diesen p-Faktor genau ausmacht, was er beinhaltet und was nicht (Watts et al. 2024).

2.3.4 Beispiele für Patient:innen mit unterschiedlich schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen

Frau E. (nach Henkel et al. 2018)

Frau E. trägt ihre dunklen Haare zu zwei Zöpfen geflochten. Die Patientin wirkt im Kontakt misstrauisch und abweisend. Das Gespräch gestaltet sich zäh, da die Patientin lange schweigt. Außerdem sagt sie häufiger, dass sie gerade nicht mehr denken kann oder dass sie über Themen nicht sprechen oder nachdenken möchte. Als Hauptaffekte tauchen im Gespräch Angst und Hass auf. Letzterer bezöge sich sowohl auf sich selbst als auch auf andere.

Frau E. kann nicht sagen, was sie eigentlich belastet, am ehesten ihre Lebenssituation, die Sinnlosigkeit und das Chaos, wobei nicht verstehbar wird, was sie damit eigentlich meint. Sich selbst könne sie nur mit einem Wort beschreiben: „sinnlos“. Im Laufe des Gesprächs kommt der Verdacht auf, dass sich die Patientin selbst verletzt, und zwar aufgrund von Andeutungen,

dass sie Zustände herstellen wolle, in denen sie sich spüre; sie spricht dies aber auch auf Nachfragen nicht aus. Sie berichtet, dass es ihr schwerfalle, alleine zu sein. Sie könne dann nichts mit sich anfangen, müsse sich irgendwie beschäftigen.

Die Eltern der Patientin hätten sich 1,5 Jahre nach ihrer Geburt scheiden lassen. Ihre Mutter habe erneut geheiratet und zwei Kinder bekommen. Auch der Vater habe später eine neue Familie gegründet, sie habe ihn trotzdem regelmäßig besucht. Sie habe vermutlich eine gute Kindheit gehabt, sie sehe auf Fotos und Videos lachende Gesichter. Allerdings hat die Patientin bezüglich ihrer Erlebnisse bis zum 12. Lebensjahr eine ausgeprägte Amnesie und sie frage sich, ob wirklich sie selbst auf den Fotos zu sehen sei. Ihre Mutter kann sie schwer beschreiben, sie traue sich nicht, negative Eigenschaften zu nennen, weil sie ihr damit unrecht tun würde. Ihre „Väter“ seien sehr unterschiedlich: Ihr Stiefvater kümmere sich um Formalien und interessiere sich für das Leben der Patientin, sei aber gefühllos und distanziert. Ihr leiblicher Vater zeige ihr durch Umarmungen und Worte, dass er sie liebe, scheine sich aber nicht wirklich für ihr Leben zu interessieren. Bei den Schilderungen der Patientin über ihre Kindheit kommt vor allem wegen der ausgeprägten Kindheitsamnesie, aber auch den wenig integriert wirkenden Schilderungen der Verdacht von traumatischen Erlebnissen auf.

In Bezug auf partnerschaftliche Beziehungen berichtet die Patientin von einem Exfreund (Trennung 2 Wochen vor dem Interview), mit dem sie seit ca. zwei Jahren eine On-Off-Beziehung geführt habe. Zu Beginn sei diese gut gewesen, er habe sich für sie interessiert. Dann sei ihr „das alles zu viel“ geworden und sie habe sich getrennt, es folgte ein Hin und Her. Es wird deutlich, dass das von der Patientin beschriebene „zu viel“ mit der partnerschaftlichen Sexualität in Verbindung stand. Sie habe ausgeprägte Angst vor Intimität, wisse aber nicht, weshalb. Ihren eigenen Körper hasse die Patientin.

Frau E. weist in fast allen Bereichen eine **schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen** auf. Im Bereich *Identität* bzw. Selbstwahrnehmung fällt auf, dass die Patientin die Befürchtung hat, dass das Aussprechen von Gedanken und Fantasien diese „real“ werden lässt. Hier ist die Patientin in Bezug auf die Unterscheidung von Realität und Gedanken sehr unsicher. In der *Selbststeuerung* erscheint sie eher untersteuert, d.h. negative Affekte lösen starke Verwirrung aus und können kaum reguliert werden, sodass es zu Impulsdurchbrüchen (z. B. Maßnahmen, um „sich zu spüren“) kommt. Im Bereich *Empathie* gelingt es der Patientin schwer, mit sich selbst, aber auch mit anderen in Kontakt zu kommen. *Nähe* und Intimität scheinen kaum möglich, die Fähigkeit zu positiver und dauerhafter Bindung ist deutlich beeinträchtigt.

Frau C. (nach Skodol et al. 2011)

Die Patientin ist eine 23-jährige Tierärzthelferin, die zum ersten Mal in eine psychiatrische Klinik aufgenommen wurde. Sie kam spät in der Nacht, ein Psychiater vor Ort hatte sie an die Klinik verwiesen, und sagte: „Ich brauche eigentlich gar nicht hier sein.“ Drei Monate vor der Klinikaufnahme hatte die Patientin erfahren, dass ihre Mutter schwanger war. Sie fing mit dem Trinken an, angeblich um nachts schlafen zu können. Als sie trank, ließ sie sich auf eine Reihe von „One-Night-Stands“ ein. Zwei Wochen vor der Aufnahme fing sie an, panische Angst zu bekommen und hatte manchmal das Gefühl, von ihrem Körper abgetrennt und in Trance zu sein. Bei einer dieser Episoden, als sie spät in der Nacht auf einer Brücke umherirrte, wurde sie von der Polizei angehalten. Als sie am nächsten Tag eine Stimme hörte, die ihr wiederholt sagte, sie solle von einer Brücke springen, ging sie zu ihrem Vorgesetzten und bat ihn um Hilfe. Ihr Vorgesetzter sah ihre Verzweiflung und bemerkte die frischen Narben von Schnitten an ihren Handgelenken. Er überwies sie an einen Psychiater, der für eine sofortige Klinikaufnahme sorgte.

Zum Zeitpunkt ihrer Klinikaufnahme wirkte die Patientin wie eine ungepflegte und zerbrechliche, aber ansprechende Obdachlose. Sie war kooperativ, gut zu verstehen und verängstigt. Auch wenn sie den Klinikaufenthalt als nicht notwendig erachtete, begrüßte sie die Aussicht, in Bezug auf ihre Angst und Depersonalisation Hilfe zu bekommen. Sie räumte ein, dass sie seit ihrer Jugend Gefühle der Einsamkeit und Unzulänglichkeit sowie kurze Phasen depressiver Verstimmung und Angst hatte. Vor Kurzem hatte sie Fantasien, in denen sie mit einem Messer auf sich oder ein kleines Baby einstach. Sie klagte, sie sei „nur eine leere Hülle, die für alle durchsichtig ist“.

Die Eltern der Patientin ließen sich scheiden, als sie drei Jahre alt war, und in den nächsten fünf Jahren lebte sie mit ihrer Großmutter mütterlicherseits und ihrer Mutter, die ein schweres Alkoholproblem hatte. Die Patientin litt unter Nachtangst und schlief in diesen Fällen häufig bei ihrer Mutter. Als sie sechs Jahre alt war, ging sie für anderthalb Jahre in eine Internatsförderschule. Ihre Mutter nahm sie dann gegen den Rat des Internates von der Schule. Als sie acht Jahre alt war, starb ihre Großmutter mütterlicherseits, und sie erinnert sich an ihren Versuch, ihre Trauer vor ihrer Mutter zu verbergen. Die nächsten zwei Jahre verbrachte sie vorwiegend bei verschiedenen Verwandten, so auch bei ihrem Vater, den sie seit der Scheidung nicht gesehen hatte. Als sie neun Jahre alt war, wurde ihre Mutter wegen einer Schizophrenie in eine Klinik eingewiesen. Ab ihrem zehnten Lebensjahr bis zum Abitur lebte die Patientin bei einer Tante und einem Onkel, hatte aber weiterhin regelmäßigen Kontakt zu ihrer Mutter. Ihre schulischen Leistungen waren durchgehend gut.

Seit ihrer Jugend hatte sie regelmäßig Verabredungen mit Männern und ein aktives, aber nur selten erfülltes Sexualeben. Ihre Beziehungen zu Männern enden meist abrupt, weil sie wütend wird, wenn Männer sie auf offensichtlich geringfügige Art und Weise enttäuschen. Sie zieht dann die Schlussfolgerung, dass sie „von Anfang an nichts taugten“. Sie hatte zwar verschiedene Mitbewohner, aber es fiel ihr schwer, eine stabile Wohnsituation aufzubauen. Sie war eifersüchtig, wollte ihre Mitbewohner nicht mit anderen teilen und versuchte sie so zu manipulieren, dass sie sich nicht mit anderen Leuten trafen. Seit dem Ende ihrer Schulzeit hat sie ununterbrochen und gut als Tierarzhelferin gearbeitet. Zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme arbeitete sie in Nachtschicht in einer Tierklinik und lebte allein.

Die Patientin leidet unter tiefgreifenden Problemen in Bezug auf ihr *Selbst* und ihre *interpersonellen Funktionen*. Sie empfindet sich selbst als „eine leere Hülle... durchsichtig für jeden“ und hat sich über viele Jahre hinweg einsam und unzulänglich gefühlt. Trotz eigener Versuche, sich zu verletzen, und obwohl sie von Suizid- und Mordgedanken geplagt wird, ist sie unsicher, ob sie Hilfe in Anspruch nehmen soll. Sie erlebt eine Distanzierung von ihrem eigenen Körper und hört eine Stimme, die ihr befiehlt, von einer Brücke zu springen. Der unmittelbare Auslöser für ihre Verschlechterung ist die Schwangerschaft ihrer an Schizophrenie erkrankten Mutter. Dies verstärkt ihr bereits fragiles und instabiles Selbstbild, das stark von externen Ereignissen beeinflusst wird, und führt zu einem ausgeprägten Identitätsmangel. Ihr Selbstkonzept ist einfach und konkret, und es fehlt ihr an der Fähigkeit zur Selbstreflexion. Ihre Beziehungen zu anderen sind ebenso instabil; sie betrachtet andere Menschen primär danach, wie sie ihre eigenen Bedürfnisse erfüllen können, und zeigt wenig Verständnis oder Wertschätzung für deren Bedürfnisse oder Verhaltensweisen. Wenn Männer, mit denen sie ausgeht, sie enttäuschen, reagiert sie mit Wut, wendet sich gegen sie und entwertet sie. Sie findet keine Freude an sexueller Intimität. Aufgrund der Schwere ihrer Probleme bezüglich *Identität*, *Selbststeuerung*, *Empathie* und *Nähe* würde sie auf der Skala für das Funktionsniveau der Persönlichkeit eine Bewertung von 3 erhalten, was eine **schwere Beeinträchtigung** bedeutet.

Herr B. (nach Skodol et al. 2011)

Herr B., ein 35-jähriger Mann, hat sich für eine Studie zu Persönlichkeitsstörungen zur Verfügung gestellt, weil er etwas Geld verdienen wollte. Er berichtete, dass er keine Freunde und auch keine Arbeit habe, seit er die Universität beendet hat. Als er gefragt wird, womit er seine Zeit verbracht hat, berichtet er, dass er ab und zu als Reinigungskraft in dem örtlichen Männerhaus arbeitet, wo er sich aufhält, wenn seine Mutter ihn aus ihrem Appartement wirft. Er und seine Mutter streiten regelmäßig recht heftig, weil Herr B. nicht bereit ist, ihr im Haushalt zu helfen. Er reagiert immer sehr aufgebracht, wenn sie ihn bittet etwas zu tun, und behauptet dann, sie sei gegen ihn und schon immer gegen ihn gewesen.

Wenn er bei seiner Mutter ist, sitzt Herr B. meistens am Computer und spielt gewalttätige Videospiele und schaut sich Spider-Man-Filme an. Beim Erstinterview im Rahmen der Studie stellte sich heraus, dass Herr B. viel Zeit damit verbringt, so zu tun als sei er Spider-Man. Interaktionen mit anderen sind für ihn extrem anstrengend, da er soziale Signale nur schwer versteht. Daher kommt er bei den meisten zwischenmenschlichen Interaktionen schnell zu dem Schluss, dass andere ihn auf die eine oder andere Art verletzen wollen, und nimmt dann Zuflucht zu magischem Denken und Fantasie. Er wurde umfangreich zu seinen Spider-Man-Vorstellungen befragt und glaubt wohl nicht wirklich daran, dass er diese Person in der Realität ist. Als er aufgefordert wurde, sich auf andere Art zu beschreiben, konnte er allerdings kaum Details nennen. Er berichtete, dass er ab und zu mit der Beraterin des Männerhauses spricht, was ihn jedoch aus der Fassung bringt, weil er sie gerne heiraten würde, aber weiß, dass er das nie tun können wird.

Herr B. war das jüngste Kind eines schizophrenen und mittlerweile verstorbenen Vaters. Seine Mutter war offenbar chronisch depressiv und beschäftigte sich sehr viel mit dem Tod. Sein älterer Bruder geriet als Teenager in Drogen-Kreise und wurde bei einem Bandenkrieg ermordet. Herr B. gibt an, dass er sich bei gewalttätigen Videospiele vorstellt, er würde die Bösen umbringen und so seinen Bruder retten. Er wäre gerne ein reicher Videospieldesigner. Es gibt zwar Anzeichen für ein gewisses intellektuelles Leistungsvermögen, aber es fällt ihm schwer, sich so zu organisieren, dass er mehr als elementare Aktivitäten hinbekommt. Es war schwer, die Interviews für die Studie fertigzustellen, weil er Termine vergaß. Gleichwohl schien er die Gelegenheit zu begrüßen, mit der weiblichen Forschungsassistentin über sich sprechen zu können.

Herr B. hat ein sehr schwach ausgeprägtes Selbstbild und Probleme mit der *Selbststeuerung*. Er neigt dazu, schnell anzunehmen, dass andere ihm schaden möchten, weshalb er sich oft in eine Fantasiewelt zurückzieht und vorgibt, jemand anderes zu sein. Es fällt ihm schwer, über seine eigenen Merkmale nachzudenken; er träumt davon, ein erfolgreicher Videospieldesigner zu sein, ist jedoch kaum in der Lage, grundlegende Alltagsaufgaben zur Selbstfürsorge zu bewältigen. Er zeigt ein gewisses Interesse daran, oberflächliche Kontakte zu Frauen zu knüpfen, kann sich aber nicht vorstellen, was eine echte, angemessene Beziehung ausmacht. Da er die Motivationen und Perspektiven anderer nicht versteht, mangelt es ihm stark an *Empathie* und Fähigkeiten im Bereich *Nähe*. Aufgrund dieser erheblichen Schwierigkeiten würde Herr B. auf der Skala des Persönlichkeitsfunktionsniveaus mit einer **extremen Beeinträchtigung** eingestuft.

Herr T. (nach Sell et al. 2021)

Herr T. ist 42 Jahre alt und bis kurz vor seiner Krankschreibung vor etwa einem Jahr in einem Forschungsinstitut tätig gewesen. Dort habe er sich insbesondere um die Bereitstellung von

Arbeitsmaterialien gekümmert. Der Patient leide seit ungefähr 20 Jahren unter Wahnvorstellungen. Im Interview schildert er zunächst seine Symptomatik sehr detailliert und eindrücklich. Er berichtet von Eindrücken, die er täglich wahrnehme. Wenn er sich unter Menschen begeben, finde er dort „Spiegelungen“ seiner Gefühlswelt und seiner Gedanken wieder. Dies geschehe durch Sinneseindrücke akustischer, aber auch visueller Natur – wenn er beispielsweise „von jemandem mit einer roten Mütze träume, [dann sehe er] auch auffallend oft Leute mit einer roten Mütze [...]“. Er beschreibt, dass er diese Erfahrungen als einschüchternd erlebt. Wenn er „große“ Gedanken habe, könne es zu weitreichenden Konsequenzen wie Naturkatastrophen führen. Er sei sich sicher, den Brand in einem Industriegebiet in Alaska ausgelöst zu haben, da er in den Urlaub gegangen sei und seine Gedanken nicht unter Kontrolle, sondern „frei“ gewesen seien. Der Patient sagt, er sei beunruhigt und belastet, da er so etwas wie ein „gläserner Mensch“ sei und „keinen inneren Rückzugsort habe, sondern jeder auf [seiner] Gefühlswelt zugreifen“ könne. Herr T. berichtet, relativ zurückgezogen zu leben. Er sei meistens allein. Aufgrund seiner „Wahrnehmungen“ sei er gehindert, Bekanntschaften zu haben. Wenn er, wie aktuell, nicht zur Arbeit ginge, würde er „total verkümmern“.

Weiter beschreibt der Patient eine „Mobbingaktion“ einer neuen Arbeitskollegin, die aus Sicht des Patienten schließlich zu seiner Krankschreibung geführt habe. Sie habe es vom ersten Tag an auf ihn „abgesehen“, habe ihm „abwertende Blicke“ zugeworfen. Er habe sich damals an die Geschäftsleitung gewandt und gesagt, „mit dem Neuzugang [stimme etwas] nicht“ und dass sie ein „bisschen komisch“ sei. Die Kollegin habe ihm daraufhin „aufgelauert“ und ihm „ins Gesicht gebrüllt“: „Ja, ich mag Dich nicht!“ Sie habe es dann immer „weitergetrieben“ und ihn wiederkehrend „getriggert“. Der „Psychoterror“ habe schließlich dazu geführt, dass eines Morgens „gar nichts mehr“ ging. Es wird im Gespräch spürbar, wie ungeschützt sich der Patient im Kontakt mit der Kollegin gefühlt hat.

Insgesamt ist eine **extreme Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen** bei Herrn T. ersichtlich. Die *Identität* des Patienten ist massiv beeinträchtigt. Der Patient scheint seine Ich-Grenzen als durchlässig zu erleben. Er schildert die „Eindrücke, dass [er sich] in dieser Welt auflösen soll. Dass sich [sein] bewusstes Ich [auflöse] oder [es] die Aufgabe [habe], sich aufzulösen“. Die Wahrnehmung einer Kohärenz des Selbst ist so stark eingeschränkt, dass Innen- und Außenwelt verschwimmen. Die Abgrenzung des Selbst zu anderen gelingt kaum bis gar nicht. Die Fähigkeiten zur *Selbststeuerung* sind ebenfalls kaum verfügbar, sodass Herr T. sich in Bezug auf sein leidvolles Erleben als weitgehend hilflos und ausgeliefert empfindet. Positive Rückmeldungen von Mitpatient:innen in tagesklinischen Einrichtungen, die der Patient berichtet, scheinen trotz der Hervorhebung durch den Interviewer keinen nachhaltigen Einfluss auf die kognitiv-emotionale Erfahrung des Selbst und das Selbstwernerleben des Patienten zu haben. Der Patient berichtet von suizidalen Gedanken und eindeutigen Suizidplänen. Er habe schon mehrfach auf einem Kran gestanden und runterspringen wollen.

In Bezug auf sein emotionales Erleben wirkt der Patient unbeteiligt. Er scheint keinen Kontakt zu seinen inneren emotionalen Prozessen zu haben. Die Einschränkungen zeigen sich in einer massiven Gefühlslosigkeit. Wenn Affekte spürbar werden, scheinen sie sich in plötzlicher überflutender Art und Weise aufzudrängen und als existenziell bedrohlich wahrgenommen zu werden. Die Beschreibung seines emotionalen Zustands ausgelöst durch den bereits erwähnten andauernden „Psychoterror“ seiner Kollegin zeigt die für den Patienten überflutende, beinahe vernichtende Natur des emotionalen Erlebens interpersoneller Konflikte. Innere Bilder der anderen sind primär durch realitätsferne Befürchtungen und Phantasien geprägt. Auch die im Vorherigen beschriebene weitgehende Vermeidung von Beziehungen deutet auf fehlende Bindungsfähigkeit hin.

Es herrscht ein extremer Antagonismus zwischen dem basalen Wunsch nach Nähe und dem Bedürfnis nach Individuation vor. Dieser ist psychisch nicht integrierbar. Zwischenmenschliche Kontakte haben potenziell fusionären Charakter und müssen daher vermieden werden. Gleichzeitig besteht ein immenser Wunsch nach Verbundenheit mit dem anderen. Der innere Widerstreit der beiden unvereinbaren Pole ist psychisch nicht als solcher repräsentierbar, findet aber in der wahnhaften Symptomatik Ausdruck.

Frau A. (Beispiel der LL-Leitung und -koordination)

Frau A. ist 26 Jahre alt, ledig und hat keine Kinder. Sie arbeitet als ungelernete Teilzeitkraft in einem Baumarkt. „Ich bin Scheiße!“ – damit beginnt Frau A. den ersten Kontakt. Sie berichtet von schon seit ihrer Jugend bestehenden Gefühlen der Wertlosigkeit, Niedergeschlagenheit und Leere. Sie konsumiere seit dem 17. Lebensjahr mehr oder weniger täglich Drogen (aktuell nur noch Cannabis). Frau A. erfüllt die diagnostischen Kriterien für mindestens sechs psychische Störungen gemäß ICD-10, darunter drei Persönlichkeitsstörungen.

Frau A. ist durchschnittlich groß, schlank und auffallend leicht bekleidet. In den diagnostischen Gesprächen in der Hochschulambulanz löst sie bei dem jungen männlichen Interviewer heftige erotische Fantasien aus, bei den weiblichen Interviewerinnen starke Ablehnung. Frau A. ist zeitlich und räumlich orientiert. Wahrnehmungs-, Aufmerksamkeits- oder Ich- oder Denk-Störungen sind keine ersichtlich. Es besteht eine starke Neigung zur Selbstentwertung im Wechsel mit Selbstidealisierung. Sie schildert chaotische und oft auch gewalttätige Beziehungserfahrungen. Auch in der Sexualität möge sie „es härter“, bekomme dabei aber niemals einen Orgasmus. Suizidgedanken treten immer wieder auf, aktuell allerdings ohne konkrete Pläne. Wenn sie allein zuhause sei und eigentlich „chillen“ wolle, überkomme sie oft ein tiefes Gefühl der Sinnlosigkeit und Leere, das unerträglich sei. Sie könne sich nicht vorstellen, alt zu werden. Noch sei sie jung und attraktiv, aber in ein paar Jahren werde das auch vorbei sein, und dann habe sie nichts mehr.

Frau A. ist das zweite von drei Kindern (Schwester + 8 Jahre; Bruder – 3 Jahre). Sie sei vor allem von den Großeltern aufgezogen worden, die sie allerdings hätten verwahrlosen lassen und keinerlei Grenzen gesetzt oder Struktur gegeben hätten. Ihre Mutter habe sich zwar bemüht, habe aber viel arbeiten müssen und sich gegen die Großeltern nicht durchsetzen können; die Großeltern hätten alle Erziehungsbemühungen der Mutter immer wieder untergraben. Der Vater sei computer- und kaufsüchtig gewesen, was zum Verlust des Hauses und einer Privatinsolvenz der Mutter geführt habe. Die Patientin habe keinerlei Bindung zum Vater, er sei „immer, immer, immer nur genervt“ gewesen; die Patientin und ihre Schwester hätten immer Angst vor ihm gehabt.

In der Grundschulzeit habe die Mutter ihr die Haare abgeschnitten, weil das „praktisch“ gewesen sei, und sie habe ein Pflaster über einem Auge und eine Brille tragen müssen; sie habe sich extrem unwohl und hässlich gefühlt. Noch heute könne sie nicht ohne Abscheu an sich als Mädchen denken – „diese widerliche, hässliche, laute und nervige Göre“ würde Frau A. am liebsten aus ihrem Gedächtnis streichen.

Die Pubertät sei „schrecklich“ gewesen, weil sie sich sehr unattraktiv gefühlt habe und von ihren Mitschülern „gemobbt“ worden sei. Es seien Gerüchte über Nacktbilder im Internet verbreitet worden. Erste sexuelle Erfahrungen mit 15 Jahren (Partner +6 Jahre); das sei eine „toxische Beziehung“ gewesen, der Partner habe sie eingesperrt und vergewaltigt; sie sei ungewollt schwanger geworden und habe abgetrieben. Auch später sei sie immer wieder in Situationen geraten, in denen es zu „Beinahe-Vergewaltigungen“ gekommen sei. In Beziehungen habe „immer einer die Macht und der andere ist bedürftig“ – wenn sie in der abhängigen Position sei,

könne sie das nicht aushalten, gerate in heftige Verzweiflung und verletze sich dann auch mal selbst; wenn ihr Partner aber zu bedürftig sei, verliere sie schnell das Interesse an ihm.

Mit 17 Jahren habe sie eine Clique kennengelernt, die in einer WG lebte und sie „aufgenommen und gerettet“ hätte. Alle hätten ständig Drogen konsumiert, aber in der WG habe sie sich aufgehoben und sicher gefühlt. Insbesondere mit „B.“ (einem jungen Mann) habe sich eine echte Freundschaft entwickelt. B. sei wohl in sie verliebt gewesen, sie habe aber nicht mehr von ihm gewollt, sondern sei stattdessen mit dessen besten Freund ins Bett gegangen, was zu einem Bruch mit B. geführt habe. B. sei dann mit C. zusammengekommen, die eine „richtige Hexe“ sei und auch heute noch immer wieder Lügengeschichten über Frau A. verbreiten würde. Sie hasse diese Frau „abgrundtief“ und schmiedet Pläne, wie sie sich an ihr rächen könne.

Die **Persönlichkeitsfunktionen** gemäß LPFS von Frau A. sind als **schwer beeinträchtigt** einzustufen. Insbesondere im Bereich *Selbststeuerung*, *Empathie* und *Nähe* zeigen sich deutliche Beeinträchtigungen: Die regulativen Fähigkeiten sind deutlich eingeschränkt – sie ist sehr impulsiv, kann Wut und andere negative Affekte kaum regulieren, agiert diese stattdessen auf destruktive Weise aus. Es fällt ihr sehr schwer mit sich selbst und anderen in einen emotional lebendigen Kontakt zu kommen und sie hat große Probleme sich in die Erlebniswelt von anderen hineinzusetzen, was immer wieder zu massiven Beziehungsproblemen und –abbrüchen führt. Es besteht eine starke Sehnsucht nach innigster, verschmolzener Verbundenheit, die sie in Beziehungen sucht (und sie dort hält, auch wenn diese dysfunktional sind), verbunden mit einer extremen Selbstentwertung, die aktuell eine Externalisierung in der „Hexe“ erfährt. Die Patientin kämpft seit Jahren darum, die anderen davon zu überzeugen, dass sie doch „keine toxische Schlampe“ ist, was aber auch deshalb nicht gelingt, weil eine starke Tendenz besteht, sexuelle Beziehungen mit gebundenen Männern einzugehen, womit die Patientin einerseits ihren Selbstwert stabilisiert, andererseits Beziehungen zerstört.

2.3.5 Zielpopulation

Die LL-SBPF adressiert erwachsene (≥ 18 Jahre) Personen jeden Geschlechts, bei denen eine Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen vorliegt, die gemessen an der LPFS einen Punktwert von 2.5 oder höher überschreitet.

2.3.6 Epidemiologie schwer beeinträchtigter Persönlichkeitsfunktionen

Die Prävalenz von SBPF in der Allgemeinbevölkerung ist bisher nicht ausreichend untersucht. Es gibt zwar Studien, in denen individuelle Unterschiede in PF anhand kurzer Selbsteinschätzungsinstrumente in repräsentativen Stichproben aus der deutschen Allgemeinbevölkerung untersucht und Schwellenwerte für SBPF abgeleitet wurden (Spitzer et al., 2019; Zimmermann et al., 2020). Allerdings basieren diese Schwellenwerte ausschließlich auf den Verteilungen der Fragebogen-Testwerte und sind nicht durch Expertenurteile zu den diagnostischen Kriterien aus Tabelle 7 abgesichert. So führt z.B. der für SBPF gewählte Schwellenwert $T > 70$ „automatisch“ zu einer Prävalenz von 2.3% (weil das der Anteil an Personen ist, die in einer Standardnormalverteilung mehr als 2 Standardabweichungen über dem Durchschnitt liegen). Bisher liegen nach Wissen der Autor:innen keine Studien vor, die SBPF mittels strukturierten klinischen Interviews in repräsentativen Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung untersuchen (siehe Kapitel 4.2.2). Es können daher keine spezifischen Angaben zur Prävalenzen, Verläufen oder Krankheitskosten gemacht werden. Die Ergebnisse der Expertenumfrage (Wendt et al. 2024b) lassen sich nicht für epidemiologische Fragestellungen nutzen, da sich die dort geschätzten Wahrscheinlichkeiten auf nach Diagnosen geordnete ambulante und stationäre Patientenpopulationen beziehen. Hier liegt entsprechend eine Evidenzlücke vor.

2.3.7 Adressaten und Anwendbarkeit

Die LL-SBPF gibt Empfehlungen und Statements zur Diagnostik und Behandlung von Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen und bezieht sich auf die ambulante und stationäre Versorgung. Dies umfasst beispielsweise die Behandlung in psychotherapeutischen und psychiatrischen Praxen durch Ärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzt:innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, sowie (Psychologische) Psychotherapeut:innen, aber auch die häusliche Versorgung, z.B. durch psychiatrische Pfleger:innen, Ergotherapeut:innen und Sozialarbeiter:innen. Damit richtet sich die LL-SBPF an ein breites Spektrum an Professionen in der sektorenübergreifenden Versorgung, sowie deren gezielte Zusammenarbeit und Koordination.

Die Patient:innenversion dieser Leitlinie richtet sich an die betroffenen Patient:innen sowie deren Angehörige.

Die Bereiche der offenen Forschungsfragen richten sich an wissenschaftlich arbeitende Personen.

3 Methodisches Vorgehen

In diesem Abschnitt wird das methodische Vorgehen der LL-SBPF dargestellt, dass sich an den Kriterien von GRADE (siehe Abschnitt 3.3) orientiert.

3.1 Bestimmung der Zielpopulation für die systematische Literaturrecherche anhand von diagnostischen Kategorien

Da bisher keine Studien zu Effekten von therapeutischen Maßnahmen, die den Schweregrad der Beeinträchtigung im Persönlichkeitsfunktionsniveau zur Stichproben-Selektion und den in der LL betrachteten Fragestellungen der Leitliniengruppe bekannt sind, wurden in der LL-SBPF Untersuchungen zu psychischen Störungen genutzt, bei denen davon ausgegangen werden kann, dass der Großteil dieser Patient:innen auch eine SBPF aufweisen. Die Auswahl der Diagnosen basierte auf verschiedenen Kriterien wie z.B. einer hohen Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen (Newton-Howes et al. 2008; Moore et al. 2012; Wang et al. 2021; Markowitz et al. 2015; Dunn et al. 2004) oder einer hohen psychosozialen Belastung im Alltag. In die systematische Literaturrecherche der ersten fünf Schlüsselfragen wurden folgende Störungen eingeschlossen:

- Persönlichkeitsstörungen (alle Formen)
- Chronische/behandlungsresistente Depression, Double-Depression
- Schwere/komplexe Posttraumatische Belastungsreaktion
- Schizophrenie (alle Formen)
- Psychotische Störungen
- Dissoziative Identitätsstörung
- Somatisierungsstörungen

Dies bedeutet *nicht*, dass *alle* Personen mit diesen Diagnosen SBPF aufweisen, oder dass Personen mit anderen Diagnosen *keine* SBPF aufweisen. Es ist lediglich davon auszugehen, dass Patient:innen mit diesen Diagnosen mit *erhöhter Wahrscheinlichkeit* auch SBPF aufweisen.

3.2 Indirekte Bestimmung der Zielpopulation anhand von diagnostischen Kategorien

Es wurde eine Online-Befragung unter praktisch tätigen Expert:innen durchgeführt, welche untersuchte, wie hoch der Anteil an Personen mit SBPF in verschiedenen Störungskategorien ist (Wendt et al. 2024b). Befragt wurden Fachärzt:innen für Psychosomatik und Psychotherapie, sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeut:innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen, Psychotherapeut:innen in Ausbildung sowie Professionelle aus angrenzenden Bereichen wie der Sozialen Arbeit, Ergotherapie oder Fachpflege für Psychiatrie. Über verschiedene E-Mail-Verteiler von Fachgesellschaften und Berufsverbänden wurden die Teilnehmenden rekrutiert. Die Teilnehmenden machten demographische Angaben sowie zu ihrer Berufserfahrung. Dann wurde ihnen eine Liste von 38 Diagnosen (nach ICD-10 und ICD-11) vorgelegt. Die Auswahl der Diagnosen beruhte auf hohen Prävalenzraten in Deutschland (Jacobi et al. 2014) und/oder auf der Annahme eines relativ großen Anteils von Personen mit SBPF. Die Expert:innen wurden zunächst gefragt, ob sie Erfahrung mit Patient:innen mit diesen Diagnosen hatten. War dies der Fall, wurden sie gebeten, sich für eine per Zufall ausgewählte Diagnose an eine Patient:in zu erinnern, die sie aus ihrer klinischen Arbeit gut kannten und die wahrscheinlich die Kriterien der Diagnose erfüllte. Für diese Patient:in machten sie dann Angaben zum globalen Persönlichkeitsfunktionsniveau (LPFS) auf einer 9-stufigen Skala von *Gar nicht oder geringfügig (0)* bis *Extrem (4)* und beurteilten aus ihrer klinischen

Perspektive den Behandlungsverlauf sowie weitere behandlungsrelevante Merkmale (z.B. Prognose, tatsächliche und optimale Behandlungsmodalitäten). Es stand den Teilnehmenden frei, für weitere zufällig ausgewählte Diagnosen Patient:innen einzuschätzen. Zuletzt wurden die klinische Nützlichkeit und vermutete Stigmatisierung einer dimensionalen Beschreibung im Vergleich zu einer kategorialen Beschreibung von Patient:innen abgefragt.

Es nahmen 346 Professionelle an der Befragung teil, welche insgesamt 1403 Patient:innen einschätzen. Tabelle 6 zeigt, mit welcher Wahrscheinlichkeit eine SBPF (LPFS-Wert > 2.5) innerhalb einer Diagnosegruppe zu erwarten ist. Die Ergebnisse zeigen, dass die meisten Patient:innen mit den für die systematische Literaturrecherche ausgewählten Diagnosen schwere bis extreme Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen (gemessen mit der LPFS) aufweisen.

Tabelle 6: Geschätzte Populationsverteilungen von Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen von Patient:innen bestimmter ICD-10 (und ICD-11) Diagnosen

Diagnose	% mit mind. eher schweren Beeinträchtigungen	Mittelwert auf der LPFS
F60.2 Dissoziale PS	100%	3.11 [2.92; 3.31]
F32.3 Schw. depr. Ep. mit psychot. Symp-	99% [91%; 100%]	3.15 [2.94 3.35]
F20.1 Hebephrene Schizophrenie	96% [84%; 99%]	3.22 [2.97 3.48]
F20.2 Katatone Schizophrenie	95% [82%; 99%]	3.31 [3.06 3.55]
F61.0 Kombinierte und andere PS	94% [83%; 98%]	2.92 [2.70 3.14]
F60.0 Paranoide PS	93% [82%; 98%]	2.90 [2.69 3.11]
F60.3 Emotional-instabile PS	90% [76%; 96%]	2.87 [2.66 3.08]
F25 Schizoaffective Störung	88% [77%; 95%]	2.95 [2.75 3.15]
F20.0 Paranoide Schizophrenie	87% [73%; 94%]	3.13 [2.91 3.36]
6B41 Komplexe PTBS	86% [72%; 94%]	2.89 [2.69 3.09]
F21 Schizotype Störung	86% [70%; 96%]	3.03 [2.80 3.26]
F60.1 Schizoide PS	79% [59%; 92%]	2.74 [2.52 2.95]
F20.5 Schizophrenes Residuum	78% [61%; 90%]	2.90 [2.69 3.11]
6B64 Dissoziative Identitätsstörung	78% [60%; 90%]	2.73 [2.51 2.95]
F22.0 Wahnhafte Störung	75% [56%; 88%]	2.79 [2.58 3.01]
F32.2 Schwere depressive Episode	75% [58%; 87%]	2.77 [2.57 2.96]
F31 Bipolare Störung	73% [54%; 86%]	2.57 [2.35 2.80]
F30 Manische Episode	72% [52%; 86%]	2.78 [2.57 3.00]
F10.2 Alkoholabhängigkeit	69% [64%; 74%]	2.58 [2.52 2.64]
F60.7 Abhängige PS	65% [46%; 80%]	2.60 [2.40 2.80]
F50.2 Bulimia Nervosa	64% [45%; 80%]	2.49 [2.29 2.69]
F60.4 Histrionische PS	63% [42%; 81%]	2.35 [2.13 2.57]
F60.8 Sonstige spezifische PS	61% [40%; 79%]	2.53 [2.31 2.76]
F50.0 Anorexia Nervosa	56% [39%; 72%]	2.46 [2.27 2.65]
F45.0 Somatisierungsstörung	56% [37%; 74%]	2.22 [2.01 2.43]
F60.6 Ängstlich-vermeidende PS	55% [36%; 73%]	2.39 [2.19 2.59]
F60.5 Anankastische PS	55% [37%; 72%]	2.34 [2.14 2.55]
F33 Rezidivierende depressive Episode	53% [35%; 70%]	2.37 [2.17 2.57]
F40.1 Soziale Phobie	53% [35%; 70%]	2.35 [2.15 2.54]
F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung	51% [33%; 68%]	2.43 [2.24 2.62]
F41.0 Panikstörung	47% [30%; 64%]	2.27 [2.08 2.46]
F34.1 Dysthymia	47% [29%; 66%]	2.25 [2.04 2.45]
F42 Zwangsstörung	42% [26%; 59%]	2.29 [2.09 2.48]

F41.1 Generalisierte Angststörung	37% [21%; 57%]	2.24 [2.03 2.46]
F40.0 Agoraphobie	34% [18%; 54%]	2.16 [1.93 2.39]
F40.2 Spezifische Phobie	29% [15%; 49%]	1.88 [1.66 2.09]
F43.2 Anpassungsstörung	18% [9%; 33%]	1.56 [1.37 1.75]
F32.0 Leichte depressive Episode	4% [1%; 11%]	1.49 [1.31 1.68]

Anmerkungen. Die Schätzer basieren auf einer Befragung von 346 Professionellen der psychischen Gesundheitsversorgung, die insgesamt 1403 ihrer Patient:innen beschrieben haben. In eckigen Klammern stehen die bayesianischen 95%-Vertrauensintervalle. Die Level of Personality Functioning Scale (LPFS) beschreibt den Schweregrad von Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen und reicht von *gar nicht oder geringfügig* (0) über *leicht* (1), *mittelgradig* (2) und *schwer* (3) bis hin zu *extrem* (4).

Aus Tabelle 6 wird ersichtlich, dass beispielweise für eine Population von Patient:innen mit Emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung zu erwarten wäre, dass bei zwischen 76% und 96% dieser Patient:innen eine SBPF vorliegt. Bei gemischten Stichproben, die sich aus Personen verschiedener Diagnosegruppen zusammensetzen, kann der ungewichtete Mittelwert für die Schätzung verwendet werden; wenn darüber hinaus die prozentuale Zusammensetzung der Diagnosen in der Stichprobe bekannt ist, kann ein gewichteter Mittelwert für die Schätzung verwendet werden. Bei Stichproben, in denen die Patient:innen Komorbiditäten aufweisen, kann die Schätzung basierend auf der Diagnose mit dem höchsten Erwartungswert auf der LPFS verwendet werden.

3.3 Evidenz, Empfehlungsgrade und Konsensstärke

Die Beurteilung der Evidenz bei den Schlüsselfragen 1-5, 9 und 11 beruht auf den Kriterien der Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation Working Group, der **GRADE** Working Group (Atkins et al. 2004; Schünemann et al. 2003; Schünemann et al. 2006; Guyatt et al. 2008; Guyatt et al. 2011). Die Bewertungen nach GRADE beziehen sich auf die Gesamtheit der Evidenz, die sich auf eine Fragestellung nach PICO-Kriterien beziehen. **PICO** steht dabei für **P**opulation/**P**atient:innen, **I**ntervention, **C**omparison (Vergleich/Kontrollgruppe) und **O**utcome (Behandlungsziel). Die Ergebnisse werden in vier Stufen der Vertrauenswürdigkeit angegeben. Eine zentrale Rolle spielt dabei die Frage, wie sicher man sich sein kann, dass die aus der Zusammenschau abgeleiteten Ergebnisse der Wahrheit nahekommen. Die vier Stufen der Vertrauenswürdigkeit von GRADE sind in Tabelle 7 angegeben.

Tabelle 7: Die vier Stufen der Evidenz-Vertrauenswürdigkeit nach GRADE

Evidenzgrad	Beschreibung
Hoch ⊕⊕⊕⊕	Die Autor:innen sind sich sicher, dass das Ergebnis dicht am wahren Effekt liegt.
Moderat ⊕⊕⊕⊖	Die Autor:innen kommen zu dem Schluss, dass das Ergebnis dem wahren Effekt nahe kommt.
Niedrig ⊕⊕⊖⊖	Die Autor:innen sind etwas zuversichtlicher, dass ihr Ergebnis dem wahren Effekt nahe kommt. Weitere Studien können das Ergebnis aber noch merklich verändern.
Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Der aus den Studienergebnissen abgeleitete Effekt unterscheidet sich wahrscheinlich deutlich vom gesuchten, wahren Effekt. Weitere Studien werden den Effektschätzer mit hoher Wahrscheinlichkeit noch in die eine oder andere Richtung verändern.

Die folgende Abb wie nach GRADE von verschiedenen Evidenzstärken auf die Empfehlungsgrade geschlossen werden kann. Normalerweise führt eine hohe Evidenzstärke zu einem hohen Empfehlungsgrad. Unter Berücksichtigung der Kriterien zur Graduierung (Konsistenz der Studienergebnisse, klinische Relevanz der Endpunkte, Effektstärke, Risiko-Nutzen-Verhältnis sowie Anwendbarkeit und Umsetzbarkeit im deutschen Gesundheitsweisen) kann die Leitlinienkonsensusgruppe jedoch die Empfehlungsgrade hoch- oder herunterstufen.

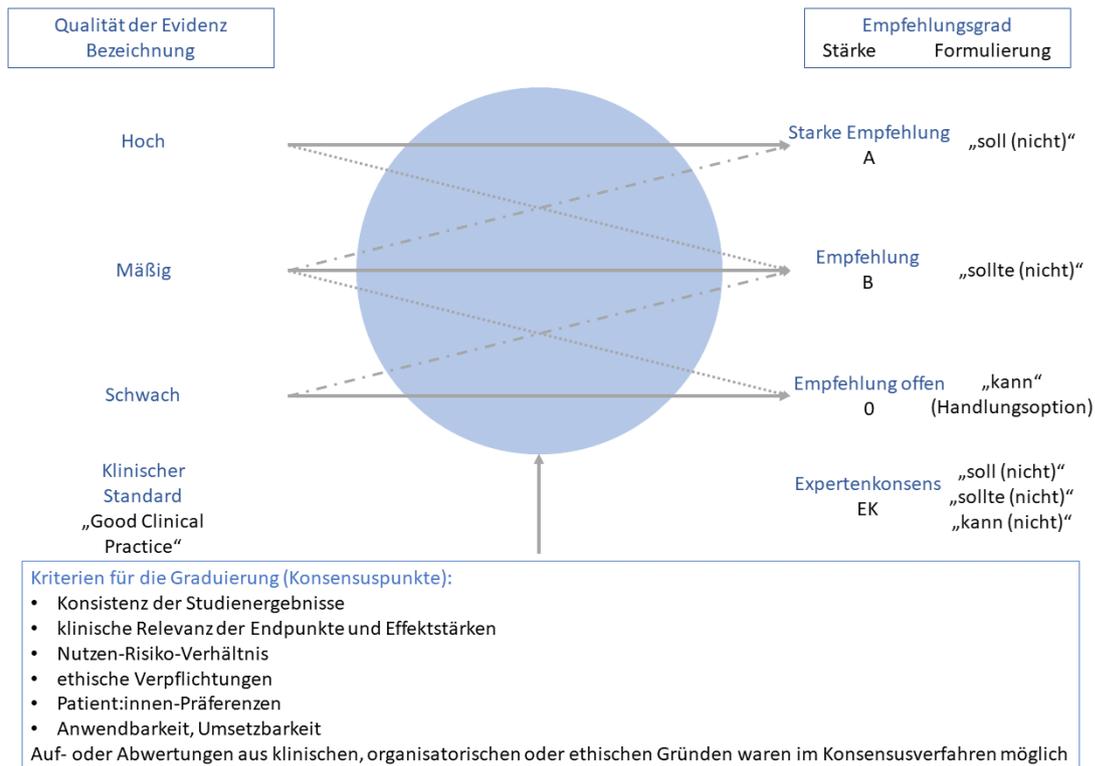


Abbildung 1: Zusammenhang zwischen Qualität der Evidenz und Empfehlungsgraden nach GRADE

Eine genaue Beschreibung der verwendeten Nomenklatur der Empfehlungen ist in Tabelle 8 angegeben.

Tabelle 8: Empfehlungsgraduierung

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Formulierung	
A	Starke Empfehlung	soll / soll nicht	„Soll“-Empfehlung: Mindestens eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebene I).

B	Empfehlung	sollte / sollte nicht	„Sollte“-Empfehlung: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II oder III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.
0	Empfehlung offen	kann erwogen werden / kann verzichtet werden	„Kann“-Empfehlung: Berichte von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzkategorie IV) oder Extrapolation von Evidenzebene II oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.
EK			„Expertenkonsens“: Empfohlen als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point“) im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.

Bei Bezugnahme auf bestehende Leitlinien wurden Leitlinienempfehlungen entweder unverändert übernommen („**Adoption**“) oder bei Bedarf abgeändert, wenn die Leitliniengruppe z.B. zu einer anderen Einschätzung der Evidenzsicherheit oder der Abwägung von Nutzen und Schaden kommt („**Adaptation**“).

Wie beschrieben ist GRADE ein End-, bzw. Outcome-bezogenes System. Andere Leitlinien nutzen hingegen Klassifikationssysteme, die beispielsweise das formale Studiendesign hinsichtlich der internen Validität beurteilen. Eine Überführung von Klassifikationssystemen, die konzeptionell unterschiedlich strukturiert sind, ist sehr arbeitsintensiv, da letztlich jede einzelne Studie betrachtet werden müsste. Entsprechend entschieden die Autor:innen der LL-SBPF bei den Schlüsselfragen 6 - 12 auch andere Bewertungssysteme zu verwenden, wenn eine Empfehlung einer anderen Leitlinie nicht nach GRADE durchgeführt wurde. So wurde sowohl die Oxford-Skala (Oxford Centre for Evidence-Based-Medicine; OCEBM Levels of Evidence Working Group 2011) als auch SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2019) genutzt. Eine verkürzte Übersicht der Oxford-Skala über die zugrundeliegenden Studiendesigns und Evidenzstufen sind in Tabelle 9 angegeben. Eine Übersicht über die Evidenzlevel nach SIGN ist in Tabelle 10 angegeben.

Tabelle 9: OCEBM Evidenzstufen

Evidenzstufen	Beschreibung	
Level 1	systematic review	Höchste Evidenz ↑
Level 2	randomized trial (RCT)	
Level 3	cohort study or control arm of randomized trial, non-randomized controlled cohort/follow-up study	
Level 4	case-series, case-control studies	
Level 5	mechanism-based reasoning	Niedrigste Evidenz ↓

Tabelle 10: SIGN Evidenzstufen

Evidenzstufen	Beschreibung
1++	Qualitativ hochwertige Meta-Analysen, systematische Überprüfungen von RCTs oder RCTs mit einem sehr geringen Risiko der Verzerrung
1+	Gut durchgeführte Meta-Analysen, systematische Überprüfungen oder RCTs mit geringem Verzerrungsrisiko
1-	Meta-Analysen, systematische Übersichten oder RCTs mit einem hohen Risiko der Verzerrung
2++	Hochwertige systematische Übersichten von Fallkontroll- oder Kohortenstudien
2+	Gut durchgeführte Fallkontroll- oder Kohortenstudien mit einem geringen Risiko von Verwechslungen oder Verzerrungen und einer mittleren Wahrscheinlichkeit, dass die Beziehung kausal ist
2-	Fall- oder Kohortenstudien mit einem hohen Risiko von Verwechslungen oder Verzerrungen und einem signifikanten Risiko, dass die untersuchte Beziehung nicht kausal ist
3	Nicht-analytische Studien, z. B. Fallberichte, Fallserien
4	Expertenmeinung

Jede Empfehlung wurde im Rahmen des Konsensusprozess der Leitlinie abgestimmt. Da nicht immer vollständige Zustimmung zu jeder Empfehlung erreicht wurde, soll folgende Tabelle eine Übersicht über die Stärke der Zustimmung geben.

Tabelle 11: Einordnung der Konsensstärke nach AWMF-Regelwerk

Konsensstärke	Anteil der Zustimmung
starker Konsens	Zustimmung von ≥ 95 % der Teilnehmenden
Konsens	Zustimmung von $\geq 94 - 75$ % der Teilnehmenden
Mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von $\geq 74 - 50$ % der Teilnehmenden
Keine mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von ≤ 49 % der Teilnehmenden

3.4 Systematische Literaturrecherche

Es wurde in den Datenbanken PubMed/MEDLINE, Cochrane, Web of Science und PsycInfo, für die Schlüsselfragen 2 und 4 auch bibnet und Psyn dex, recherchiert. Um ein möglichst vollständiges Ergebnis zu erhalten, wurde in Zusammenarbeit mit einem Informationsexperten der Bereichsbibliothek Universitätsmedizin Mainz eine Suchstrategie entworfen. Die Studienauswahl wurde zusätzlich im Hinblick auf die Versorgungsrealität in Deutschland getroffen. So

wurde für die Schlüsselfrage 4 explizit nur Studien aus Deutschland gesucht, da hinsichtlich verschiedener Wohnformen Studien aus anderen Ländern als nicht übertragbar angesehen wurden. Die Aktualität wurde berücksichtigt, indem nur Studien seit dem Jahr 2015 gesucht wurden. Für die Schlüsselfragen 1, 5 und 9 wurden Meta-Analysen ausgewertet. Für die Schlüsselfragen 2 - 4 wurden Primärstudien herangezogen. Für jede Schlüsselfrage wurde der „Body of Evidence“ bewertet.

Die Bewertung der zu den Schlüsselfragen passenden Evidenz wurden basierend auf dem GRADE-Ansatz (Atkins et al. 2004; Guyatt et al. 2011; Guyatt et al. 2008; Schünemann et al. 2003; Schünemann et al. 2006) durchgeführt. Das spezifische Vorgehen, von der Suchsyntax bis zum Bewertungsvorgehen, ist im Leitlinienreport detailliert beschrieben (Kapitel 3.1.2 - 3.1.4).

3.5 Unabhängigkeit der Redaktion

3.5.1 Umgang mit Interessenkonflikten

Die Interessenkonflikte wurden schriftlich von allen beteiligten Personen erklärt und kenntlich gemacht. Die Erklärungen wurden zufällig auf Prof. Dr. Cord Benecke, Prof. Dr. Susanne Singer und Dipl.-Psych. Georg Schäfer aufgeteilt und nach Absprache mit Dr. Monika Nothacker von der AWMF bewertet. Die Bewertungskriterien sowie die einzelnen Erklärungen sind im Leitlinienreport vermerkt (Kapitel 5.2).

Die Kategorisierung von Interessenkonflikten wurde gemäß AWMF-Regelwerk vollzogen und wird in Tabelle 12 dargestellt.

Tabelle 12: Kategorisierung der Interessenkonflikte

Ausprägung Interessenkonflikt	Umstände für diese Kategorie	Konsequenz
kein	Verbundenheit zu einem Verfahren oder einer Behandlungsform; Verbundenheit mit Psychotherapieverfahren; wissenschaftliche Interesse an der dimensionalen Sichtweise	
gering	Vorstandstätigkeit oder federführende Beteiligung z.B. bei Schulungstätigkeiten im Rahmen eines bestimmten Verfahrens oder einer bestimmten Behandlungsform	Keine Leitungsfunktion, die im Zusammenhang mit dem Vergleich von Therapieverfahren oder Behandlungsformen steht
moderat	Personen, die an der Entwicklung digitaler Gesundheits- Anwendungen beteiligt sind oder Gelder von Digitale Gesundheitsanwendungsnahen Unternehmen erhalten.	Ausschluss vom Abstimmungsrecht bei Schlüsselfrage 2
hoch	Eigentumsinteresse Arbeitsverhältnis bei der Industrie Hoher Aktienbesitz einzelner Firmen	Keine Teilnahme an thematisch relevanten Beratungen und keine Abstimmung

3.5.2 Finanzierung der Leitlinie

Die Finanzierung der LL-SBPF erfolgte ausschließlich durch den Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschuss (Förderkennzeichen 01VSF21013). Eine von Interessen geleitete Beeinflussung durch Finanzierung der LL ist daher ausgeschlossen.

3.6 Konsensfindung

Die LL-SBPF sollte auf einer möglichst hohen Übereinstimmung der beteiligten Fachgesellschaften fußen. Entsprechend wurde bereits bei der Bildung der Steuerungsgruppe darauf geachtet, dass ein möglichst breites Spektrum der mitwirkenden Fachgesellschaften dort vertreten ist. Die Steuerungsgruppe sollte auch den unterschiedlichen Professionen im Gesundheitswesen Rechnung tragen und die Übertragbarkeit der LL in die Praxis erleichtern. Am Konsensverfahren nahmen die Mitglieder der Steuerungsgruppe und die benannten Mandatare aller an der Erstellung beteiligten Organisationen teil. Jeder Organisation stand im Abstimmungsverfahren eine Stimme zur Verfügung.

Die einzelnen Arbeitsgruppen erarbeiteten und diskutierten für ihre jeweilige Schlüsselfrage Empfehlungen bzw. Statements. Der Konsensfindungsprozess wurde in drei Treffen unterteilt, die jeweils online durchgeführt wurden. Zwei kürzere Termine, am 14.12.2023 und am 14.02.2024, sowie die Hauptkonferenz, die am 07.03.2024 und 08.03.2024 stattfand.

Die Online-Abstimmungen im Vorfeld der Konsensuskonferenz erfolgten per einrundigem DELPHI Verfahren. Dabei konnte den Empfehlungen zugestimmt werden oder ein Alternativvorschlag bei Ablehnung eingereicht werden.

Die Diskussionen der Konsensuskonferenzen fanden unter Anleitung der AWMF im Rahmen eines nominalen Gruppenprozesses statt. Dazu wurden zunächst die abzustimmenden Empfehlungen gesichtet. Anschließend wurden Stellungnahmen gesammelt und durch Alternativvorschläge für alle sichtbar dokumentiert. Anschließend wurden die Alternativvorschläge sortiert und abgestimmt. Die Abstimmung erfolgte mithilfe des Onlinetools vevox (www.vevox.com). Die Abstimmungsergebnisse wurden bei den Empfehlungen dokumentiert. Der gesamte Konsensusprozess wurde von neutralen, in Konsensustechniken geschulten und erfahrenen Moderator:innen (AWMF-LL-Berater:in) begleitet.

Weitere Informationen zu den Konsensuskonferenzen finden sich im Leitlinienreport im Kapitel 3.2.1.

3.7 Konsultation und Verabschiedung

Die LL stand zwischen dem 28.05.2024 und dem 09.06.2024 zur öffentlichen Konsultation zur Verfügung. Die eingegangenen Kommentare wurden von der Leitlinienkoordination bearbeitet und ggf. in die Leitlinie implementiert. Die vollständige Übersicht ist im Leitlinienreport abgebildet (Kapitel 4.1 und Tabelle 67).

Die vorliegende Leitlinienversion wurde zwischen dem 20.06.2024 und dem 28.06.2024 von den Vorständen der beteiligten Fachgesellschaften (siehe Tabelle 1) verabschiedet. Eine Stellungnahme der DGPPN und dazu formulierte Sondervoten sind in Kapitel 3.2 des Leitlinienreports eingefügt.

3.8 Überprüfung der Implementierung

Mit der Implementierung der LL-SBPF soll sich die Versorgung von Personen mit SBPF verbessern. Wie erfolgreich die Leitlinie dabei ist, sollte mit Befragungen der Betroffenen und der Therapeut:innen geschehen, da die PF aktuell noch nicht systematisch in Deutschland erfasst werden. Vorschläge zur Überprüfung sind im Methodenreport unter Kapitel 6.4 näher ausgeführt. Mit Umsetzung des ICD-11 werden mindestens im Bereich der Persönlichkeitsstörungen die PF erfasst werden, sodass Auswertungen auf dieser Grundlage dann möglich sein werden.

3.9 Umgang mit der Evidenzlage spezifisch für SBPF

Insgesamt fanden sich bei der Mehrheit der systematisch recherchierten Schlüsselfragen wenige Studien, die zur Beantwortung herangezogen werden konnten. Es zeigte sich somit ein Engpass, insbesondere bei den Schlüsselfragen 2 - 4 und damit im Fall von Schlüsselfrage 4 auf das deutsche Versorgungssystem beschränkte Versorgungsbereiche. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass für die systematische Recherche eine Auswahl an Störungskategorien getroffen wurde, bei denen vermutet wurde, dass sie einen hohen Anteil an Patient:innen mit SBPF aufweisen. Die Expertenumfrage zeigte, dass diese Annahmen mehrheitlich gerechtfertigt waren (siehe Kapitel 3.2 und Wendt et al. 2024b). Jedoch ist nicht auszuschließen, dass es für andere Störungskategorien, die nicht Teil der Syntax für die systematische Literaturrecherche waren, weitere Evidenz gibt. So waren beispielsweise Suchterkrankungen nicht Teil der gesuchten Zielpopulation. Wie unter 3.1 beschrieben, bedeutet dies nicht, dass Personen mit Suchterkrankungen keine SBPF aufweisen. Diese wurden lediglich nicht in die stellvertretend ausgewählten Diagnosen für die systematische Literaturrecherche aufgenommen.

3.10 Methodenkritik

In diesem Abschnitt werden mögliche Limitationen der Leitlinienmethodik dargestellt und beschrieben, inwieweit sich daraus Unsicherheiten für die Evidenzgrundlage und die daraus abgeleiteten Empfehlungen ergeben. Außerdem gehen wir auf Kritik am Konzept von PF ein.

Die wesentlichen Einschränkungen dieser Leitlinie resultieren aus der Neuheit des PF-Konstrukts und der vorherrschenden Tendenz in der klinischen Forschung, sich an kategorialen Diagnosesystemen zu orientieren. Aufgrund dieser Faktoren existiert bisher keine ausreichende Menge an (Interventions-)Studien zur Wirksamkeit von Therapien, die sich explizit auf SBPF-Populationen beziehen, und somit als Evidenzgrundlage dienen können. Die vorliegende Leitlinie umgeht diese Forschungslücke, indem sie den erwarteten Anteil von Personen mit SBPF in verschiedenen Diagnosekategorien schätzt und Populationen mit einem besonders hohen erwarteten SBPF-Anteil als Ersatz bzw. Surrogat heranzieht. Dieses Vorgehen birgt jedoch Risiken.

Einerseits birgt die Verwendung von solchen Surrogatpopulationen das Risiko, dass die in solchen Populationen beobachteten Effekte teilweise mit den spezifischen Krankheitsmerkmalen zusammenhängen und daher nicht uneingeschränkt auf die eigentliche Zielpopulation der Leitlinie verallgemeinert werden können. Beispielsweise könnte die Wirksamkeit einer Intervention zur Behandlung der Schizophrenie durch Wirkmechanismen erklärt werden, die sich im Kontext der spezifischen Pathologie der Schizophrenie erklären. Die Generalisierbarkeit von Schlussfolgerungen, die auf Basis von Surrogatpopulationen zustande gekommen sind, erscheint daher plausibler, wenn eine heterogene Menge von Diagnosekategorien darin vertreten ist, so dass sich diagnosespezifische Anteile eher ausmitteln. Eine solche Breite von Studien konnte in der Evidenzrecherche jedoch nicht durchgängig für die einzelnen Schlüsselfragen identifiziert werden.

Andererseits ist auch die Auswahl der einbezogenen Surrogatpopulationen mit Unsicherheiten behaftet. So ist auf einige Einschränkungen der eigens für diese Leitlinie durchgeführten Expertenbefragung hinzuweisen, die zur Validierung der Auswahl diente (Wendt et al. 2024b). An der Expert:innenbefragung nahmen 346 Expert:innen teil, die das Persönlichkeitsfunktionsniveau von 1403 Patient:innen in 38 Diagnosekategorien beschrieben, um den Anteil der Personen mit SBPF in diesen Populationen zu schätzen. Zu den Limitationen dieses Vorgehens gehören die eingeschränkte Schätzgenauigkeit aufgrund der begrenzten Stichprobengröße und der mögliche Einfluss von Messfehlern aufgrund der Verwendung eines einzigen Items und der

Tatsache, dass für die Teilnahme kein Vorwissen über das Konzept der PF vorausgesetzt wurde. Denkbar sind auch Verzerrungen durch Selektionseffekte bei der Stichprobenziehung, z.B. könnten aufgrund der Thematik der Studie von den Professionellen eher stärker beeinträchtigte Patient:innen für die Beschreibung ausgewählt worden sein, was zu einer Überschätzung des Anteils schwerer Beeinträchtigung geführt haben könnte.

Weitere Limitationen bezogen auf die Evidenzgrundlage sind die heterogenen Vergleichsgruppen in den Interventionsstudien. Werden komplexe Interventionen wie Psychotherapie gegenüber verschiedenen Kontrollbedingungen wie Wartegruppen oder anderen psychosozialen Interventionen bzw. in der Praxis etablierten Behandlungen („treatment as usual“) bzw. Placebo, getestet, kann das zu einer großen kontrollgruppenbedingten Heterogenität der Effekte führen. Beispielsweise sind Interventionseffekte umso kleiner, je intensiver die Behandlung in der Kontrollbedingung ist (Munder et al. 2022).

Eine Einschränkung hinsichtlich der Evidenzgrundlage könnten auch systematische Verzerrungen (Bias), insbesondere der Publication Bias sein. Der Publication Bias entsteht durch systematisches, ergebnisabhängiges Nicht-Berichten von Studienresultaten (Antes et al. 2009). Ein Mittel, um systematische Verzerrungen minimal zu halten, ist eine systematische Literaturrecherche, die für die PICO-Fragen 1-5, 9 und 11 durchgeführt wurde. Zudem wurde ein möglicher Publication Bias in der Bewertung der Studienergebnisse nach GRADE berücksichtigt. Neben Kritikpunkten an der Evidenzgrundlage können auch einige konzeptuelle Herausforderungen benannt werden. So kann hinterfragt werden, ob die im DSM-5 genannten Funktionen Empathie, Identität, Selbststeuerung und Nähe eine umfassende Auflistung aller relevanten PF darstellt und inwiefern diese von den maladaptiven Traitmerkmalen aus Kriterium B des AMPD (Negative Affektivität, Verslossenheit, Enthemmtheit, Antagonismus, Psychotizismus) verschieden sind (García et al. 2024; Herpertz in Vorbereitung). Die empirische Evidenz deutet auf eine relativ hohe statistische Überlappung zwischen PF und den Traitmerkmalen hin (z.B. teils geringe diskriminante und inkrementelle Validität). Gleichzeitig basieren diese Befunde größtenteils auf monomethodalen Studien, vorrangig Selbstberichten, sodass diese Kritik weiterer Fundierung bedarf (z.B. Zimmermann et al. 2019).

Außerdem wurde die Konzeption von PF im DSM-5 in der Forschungsliteratur zum Teil unterschiedlich interpretiert. Eine kontroverse Frage bei der Konzeption ist beispielsweise, ob sich PF ebenfalls auf Traitmerkmale beziehen (z.B. wie sich jemand typischerweise verhält), was eher einem deskriptiven Verständnis des Konzepts entspräche, oder auf Fähigkeiten (z.B. wie gut jemand bestimmte Verhaltensweisen zeigen kann, wenn er motiviert ist und die Situation es erfordert), was ein erklärendes Konzept darstellt (García et al. 2024; Zimmermann 2022). In der LL-SBPF werden PF im letzteren Sinne als „key capacities“, als basale psychische Fähigkeiten verstanden. Vor diesem Hintergrund lassen sich maladaptive Traitmerkmale z.B. als Folge von fehlenden Fähigkeiten erklären (eine Person neigt dazu, gefühllos zu sein, weil ihre Fähigkeit zur Empathie beeinträchtigt ist. Siehe z.B. Sharp und Wall 2021; Zimmermann 2022). Eine Schwierigkeit stellt hier allerdings die valide Messung von Fähigkeiten dar. Selbstberichte basieren auf der Introspektionsfähigkeit, die möglicherweise nicht bei allen Menschen ausreichend gegeben ist. Messungen der Fähigkeit mithilfe von Leistungstest hängen davon ab, wie ökologisch valide die Testumgebung die relevanten Prozesse abbilden kann (Osborne-Crowley 2020). Die Verfügbarkeit von Fähigkeiten kann sich womöglich besser unter bestimmten Kontextbedingungen zeigen, z.B. in Belastungssituationen. Bei PF gelten klinische Expertenurteile als Goldstandard für die Erfassung von Fähigkeiten. Die Einschränkungen, die damit einhergehen, werden in Kapitel 4.2.2 näher ausgeführt.

Eine weitere Herausforderung bei der Definition und Messung von PF ist die Abgrenzung einerseits zum psychosozialen Funktionsniveau, andererseits zu schweren psychischen Störungen (vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. 2018). Unter dem psychosozialen Funktionsniveau werden z.B. gemäß WHO-DAS 2.0 (2010) Einschränkungen in der Lebensführung des Individuums im Hinblick auf Kognition, Mobilität, Selbstversorgung, soziale Beziehungen, Freizeitaktivitäten und soziale Teilhabe verstanden. Dabei werden die Konsequenzen von somatischen und psychischen Erkrankungen und Behinderungen zusammengefasst. Das Konzept ist darauf ausgerichtet, die Behandlungsbedürftigkeit von individuellen Krankheitsbedingungen einzuschätzen, auch unter Berücksichtigung von bestehenden individuellen und umweltbezogenen Resilienz- und Risikofaktoren. Das psychosoziale Funktionsniveau ist also ein pragmatisches Konstrukt, bei dessen Erfassung es darum geht, Informationen zu bündeln und Entscheidungsprozesse zu fördern. Das Konstrukt der schweren psychischen Störung (vgl. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen) ist ebenfalls ein pragmatisches Konstrukt, welches Personen mit einem besonders niedrigen psychosozialen Funktionsniveau identifiziert. Demnach gilt als schwere psychische Störung eine Störung, die in hohem Maße chronisch verläuft, mit besonders schweren Auswirkungen auf das tägliche Leben einhergeht und eine besonders intensive Inanspruchnahme des Gesundheitssystems erfordert. Im Gegensatz dazu geht es bei dem theoretischen Konstrukt der PF um spezifische, relativ stabile Fähigkeiten einer Person, deren Ausprägung zwar zum psychosozialen Funktionsniveau bzw. zu schweren psychischen Störungen substantiell beitragen können (Skodol 2018), aber die gleichzeitig nur einer von vielen möglichen Einflussfaktoren sind.

4 Schlüsselfragen und Empfehlungen

Die Leitliniengruppe erarbeitete Schlüsselfragen, die von der Steuerungsgruppe kommentiert und anschließend durch die Mitglieder der Fachgesellschaften diskutiert und konsentiert wurden. Insgesamt wurden 12 Schlüsselfragen nach dem PICO-Prinzip (**P**opulation/Patient:innen, **I**ntervention, **C**omparison (Vergleich/Kontrollgruppe), **O**utcome (Behandlungsziel) formuliert. Die *Population*, auf die sich die LL-SBPF bezieht, sind Patient:innen mit SBPF. Durch eine Expert:innen-Befragung wurde die Schwere der Beeinträchtigung für eine Reihe kategorialer Diagnosen eingeschätzt, wodurch eine Nutzung vorliegender, sich aber auf kategoriale Diagnosegruppen beziehenden Studien ermöglicht wurde (Wendt et al. 2024).

Der *Vergleich* in den Schlüsselfragen sollte gegen eine „unspezifizierte Kontrollbedingung“ gerichtet sein. *Unspezifizierte Kontrollbedingung* bedeutet hier, dass keine bestimmte Vergleichsgruppe festgelegt wurde. Stattdessen wurden die Studienergebnisse separat nach den in den Studien vorhandenen Vergleichsgruppen berichtet. Ausgeschlossen wurde jedoch der Vergleich mit einer in Dosis, Dauer und/oder Frequenz gleichen Intervention, ein prä-post-Vergleich ohne Kontrollgruppe sowie Vergleiche zwischen medikamentös unterstützter Psychotherapie und Psychotherapie ohne medikamentöse Unterstützung oder einer anderen medikamentösen Unterstützung.

Analog bedeutet das unspezifizierte *Outcome*, dass die Studienergebnisse separat nach den in den Studien untersuchten Endpunkten berichtet werden. Hierfür wurden pro Schlüsselfrage relevante Endpunkte festgelegt und von den Mandatstragenden priorisiert (siehe 3.1.3 Methodenreport).

Insgesamt wurden über die 12 Schlüsselfragen hinweg 23 evidenzbasierte Empfehlungen, 5 evidenzbasierte Statements, 26 konsensbasierte Empfehlungen und 2 konsensbasierte Statements verfasst.

4.1 Übergeordnetes Verständnis

Die Empfehlungen und Statements der LL-SBPF beruhen auf einer grundlegenden Haltung der Behandlung von psychischen Störungen, welche in den folgenden Abschnitten vorgestellt wird. Dabei gibt es Überschneidungen mit der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Die Gruppe der Patient:innen mit einer schweren Beeinträchtigung der PF ist naturgemäß größer als einzelne spezifische Diagnosegruppen. Andererseits besteht innerhalb einzelner Diagnosegruppen durchaus ein Range der Schwere der Beeinträchtigung der PF, sodass weder von einer kategorialen Diagnose 1:1 auf den Schweregrad der Beeinträchtigung der PF geschlossen werden kann, noch umgekehrt von einem bestimmten Schweregrad der Beeinträchtigung der PF auf bestimmte kategoriale Diagnosen. Dennoch können die im Folgenden beschriebenen gemeinsamen Grundlagen als so zentral erachtet werden, dass sie in beiden Leitlinien explizite Erwähnung finden sollen. Viele Empfehlungen wurden aufgrund der Ähnlichkeit von der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen übernommen und auf die Zielpopulation der Patient:innen mit SBPF angepasst.

Für dieses Kapitel ergaben sich:

1 evidenzbasierte Empfehlung

6 konsensbasierte Empfehlungen

1 konsensbasiertes Statement

Insgesamt wurden 8 Empfehlungen und Statements formuliert

4.1.1 Biopsychosoziales Grundverständnis

Das der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) zugrundeliegende bio-psycho-soziale Modell, welches in der UN-Behindertenrechtskonvention und daraus ableitend in der deutschen Sozialgesetzgebung (SGB IX) verankert ist und in der Diagnostik und Intervention von Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen eingesetzt wird, sieht Krankheit und Gesundheit als ein dynamisches Geschehen und nicht als einen einzelnen Zustand an. Das bio-psycho-soziale Modell vereint zwei theoretische Krankheitsmodelle, das medizinische Modell und das soziale Modell. Im medizinischen Modell ist eine Person durch eine Krankheit, einen Unfall oder ein gesundheitliches Problem behindert. Die Handhabung der Behinderung erfolgt durch Genesung oder durch die Verhaltensanpassung der betroffenen Person. Das soziale Modell hingegen geht davon aus, dass die Behinderung einer Person ein gesellschaftlich verursachtes Problem darstellt. Damit ist die Behinderung keine Eigenschaft einer Person, sondern das Ergebnis von Wechselwirkungen verschiedener Komponenten aus dem gesellschaftlichen Umfeld. Im bio-psycho-sozialen Modell werden beide Modelle zusammengeführt. Dieses geht davon aus, dass es notwendig ist, neben der Schädigung auch die tatsächliche Leistung und Leistungsfähigkeit einer Person zu betrachten. Zusätzlich wird die Auswirkung der Umwelt auf die Funktionsfähigkeit einer Person mit einbezogen (siehe Abbildung 2, Auszug aus ICF (WHO 2001/2005) S. 81ff).

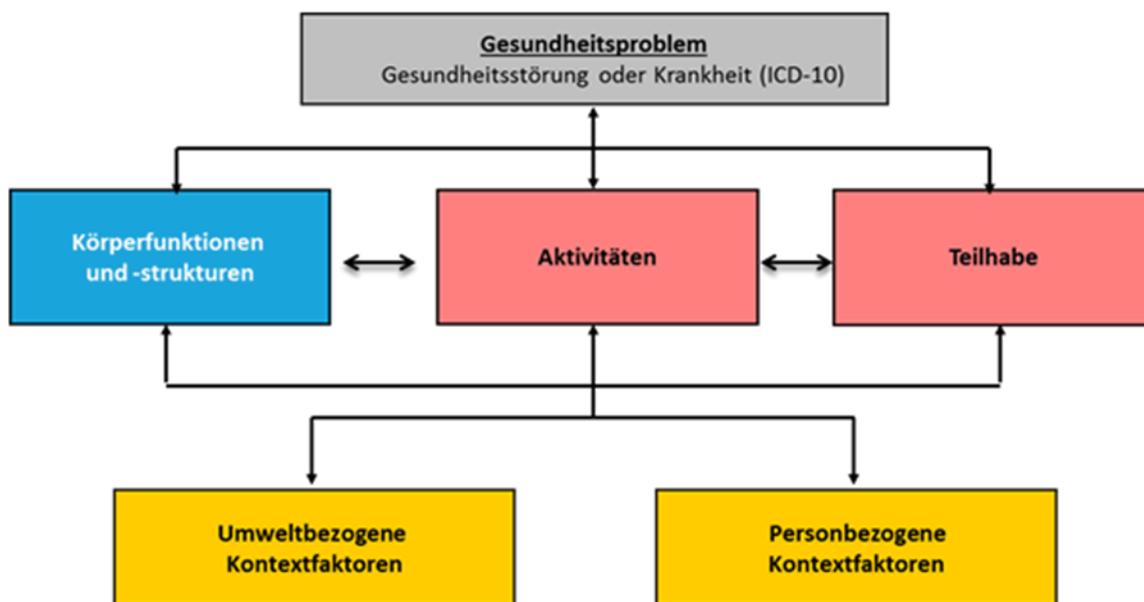


Abbildung 2: Auszug aus ICF (WHO 2001/2005)

Um die Perspektiven der Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells und die sich dahinter verbergenden Fragestellungen bezogen auf die Funktionsfähigkeit einer Person mit SBPF bearbeiten und Ableitungen für Interventionen treffen zu können, benötigt es multiprofessionelles Zusammenwirken verschiedener Akteur:innen im Gesundheits- und Sozialwesen.

1.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Das der ICF zugrunde liegende bio-psycho-soziale Modell und die damit verbundene personenzentrierte Haltung soll für alle Akteur:innen im Gesundheits- und Sozialwesen die Grundlage von Diagnose- und Interventionsprozessen von Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bilden.	
	Literatur: Mental Health Bericht der WHO, UN-BRK und SGB IX	
	Konsensstärke: 100%	

4.1.2 Konzepte zur psychischen Gesundheit und Krankheit

Internationale Studien weisen eine überdurchschnittlich hohe Krankheitslast bei schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen auf (Wiegand 2019; Bohus 2021; Herpertz et al. 2022).

Basierend auf Studien von Ellison et al. (2018) und Jørgensen et al. (2021) wird für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) eine Lebenszeitprävalenz von etwa 3% beschrieben. Dies und „der frühe Beginn in der Adoleszenz, ausgeprägte psychische und soziale Belastungen, chronische Suizidalität und Selbstverletzungen sowie eine nicht unerhebliche Chronifizierungstendenz stellen Betroffene, Angehörige und auch das Gesundheitssystem vor erhebliche Herausforderungen“ (Bohus 2021, S. 641). Obgleich die Punktprävalenz der BPS in der Allgemeinbevölkerung 1% beträgt, zeigt die Studie von Ellison et al. (2018), dass im ambulanten psychiatrischen Versorgungssektor Menschen mit einer BPS mit einem Anteil von 12% repräsentiert sind. Stationär lag der Anteil sogar bei 22% (Ellison et al. 2018). Menschen mit einer BPS zeigen im Langzeitverlauf starke Beeinträchtigungen in den Bereichen psychosoziales Funktionsniveau, somatische Gesundheit sowie berufliche und soziale Integration (Bräutigam et al. 2020). Davon ist auch bei anderen Störungen, die mit einer schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen einhergehen, auszugehen (Wendt et al. 2024b).

Psychosoziale Konzepte und Modelle sind deshalb wichtige Grundlagen für die Versorgung der Betroffenen. In Abgrenzung zur traditionellen medizinischen Betrachtungsweise von Gesundheit und Krankheit entwickelte der amerikanische Internist, Psychiater und Psychoanalytiker G.L. Engel das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell (Engel 1977, 1997). Biologische, psychische und soziale Faktoren sind Teile eines verflochtenen Ganzen. Die dynamischen Wechselbeziehungen der Faktoren weisen auf die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten hin. International anerkannte Ansätze psychischer Gesundheit und Krankheit sind die Konzepte Resilienz und Recovery.

4.1.3 Resilienz

Rönnau-Böse et al. (2022) beziehen sich in ihrer Arbeit auf die aktuelle Resilienz- und Schutzfaktorenforschung. Die Geschichte der Forschung zu gesunderhaltenden Faktoren geht auf die 1970er-Jahren zurück. Das aus der Forschungsrichtung der Entwicklungspsychopathologie stammende Konzept der Resilienz, partizipierte vom gesundheitswissenschaftlichen Modell der Salutogenese. „Der Begriff Resilienz (aus dem Englischen: resilience = Spannkraft, Strapazierfähigkeit, Elastizität) bezeichnet die psychische Widerstandsfähigkeit und meint eine gesunde und altersgemäße Entwicklung trotz ernsthafter Gefährdungen im Sinne von ungünstigen Lebensumständen oder kritischen Lebensereignissen. Im Besonderen wird die erfolgreiche Bewältigung stressreicher und potenziell traumatischer Ereignisse als Zielgröße betrachtet“ (Rönnau-Böse et al. 2022). Die Forschung unterscheidet zwischen „[...] chronisch widrigen

Umständen und einmaligen potenziell traumatischen Ereignissen – wobei teilweise unterschiedliche protektive Faktoren wirksam zu sein scheinen“ (Rönnau-Böse et al. 2022).

Die Resilienzförderung charakterisiert nach personalen Schutzfaktoren (individuelle Lebenskompetenzen - englisch: life skills) und sozialen Schutzfaktoren (Faktoren der sozialen Umwelt eines Menschen). Aktuell wird davon ausgegangen, dass eine flexible Selbstregulation einen übergeordneten personalen Schutzfaktor hinsichtlich traumatischer Ereignisse darstellt. „Dazu gehört die Fähigkeit, die Situation realistisch wahrzunehmen und einzuschätzen (Kontextsensitivität); die Verfügbarkeit eines breiten Repertoires an möglichen Copingsstrategien sowie das Wissen, wann diese einzusetzen sind; und die Fähigkeit, am Erfolg der eigenen Strategien zu lernen“ (Bonanno und Burton 2013 zitiert nach Rönnau-Böse et al. 2022). Die Literatur extrahiert elf psychologische Schutzfaktoren (Bengel und Lyssenko 2012). Unter anderem gut publiziert wurde zum Faktor Hoffnung. Das umfassendste psychologische Modell von Hoffnung, welches empirisch gut untersucht wurde, stammt von Charles R. Snyder (2002). Snyder unterscheidet zwischen einer kognitiven und einer motivationalen Komponente. Hoffnung involviert Ziele zu definieren und Wege zu finden, um die Ziele erreichen zu können (pathways thinking). Zudem schließt Hoffnung die Zuversicht ein, die Ziele erreichen sowie die Motivation im Zielerreichungssinne handeln zu können (agency thinking) (Shorey et al. 2003). Die Forschergruppe um Snyder konnte aufzeigen, dass hoffnungsvolle Menschen beruflich erfolgreicher sind und sozial kompetenter auftreten (Snyder und Lopez 2002). Dem Ergebnis der systematischen Literaturrecherche zur Resilienzforschung und dem Schutzfaktor Hoffnung folgend, können hoffnungsvolle Menschen die Krankheit besser bewältigen. Sie verfügen über adaptivere Bewältigungsstrategien und eine höhere Lebenszufriedenheit (Bengel und Lyssenko 2012).

Die Literaturrecherche im März 2023 erbrachte keine spezifische Evidenz für eine Empfehlung des Konzeptes Resilienz als Grundlage der Behandlung von Menschen mit SBPF. Von den Studienergebnissen abgeleitet werden kann, dass eine hohe Resilienz eine wichtige Ressource im Umgang mit einer psychischen Erkrankung darstellt. Die Stärkung der Resilienz als Widerstandskraft kann zu einer positiven Veränderung der Lebenssituation beitragen.

1.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen sollten in ihren Schutz- und Resilienzfaktoren gestärkt werden.	
	Konsensstärke: 100%	

4.1.4 Recovery

Begründer der Recoverybewegung [Recovery = Genesungsprozess] waren Patricia Deegan in den USA und Dan Fischer in England. Unter Gesundheit versteht Deegan: „[...] nicht «behandelt und geheilt werde». Es bedeutet nicht Stabilisierung oder Pflege. Gesundheit ist eher eine Haltung, eine Einstellung und ein Weg, die täglichen Herausforderungen anzugehen. Es ist ein selbst gesteuerter Prozess, um Sinn und Zielsetzung ins Leben zurück zu gewinnen. Es ist ein Prozess, der durch menschliche Belastbarkeit gegenüber Widrigkeiten gekennzeichnet ist. Es ist keine perfekte, geradlinige Reise. Es gibt Zeiten schneller Fortschritte und enttäuschender Rückschläge. Es gibt Zeiten, in denen man nur lebt, nur ruhig bleibt, sich ausruht, sich neu organisiert. Jede Gesundungsreise ist einmalig. Jede Person muss herausfinden, was für sie funktioniert. Das bedeutet, dass wir die Gelegenheit bekommen müssen, etwas zu wagen, fehlzuschlagen und es wieder zu versuchen. Um Gesundungsprozesse zu begünstigen dürfen Psychiatriefachleute uns die Möglichkeit nicht wegnehmen, Fehler zu machen. Fachleute müssen

das Konzept der Würde des Risikos und das Recht auf Fehlschlag beachten, wenn sie uns unterstützen wollen“ (Deegan 1995, S. 10). Der Genesungsweg sollte getragen sein von „*Connectedness*“ (Beziehungen, in Gemeinschaft leben), „*Hope*“ (Glaube an Recovery, Motivation für Veränderung), „*Identity*“ (Neudefinition des Sinns von Identität), „*Meaning in life*“ (Neuorientierung, Lebensqualität) und „*Empowerment*“ (Verantwortungsübernahme, Kontrolle zurückgewinnen) (Leamy et al. 2011). Die Selbsthilfe- und Betroffenenbewegung versteht unter Recovery ein Prozess persönlicher Entwicklung und Veränderung der eigenen Haltung. Psychiatriefachleute können die individuelle Genesungsreise allenfalls unterstützen. In der klinischen Perspektive wird Recovery „[...] als die Reduktion von Symptomen und Funktionseinschränkungen und als langfristiges Ziel von Remission definiert“ (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen S.48). Verbindende Ansatzpunkte für die Behandlung, abgeleitet aus übergeordneten Dimensionen, formulierten Whitley und Drake (2010): „[...] clinical, existential, functional, physical, and social“ (Whitley und Drake 2010, S. 1248). Die klinische Perspektive fokussiert die Symptomverbesserung und die Symptomkontrolle. Hinzu kommt die existentielle Dimension, welche Hoffnung, Empowerment, spirituelles Wohlbefinden und das Erfahren bedeutungsvoller Beziehungen sowie die Integration in die Familie/Freundschaften/Gemeinde beinhaltet (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen). Im deutschsprachigen Raum stehen für die Umsetzung von Recovery folgende Materialien zur Verfügung: 100 Wege um Recovery zu unterstützen (Slade 2009), Schulungsprogramm Recovery praktisch (Zuaboni et al. 2012), Das Leben wieder in den Griff bekommen (Perkins und Rinaldi 2012), Das Gezeitenmodell (Barker und Buchanan-Barker 2013).

Die Literaturrecherche im März 2023 erbrachte keine relevante Evidenz für eine Empfehlung des Konzeptes Recovery als Grundlage der Behandlung von Menschen mit SBPF. Da bei einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen die Beeinträchtigung in allen oder beinahe in allen Lebensbereichen (persönlich, familiär, sozial, bildungs- oder berufsspezifisch oder andere wichtige Funktionsbereiche) gegeben ist sowie die Fähigkeit und Bereitschaft, soziale oder berufliche Rollenerwartungen zu erfüllen nicht gegeben bzw. schwer beeinträchtigt sind und das Krankheitsbild häufig mit erheblicher Selbst- und Fremdgefährdung verbunden sein kann, wird ein Zielgruppenvergleich mit der Personengruppe der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen), unterstützt von den Ergebnissen der begleitenden Studie im Rahmen dieser Leitlinie, als möglich angesehen.

1.3	Konsensbasierte Empfehlung	Modifiziert (Stand 2018)
EK	Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen sollten in ihrem individuellen Recovery-Prozess unterstützt werden. Dazu gehören Interventionen, die Betroffene im Rahmen ihrer individuellen Ziele und Wünsche unterstützen, in ihrer Autonomie und Individualität stärken, eine Inklusion in alle Lebensbereiche und Lebensqualität fördern. Die Grundlage hierfür liegt in einer Recovery-Orientierung in allen Versorgungsbereichen und einem gemeinsamen Verständnis von Recovery.	
Leitlinienadaptation	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 2, S. 55): <i>Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten in ihrem individuellen Recovery-Prozess unterstützt werden. Neben gezielten evidenzbasierten Interventionen, die die Betroffenen im Rahmen ihrer individuellen Ziele und Wünsche unterstützen, sie in ihrer Autonomie und Individualität stärken und die eine Inklusion in alle Lebensbereiche und Lebensqualität fördern, sollte in allen Bereichen der Versorgung eine Recovery-Orientierung entwickelt und gelebt werden. Die Grundlage hierfür liegt in einem gemeinsamen Verständnis von Recovery, das Gegenstand von Aushandlungsprozessen ist.</i> Siehe auch Leamy et al. (2011); Deegan (1995)	
Konsensstärke: 100%		

4.1.5 Beziehungsgestaltung und Partizipative Entscheidungsfindung

Die Qualität der therapeutischen Beziehungsgestaltung hat eine wichtige Bedeutung in stationären, rehabilitativen und ambulanten Bereichen. Das Wirkkomponentenmodell von Grawe (2000) kann als Grundlage im Rahmen psychosozialen Handelns in der ambulanten Begleitung von Menschen mit SBPF herangezogen werden.

Im Wirkkomponentenmodell werden, neben positiven Kontroll-, Beziehungs- und selbstwert erhöhenden Erfahrungen, das Zusammenwirken der drei folgenden Komponenten beschrieben:

- Ressourcenaktivierung
- Problemspezifische Intervention
- Veränderung motivationaler Schemata

Das Zusammenwirken der Komponenten kann sich u.a. positiv auf die Entwicklung und die Qualität der therapeutischen Beziehungsgestaltung sowie auf positive Veränderungsprozesse auf Seiten der Patient:innen auswirken (Grawe 2000).

Im Rahmen der Interaktion zwischen Patient:innen und Therapeut:innen wird auf das Modell der partizipativen Entscheidungsfindung (engl. Shared Decision Making) hingewiesen. In diesem Modell wird die therapeutische Beziehung zwischen Patient:innen und Therapeut:innen als ein aktiver und gleichberechtigter Interaktionsprozess beschrieben. Unter anderem kann es auf einer Basis geteilter Informationen, gleichberechtigter Kommunikation und individueller Präferenzen zu einer gemeinsamen Entscheidungsfindung kommen (Scheibler und Pfaff 2003; Loh et al. 2007a). In der Forschung zu Wirkkomponenten der Partizipativen Entscheidungsfindung stehen bislang überwiegend die therapeutische Beziehungsgestaltung zwischen Ärzt:innen und

Patient:innen sowie die Beteiligung der Patient:innen an medizinischen Entscheidungsprozessen im Vordergrund.

Im Rahmen eines Reviews (Alguera-Lara et al. 2017) wurden mögliche Vorteile durch Partizipative Entscheidungsfindung identifiziert. So kann es zu einer Reduktion der Symptome, einem verbesserten Selbstwahrnehmen, höherer Behandlungszufriedenheit, einem aktiveren Einbezug der Betroffenen in das Therapiegeschehen sowie einer verringerten Inanspruchnahme stationärer Behandlungen kommen. Jedoch sehen die Autor:innen eine Umsetzung kritisch, da Barrieren unterschiedlicher Art sowohl auf individueller Ebene als auch auf der Systemebene erwartet werden können.

Studienergebnisse weisen auf positive Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung in der Behandlung unterschiedlicher Störungsbilder hin, so auch für Patient:innen mit einer Depression in der Hausarztpraxis (Loh et al. 2007b) sowie für Patient:innen mit einer Schizophrenie (Hamann et al. 2005; Hamann et al. 2006). Auch in der S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen wird auf eine zunehmende Beachtung des Modells der Partizipativen Entscheidungsfindung (Scheibler et al. 2003; Dierks et al. 2001; Klemperer 2003) hingewiesen. In einem systematischen Review (Loh et al. 2007a) weisen die Autor:innen jedoch darauf hin, dass in Situationen, in denen Patient:innen aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung wie zum Beispiel einer sehr schweren Depression oder Manie, einer wahnhaften Depression oder Manie sowie in Krisen- oder Notfallsituationen, in ihrer Einwilligungsfähigkeit eingeschränkt sein oder sich durch eine aktive Beteiligung überfordert fühlen können (Loh et al. 2007a). Hier kann die Umsetzung einer Partizipativen Entscheidungsfindung als weniger sinnvoll erachtet werden.

Im Rahmen einer Recherche konnten weitere Literatur und Forschungsarbeiten identifiziert werden, in denen Shared Decision Making bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Fokus stand (Aoki 2020; Aoki et al. 2022; Treichler und Spaulding 2017). Die systematische Recherche im Zusammenhang mit Schlüsselfrage 9, bei der es um die therapeutische Beziehung geht, erbrachte, dass Interventionen zur Stärkung der partizipativen Entscheidung bei Patient:innen mit Schizophrenie-Spektrum-Störungen die therapeutische Beziehung geringfügig (gemittelt Hedge's $g = 0.21$) im Vergleich zu Treatment as usual verbessern, vor allem hinsichtlich der Allianz und der Qualität der Kommunikation. Diese Erkenntnisse beruhen auf einer Meta-Analyse von $k = 11$ randomisierten kontrollierten Studien mit $n = 1.168$ Patient:innen mit moderater Qualität der Evidenz (siehe Kapitel 4.2.8 für weitere Hinweise zur Beziehungsgestaltung).

1.4	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Diagnostische, therapeutische und versorgungsbezogene Entscheidungen sollen entsprechend dem Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung erfolgen.	
Qualität der Evidenz:		
Stärkung der therapeutischen Beziehung: ⊕⊕⊕⊖	Literatur: Stovell et al. (2016)	
	Konsensstärke: 100%	

4.1.6 Selbstmanagement und Selbsthilfe

Die Selbsthilfe spielt bei der Behandlung von Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen eine bedeutende Rolle. Der Nutzen von Selbsthilfe ist unumstritten. Allerdings gibt es kein einheitliches Verständnis und keine eindeutige Begrifflichkeit für Selbsthilfe.

1.5	Konsensbasiertes Statement	Neu
EK	Selbsthilfe ist mittlerweile ein fester Bestandteil im Hilfesystem für Menschen mit SBPF. Sie unterstützt die Selbstmanagementkompetenzen, dient dem Austausch und der Aktivierung von Ressourcen und Selbstheilungskräften und dem besseren Verständnis und dem Umgang mit der Erkrankung.	
Leitlinienadaptation	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Statement 2, S. 64): <i>Selbsthilfe ist mittlerweile ein fester Bestandteil im Hilfesystem für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Sie unterstützt die Selbstmanagementkompetenzen, dient dem Austausch und der Aktivierung von Ressourcen und Selbstheilungskräften und dem Verständnis und der Akzeptanz der Erkrankung.</i>	
	Konsensstärke: 100%	

Hinweis: Das Statement aus der S3-LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (DGPPN 2018, S. 64) wurde modifiziert, um nicht wie ursprünglich die Akzeptanz der Erkrankung hervorzuheben, sondern ein besseres Verständnis und einen besseren Umgang mit der Erkrankung.

Im Rahmen des Selbstmanagements und der Selbsthilfe haben sich unterschiedliche Angebote und Möglichkeiten etabliert, die in den folgenden Unterkapiteln vorgestellt werden.

4.1.6.1 Selbstregulierung und mediengestützte Edukation

Selbstmanagement bzw. Selbstregulierung wird „als Fähigkeit verstanden, die eigene Entwicklung selbständig zu gestalten“ (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, S. 65), zu steuern und auch mit krankheitsbedingten Einschränkungen umzugehen. Selbstmanagement-Programme können bei Menschen mit SBPF positiv dazu beitragen, die Einschränkungen, die sowohl durch Krankheit als auch durch Beeinträchtigungen der Teilhabe bedingt sind, zu bewältigen.

Im Rahmen der Selbsthilfe kann auch medienunterstützte Edukation hilfreich sein. Hierbei werden schriftliche Ratgeber von internetbasierter Selbsthilfe unterschieden. Wie aus der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S. 66) hervorgeht, liegt bisher kaum Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit der Patient:innenratgeber bei schweren psychischen Störungen vor. Auch im Zusammenhang mit SBPF mangelt es an Evidenz. Bei Menschen mit schweren psychischen Störungen weisen erste Befunde zu internet- und computerbasierten Interventionen „auf Machbarkeit und positive Effekte hinsichtlich klinischer und sozialer Outcomes hin“ (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, S. 67; siehe auch Kapitel 4.2.4).

1.6	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Selbstmanagement ist ein bedeutender Teil der Krankheitsbewältigung und sollte im gesamten Behandlungs- und Versorgungsprozess intensiv unterstützt werden. Ratgeber und Selbsthilfemanuale sollten interessenunabhängig, leicht verständlich (<i>auch übersetzt in die leichte Sprache</i>) und qualitativ hochwertig sein.	
	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 5 und 6, S. 65f): <i>Selbstmanagement ist ein bedeutender Teil der Krankheitsbewältigung und sollte im gesamten Behandlungsprozess unterstützt werden und Ratgeber und Selbsthilfemanuale sollten interessenunabhängig, leicht verständlich und qualitativ hochwertig sein.</i>	
	Konsensstärke: 100%	

Hinweis: Die Empfehlung wurde modifiziert und um den Begriff „Versorgung“ erweitert, um die Unterstützung nicht nur wie in der Empfehlung 5 aus der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S.65) im Bereich der Behandlung (im engeren Sinne nach SGB V) anzusiedeln, sondern auch in anderen Bereichen der Versorgung, wie beispielsweise in der Eingliederungshilfe nach SGB IX., zu verorten.

4.1.6.2 Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen

Selbsthilfegruppen haben verschiedene Organisationsformen und verschiedene Größen. Sie können sowohl offen für neue Mitglieder wie auch geschlossen sein und sowohl als einzelne Zusammenschlüsse wirken als auch Bestandteil größeren Selbsthilfeorganisationen sein.

Selbsthilfeorganisationen, wie beispielsweise der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE), sind oft breiter aufgestellt und leisten über die Selbsthilfegruppenarbeit hinaus Beratung ihrer Mitglieder. Z.B. beraten sie bei eigenen EUTB-Stellen (EUTB = Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung) und vertreten ihre Mitglieder und andere Betroffene in politischen Gremien (Selbstvertretung). Auch die Selbstvertretung kann bei Menschen mit SBPF einen positiven Beitrag zur Krankheitsbewältigung leisten und Empowerment und Recovery fördern.

Selbsthilfekontaktstellen übernehmen als regionale professionelle Einrichtungen eine Beratungsfunktion. Sie informieren über Selbsthilfegruppen und unterstützen auch bei der Neugründung von Selbsthilfegruppen.

1.7	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Patient:innen mit SBPF sollen über Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen informiert und auf Wunsch bei der Kontaktaufnahme unterstützt werden.	
Leitlinienadaptation	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 8, S. 71): <i>Patienten sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden.</i>	
	Konsensstärke: 100%	

Hinweis: Die Empfehlung 8 aus der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen wurde modifiziert, auf die Zielpopulation übertragen, das Spektrum der Anlaufstellen für Selbsthilfe erweitert und die Empfehlung leicht umformuliert.

4.1.6.3 Peer-Support—Expert:innen aus Erfahrung

Die Einbeziehung und Mitarbeit von Peers als Genesungsbegleiter:innen hat auch bei der Behandlung und Versorgung von Menschen mit SBPF immer größere Bedeutung. Dies zeigt sich u.a. darin, dass die geltende PPP-RL (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie) des Gemeinsamen Bundesausschusses in § 9 Abs. 2 den Einsatz von Genesungsbegleiter:innen unabhängig von Diagnosen in der Erwachsenenpsychiatrie und in der Psychosomatik als Qualitätsempfehlung ausspricht (G-BA 2024).

Peer-Support ist auch eine wichtige Antwort auf die von vielen Betroffenen gewünschte und für den Genesungsprozess (Recovery) wichtige Förderung von Autonomie und partizipativer Entscheidungsfindung und unterstützt die Schritte Richtung nutzerorientierter Transformation der psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen und Dienste.

1.8	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Menschen mit SBPF sollte Peer-Support unter Berücksichtigung ihrer Wünsche und Präferenzen zur Stärkung des Recovery-Prozesses und zur Förderung der aktiven Beteiligung an der Behandlung angeboten werden.	
	Siehe auch S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 9, S. 90): <i>Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollte Peer-Support unter Berücksichtigung ihrer Wünsche und Bedarfe zur Stärkung des Recovery-Prozesses und zur Förderung der Beteiligung an der Behandlung angeboten werden.</i>	
	Konsensstärke: 96%	

4.2 Empfehlungen auf Basis systematischer Literaturrecherche

Mit den oben beschriebenen Definitionen führte die Arbeitsgruppe in Mainz eine systematische Literaturrecherche für die Schlüsselfragen 1-5 durch. So sollte die bestverfügbare Evidenz identifiziert werden (Blümle et al. 2020). Auf Anraten der AWMF wurden im Nachgang zur Konsensuskonferenz am 14.02.2023 zusätzlich die Schlüsselfragen 9 und 11 durch die jeweiligen Arbeitsgruppen systematisch recherchiert. Die zugehörigen Evidenztabelle finden sich im Kapitel 6 und im Leitlinienreport unter Kapitel 3.1.4.

4.2.1 Befunde aus Qualitativen Studien im Rahmen der systematischen Literaturrecherche

Bei der systematischen Literaturrecherche wurden zwei qualitative Studien identifiziert, welche Hinweise darauf geben könnten, wie Patient:innen mit SBPF verschiedene Interventionen wie Psychotherapie und gemeindepsychiatrische Versorgung erleben. Diese werden folgend dargestellt. Weitere qualitative Studien, die sich hauptsächlich mit Therapeutischer Beziehung beschäftigen, finden sich in den Hintergrundtexten des Kapitels 4.2.8.

Die Synthese von Little et al. (2018) untersuchte, wie Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT; Linehan 1993) erleben und wurde im Rahmen der systematischen Literaturrecherche zur Schlüsselfrage 1 gefunden. Dazu unter-

suchten sie sieben qualitative Studien. Aus Sicht der Patient:innen waren die wichtigsten Aspekte in der Therapie die therapeutische Beziehung, die Entwicklung eines Selbstwirksamkeitserlebens und ein Perspektivwechsel hinsichtlich des eigenen Selbst und die Zukunft.

Bezüglich der Therapeutischen Beziehung erlebten die Patient:innen diese als hilfreich, wenn sie die Therapeut:in als „zugewandt, nicht bewertend und respektvoll“ erlebten und diese „spezielles Wissen besaßen, um eine positive Beziehung zu etablieren“. Gruppentherapie wurde einerseits als Ort von Wertschätzung und andererseits auch von möglicher Überforderung beschrieben.

Bezüglich der Entwicklung des Selbstwirksamkeitserlebens beschrieben Patient:innen, dass sie durch die Therapie Fähigkeiten erlernt hätten, die den Umgang mit schwierigen Situationen erlauben. Zudem wurde betont, dass Verhaltensänderung durch ein selbstverantwortliches Handeln erreicht werden könne.

Im Hinblick auf einen Perspektivwechsels zeigte sich, dass die Patient:innen vor ihrer Therapie oft Hoffnungslosigkeit erlebten, sich selbst nicht verstanden und auch von anderen nicht verstanden fühlten. Nach der Therapie konnte eine positivere Aussicht in die Zukunft erreicht werden. Dies ist ein Faktor, der häufig nicht als Hauptoutcome in quantitativen Studien untersucht wurde.

Als ein hinderlicher Faktor wurde beschrieben, dass die Sprache, mit der die DBT-Skills vermittelt werden eine Barriere für das Erlernen der Skills darstellte und einschüchternd wirkte. Zudem wurde berichtet, dass sich die Therapie und die damit einhergehende Verhaltensänderungen auch nachteilig auf die Beziehungen der Patient:innen ausgewirkt hätte.

Die Synthese von Sheridan Rains et al. (2021) untersuchte, wie Patient:innen mit Persönlichkeitsstörung die Inanspruchnahme gemeindepsychiatrischer Dienste (community mental health services) erleben und wurde im Rahmen der systematischen Literaturrecherche zu den Schlüsselfragen 3 und 5 gefunden. Dazu untersuchten sie 47 Studien, die vor allem in Großbritannien durchgeführt wurden. Es wurden die Erfahrungen der Patient:innen aus verschiedenen Bereichen dargestellt.

Erstens wünschen sich Patient:innen mit Persönlichkeitsstörung bei Behandlungen, die meist über mehrere Jahre andauern, eine Langzeitperspektive. Diese soll kleine, graduelle Fortschritte in der Fähigkeit der Emotionsregulation oder im Führen von Beziehungen unterstützen. Ziel der Behandlung sei nicht die Abwesenheit von Symptomen, sondern eine verbesserte Möglichkeit des Umgangs damit.

Zweitens, dass sich Patient:innen mit Persönlichkeitsstörung eine individualisierte und ganzheitliche Behandlung wünschen, da spezialisierte Therapien teilweise als zu begrenzt erlebt wurden und Teile ihres Erlebens kein Raum in Behandlungen fanden.

Drittens erlebten die Patient:innen große Unterschiede im Zugang und Qualität von Angeboten. So waren auf Persönlichkeitsstörungen spezialisierte Einrichtungen besser angesehen, aber auch schlechter verfügbar als allgemeine Anlaufstellen. Gute Qualität bedeutete in diesem Kontext, dass Versorgungsangebote von den Patient:innen verstanden werden konnten, kompetentes Personal verfügbar war und Patient:innen in die Versorgungsplanung involviert waren. Zudem erlebten die Patient:innen, dass eine kontinuierliche Fortführung der Behandlung, gerade beim Wechseln von Einrichtungen, selten gegeben war und es immer wieder zu Unterbrechungen kam.

Viertens wurde die Therapeutische Beziehung als zentral angesehen. Wurden die Therapeut:innen als „vertrauensvoll, offen, ehrlich, annehmend, nicht bewertend und an ihrer Arbeit und den Patient:innen interessiert“ wahrgenommen, wurde dies als sehr positiv erlebt. Hingegen erlebten die Patient:innen die Behandlung insgesamt eher negativ, wenn die Therapeut:innen

als schlecht für Persönlichkeitsstörungen ausgebildet und wenig empathisch erlebt wurden, sowie wenn Therapeut:innen Patient:innen mit Persönlichkeitsstörung als „schwierig“ wahrnahmen. Zudem waren Patient:innen gemeinsame Ziele wichtig, dass Familie und Freunde einbezogen wurden und Peer-Support gegeben war. Hinsichtlich Gruppentherapie wurde analog zur Studie von Little et al. (2018) betont, dass eine Balance zwischen Gefühlen der Zugehörigkeit und Überforderung durch andere Gruppenteilnehmende notwendig sei.

Fünftens wurde der Einfluss der Diagnose Persönlichkeitsstörung untersucht. Die Patient:innen erlebten die Diagnose teilweise als stigmatisierend, auf der anderen Seite ermöglichte die Diagnose aber auch, spezialisierte Behandlungen zu erhalten und die individuellen Beeinträchtigungen zu reflektieren.

Wenn Angebote für Patient:innen mit SBPF ins deutsche Gesundheitssystem implementiert werden, sollten die dargestellten Befunde Berücksichtigung finden, wobei die Übertragbarkeit auf Deutschland ein limitierender Faktor sein kann. Es kann angenommen werden, dass ein Großteil der in den Untersuchungen von Sheridan Rains et al. (2021) und Little et al. (2018) betrachteten Patient:innen auch SBPF aufweisen (Wendt et al. 2024b).

Was bedeuten diese Befunde für unsere Leitlinie? Wichtige Aspekte, die sich interventionsunabhängig zeigen, sind die Wünsche von Patient:innen nach guter Therapeutischer Beziehung, Wertschätzung und nach Orientierung, sowohl in ihrem Leben als auch im Gesundheitssystem. Diese Leitlinie widmet sich diesen Themen insbesondere mit den Schlüsselfragen 3, 5 und 9.

4.2.2 Schlüsselfrage 11: Hat dimensionale Diagnostik einen Vorteil gegenüber nicht-dimensionaler Diagnostik für Patient:innen und/oder Versorger (z. B. bessere Arzt-Patienten-Kommunikation, größere Zufriedenheit mit Behandlung, geringere Stigmatisierungserfahrung)?

Für diese Schlüsselfrage ergaben sich:

3 evidenzbasierte Empfehlungen.

Aus empirischer Sicht gilt für die allermeisten psychischen Störungen, dass die ihnen zugrunde liegenden Merkmale kontinuierlich verteilt sind und sich keine distinkten Gruppen von Menschen mit und ohne Störung finden lassen (Haslam et al. 2020). So weisen die Symptome von Persönlichkeitsstörungen beispielsweise Verteilungen auf, die besser mit einem dimensionalen Verständnis der zugrundeliegenden Unterschiede in Einklang zu bringen sind (Ahmed et al. 2013; Aslinger et al. 2018; Conway et al. 2012). Demnach führt eine Diagnostik, die ausschließlich auf kategorialen Diagnosen beruht, unweigerlich zu einer relativ willkürlichen Einteilung von Personen mit und ohne Störung, wodurch Nuancen im Schweregrad ignoriert werden (Clark et al. 2017). Die damit einhergehende verminderte Reliabilität und Validität (Markon et al. 2011; Wendt et al. 2019) schränkt den Informationswert von kategorialer Diagnostik ein, insbesondere in Bezug auf die Vorhersage behandlungsrelevanter Variablen wie Chronizität oder Prognose (Ruggero et al. 2019). Aus diesen und weiteren Gründen resultiert ein wachsender Trend hin zu dimensional Ansätzen bei der Konzeption und Messung von Psychopathologie. Modelle wie das Alternative Modell für Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 (AMPD; American Psychiatric Association 2013) und die Hierarchische Taxonomie der Psychopathologie (Kotov et al. 2017; Kotov et al. 2021) betonen die Notwendigkeit einer stärkeren Anwendung dimensionaler Diagnostik in der klinischen Praxis (Hopwood et al. 2020; Ruggero et al. 2019).

Für Behandler:innen sind neben den psychometrischen Gütekriterien wie Reliabilität und Validität auch andere Aspekte von großer Bedeutung, wenn es darum geht, die Vor- und Nachteile verschiedener Methoden und Instrumente zu beurteilen. Das Konzept der klinischen Nützlichkeit beinhaltet im weitesten Sinne auch Aspekte der Validität, wie zum Beispiel eine sinnvolle Konzeptualisierung einer Störung und die Bereitstellung prognostisch relevanter Informationen (First et al. 2004; Keeley et al. 2016). In einer engeren Definition bezieht sich die klinische Nützlichkeit auf die Anwender:innenfreundlichkeit eines Messinstruments für Behandler:innen, seine Fähigkeit, die Kommunikation zwischen verschiedenen Beteiligten zu fördern und bei der Behandlungsplanung und Fallformulierung zu unterstützen (Mullins-Sweatt und Widiger 2009). Befragungen unter Behandler:innen deuten darauf hin, dass dimensionale Ansätze Vorteile in Bezug auf Akzeptanz und wahrgenommene klinische Nützlichkeit gegenüber kategorialen Ansätzen bieten könnten (Ellison et al. 2023; Morey und Hopwood 2020). Zudem zeigen Untersuchungen, dass selbst bei vorherrschender kategorialer Diagnostik die Entscheidungsprozesse im klinischen Alltag oft von dimensional Betrachtungsweisen beeinflusst werden könnten. Dimensionale Messungen korrelieren im Vergleich zu kategorialen Messungen in einigen Fällen stärker mit tatsächlichen Entscheidungen von Behandler:innen, wie beispielsweise der Indikationsstellung (Rodriguez-Seijas et al. 2017; Waszczuk et al. 2017).

In diesem Kapitel stellen wir im Rahmen einer systematischen Literaturübersicht evidenzbasierte Empfehlungen zur Diagnostik von Beeinträchtigungen der PF vor. Neben der Bewertung verfügbarer deutschsprachiger Instrumente hinsichtlich Reliabilität, Validität und klinischer Nützlichkeit werden auch die Vorteile von dimensional im Vergleich zu nicht-dimensional diagnostischen Ansätzen untersucht. Der Fokus liegt dabei auf Instrumenten, die eng an das Konzept der Level of Personality Functioning Scale (LPFS) der AMPD (American Psychiatric Association 2013) angelehnt sind; darüber hinaus werden mit dem Structured Interview on Personality Organization (STIPO; Clarkin et al. 2004; deutsch: Doering et al. 2013) und dem Interview der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD), das mittlerweile in der dritten Auflage vorliegt (Arbeitskreis OPD 2023), zwei Interviewverfahren aus dem psychodynamischen Bereich einbezogen, deren Eignung für Auswertungen gemäß der LPFS bereits empirisch untersucht wurde (Zimmermann et al. 2023). Die Interviews aus der psychodynamischen Tradition zielen originär auf die Erfassung der Persönlichkeitsorganisation bzw. des Strukturniveaus ab, die jedoch signifikante Überschneidungen mit dem Konzept der Beeinträchtigung der PF aufweisen (Hörz-Sagstetter et al. 2021). Instrumente, die auf dem neueren Schweregradkonzept von Persönlichkeitsstörungen aus der 11. Edition der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11, WHO 2022) basieren, werden in diesem Review nicht berücksichtigt. Wir beschränken uns weiterhin auf Instrumente, die speziell für das Erwachsenenalter konzipiert sind und legen bei der Gewichtung der Evidenz besonderes Augenmerk auf Instrumente, die in deutscher Sprache verfügbar sind und auf Evidenz aus dem deutschsprachigen Raum. Unser Review berücksichtigt sowohl Übersichtsarbeiten als auch relevante Einzelstudien, insbesondere die Ergebnisse einer neuen Studie, die im Rahmen des LL-SBPF Leitlinienprojekts von Wendt et al. (2024b) durchgeführt wurde. In dieser Studie wurden 346 Behandler:innen befragt, um die klinische Nützlichkeit des dimensionalen Konzepts der PF speziell für das deutsche Gesundheitssystem zu bestimmen. Übersichtsarbeiten, die den aktuellen Stand der Forschung zu LPFS Instrumenten zusammenfassen, wurden von Birkhölzer et al. (2021), Krueger und Hobbs (2020), Morey et al. (2022), Sharp und Wall (2021), Zimmermann et al. (2019) und Zimmermann et al. (2023) veröffentlicht.

Welche dimensionalen Instrumente stehen in deutscher Sprache zur Verfügung?

Die Originalversion der LPFS aus dem DSM-5 (American Psychiatric Association 2013) charakterisiert den Schweregrad von Beeinträchtigung der PF anhand von prototypischen Beschreibungen für fünf Stufen. Diese reichen von keiner oder minimaler Beeinträchtigung (Stufe 0) bis hin zu extremer Beeinträchtigung (Stufe 4). Die LPFS differenziert weiterhin hinsichtlich vier adaptiver Funktionen der Persönlichkeit, die auch als Komponenten der LPFS bezeichnet werden: Identität, Selbststeuerung, Empathie und Nähe. Die LPFS kann als Ratingverfahren genutzt werden, bei dem Behandler:innen ihren Eindruck von Patient:innen mit den bereitgestellten Beschreibungen vergleichen und das Persönlichkeitsfunktionsniveau entweder global oder für die vier Komponenten separat bewerten. Die deutsche Übersetzung der LPFS ist in der deutschen Ausgabe des DSM-5 enthalten und wird darin als *Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit* bezeichnet (Falkai et al. 2018). Zur Verbesserung der Anwender:innenfreundlichkeit haben Wendt et al. (2024b) eine kompaktere deutschsprachige Version der LPFS vorgestellt. Für eine systematische Herangehensweise der Beurteilung stehen strukturierte Interviews zur Verfügung, darunter das Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1; Hutsebaut et al. 2017) sowie das Structured Clinical Interview for the Level of Personality Functioning Scale (SCID-AMPD Modul 1; Bender et al. 2018). Für beide Interviews gibt es deutsche Übersetzungen (Zettl et al. 2020; Hörz-Sagstetter et al. 2024). Selbstbeurteilungsfragebögen wie die Level of Personality Functioning Scale-Self-Report (LPFS-SR; Morey 2017) und deren Kurzformen (LPFS-BF; Hutsebaut et al. 2016; LPFS-BF 2.0, Weekers et al. 2019) sind ebenfalls in deutscher Sprache verfügbar (Spitzer et al. 2021; Zimmermann et al. 2020).

Welche Evidenz liegt für deren Reliabilität vor?

Interrater-Reliabilität, die Übereinstimmung zwischen Beurteilungen derselben Personen durch unterschiedliche Beurteilende, ist ein wichtiger Aspekt der psychometrischen Güte von Instrumenten, die im Kern auf Fremdbeurteilung beruhen. Untersuchungsergebnisse legen nahe, dass die Interrater-Reliabilität der LPFS weitgehend akzeptabel ist, und das unabhängig davon, ob die Beurteilenden auf der Grundlage von Fallvignetten (Garcia et al. 2018; Morey 2019), narrativen Lebensläufen (Roche et al. 2018), Persönlichkeits- oder Lebensgeschichtsinterviews (Cruitt et al. 2019; Roche und Jaweed 2023), klinischen Interviews (Di Pierro et al. 2020; Few et al. 2013; Preti et al. 2018; Zimmermann et al. 2014) oder unstrukturierten klinischen Eindrücken (Dereboy et al. 2018) die Beurteilung durchführen. Dies gilt auch für untrainierte oder klinisch unerfahrene Beurteilende. In den oben aufgeführten zehn Studien mit insgesamt 676 Zielpersonen und 3,451 Bewertungen betrug die gewichtete Intraklassen-Korrelation (ICC) eines einzelnen Beurteilenden für den globalen Score der LPFS laut Zimmermann et al. (2023) .55, 95% KI [.47, .63].

Für den klinischen Einsatz der Leitlinie erscheint relevant, dass relativ zuverlässige Einschätzungen der LPFS auch dann möglich sind, wenn die Informationen aus Interviews stammen, die ursprünglich zur Erfassung anderer, psychodynamischer Konzepte entwickelt wurden (Zimmermann et al. 2023). Schätzer für die Interrater-Reliabilität in Studien mit studentischen Beurteiler:innen waren wie folgt: In Zimmermann et al. (2014), wo die Ratings von Bachelor-Studierenden auf dem OPD-Interview basierten, lag die Interrater-Reliabilität bei .51. In Preti et al. (2018) lag sie für das STIPO bei .42 und Di Pierro et al. (2020) fanden für das STIPO einen Wert von .80. Somit deuten die Ergebnisse darauf hin, dass diese Interviews hinreichende Informationen für eine Einschätzung auf der LPFS liefern, was angesichts der konzeptuellen Nähe (Hörz-Sagstetter et al. 2021; Zimmermann et al. 2012) und der oft hohen Korrelationen

zwischen den Konstrukten (Doering et al. 2013; Kampe et al. 2018; Zimmermann et al. 2014) nachvollziehbar ist.

Insgesamt scheint die Interrater-Reliabilität allerdings deutlich höher zu sein, wenn die Beurteilenden eine entsprechende Schulung erhalten (Garcia et al. 2018) oder wenn die Diagnostik auf strukturierten Interviews basiert, die speziell dafür entwickelt wurden, die notwendigen Informationen gezielt zu erheben (Young und Beazley 2023; Zimmermann et al. 2023). Bisher wurden neun Studien zur Interrater-Reliabilität der Interviewverfahren STiP-5.1 und SCID-AMPD Modul 1 durchgeführt (Buer Christensen et al. 2018; Hutsebaut et al. 2017; Meisner et al. 2022; Møller et al. 2021; Somma et al. 2020; Thylstrup et al. 2016), darunter drei mit deutschsprachigen Versionen (Kampe et al. 2018; Ohse et al. 2023; Zettl et al. 2020). Laut Zimmermann et al. (2023) lag der gewichtete ICC für den Gesamtscore der LPFS über alle genannten Studien hinweg bei .83 (95% CI .75, .92), was als ausgezeichnet eingestuft wird (Cicchetti 1994). Diese Ergebnisse wurden durch eine unabhängig durchgeführte Meta-Analyse von Young und Beazley (2023) bestätigt, die auf sehr ähnlichen Primärstudien aufbaut. In den deutschsprachigen Studien wurden ebenfalls exzellente ICC-Werte festgestellt: .77 (Zettl et al. 2020), .93 (Kampe et al. 2018) und .95 (Ohse et al. 2023). Es ist allerdings zu beachten, dass die deutschsprachigen Studien insgesamt nur auf 174 Ratings von 73 Patient:innen und 36 Beurteilenden basieren. Es gibt zwei Studien zum SCID-AMPD Modul I, die ein strengeres Test-Retest-Design verwendet haben, bei dem Patient:innen innerhalb kurzer Zeit erneut von einer anderen Person interviewt wurden. In diesen Studien lag der ICC für den Gesamtwert der LPFS bei .75 (Buer Christensen et al. 2018) und .84 (Ohse et al. 2023).

Studien der internen Konsistenz ermöglichen es, die Reliabilität eines Testwertes zu schätzen, der auf Basis eines bestimmten Indikatorensets geformt wurde. Eine hohe interne Konsistenz zeigt an, ob Indikatoren stark positiv korrelieren und sich zu einem einheitlichen Konstrukt zuverlässig zusammenfassen lassen. Die bisherigen Forschungsergebnisse zur internen Konsistenz deuten darauf hin, dass LPFS-Instrumente mithilfe von Gesamtwerten individuelle Unterschiede in globalen Beeinträchtigungen von PF mit mindestens akzeptabler Reliabilität abbilden können. So wurde beispielsweise festgestellt, dass die interne Konsistenz des LPFS-Gesamtwertes, auf Grundlage der vier Komponenten, als akzeptabel (Dereboy et al. 2018; Morey et al. 2013), und auf Grundlage von Unterkomponenten als sehr hoch eingestuft werden kann (Bach und Hutsebaut 2018; Cruitt et al. 2019; Dowgwillo et al. 2018; Hutsebaut et al. 2017). In deutschsprachigen Studien zeigten Gesamtwerte der Selbstbeurteilungsinstrumente LPFS-BF 2.0 und der LPFS-SR eine hohe interne Konsistenz mit Werten von .93 und .94 (Spitzer et al. 2021) beziehungsweise .97 (Zimmermann et al. 2020).

Welche Evidenz liegt für deren Validität vor?

Validität bezeichnet den Grad, zu dem eine Messung misst, was sie messen soll. Zur Beurteilung der Validität können verschiedene Ansätze verfolgt werden (z.B. Untersuchung von interner Struktur, konvergente und diskriminante Validität), deren Gemeinsamkeit darin liegt, dass geprüft wird, ob die beobachteten Muster von statistischen Zusammenhängen plausibel mit der theoretischen Konzeptualisierung des Konstrukts übereinstimmen. In einer Vielzahl von Studien wurden für verschiedenste LPFS Instrumente Validitätstests durchgeführt, die hier nur selektiv wiedergegeben werden. Interessierte werden auf die Übersichtsarbeiten verwiesen, welche die Validität von LPFS Instrumenten im Gesamturteil positiv beurteilen (Krueger und Hobbs 2020; Sharp und Wall 2021; Zimmermann et al. 2019; Zimmermann et al. 2023). Untersuchungen der internen Struktur von LPFS-Instrumenten legen nahe, dass diese sich meist

relativ gut durch zwei hoch miteinander korrelierende Faktoren charakterisieren lässt (Zimmermann et al. 2023). Diese Faktoren werden entsprechend der Konzeptualisierung der LPFS typischerweise als selbstbezogene und interpersonelle Beeinträchtigungen interpretiert. Wegen ihrer hohen Korrelation ist es oftmals zweckmäßig, sie zu einem globalen LPFS-Score zusammenzuführen, der die Gesamtschwere der Beeinträchtigung von PF widerspiegelt. Für die Komponenten Identität, Selbststeuerung, Empathie und Nähe gibt es weniger klare Hinweise auf separate Faktoren (Bliton et al. 2022; Hemmati et al. 2020; Sleep et al. 2019; Sleep et al. 2020). Dennoch bieten die prototypischen Beschreibungen der unterschiedlichen Beeinträchtigungsgrade innerhalb dieser vier Komponenten ein stimmiges empirisches Muster, wie die Studie von Zimmermann et al. (2015) zeigt.

Auch Studien zur konvergenten Validität stützen die Validität von LPFS-Instrumenten. Zum Beispiel fanden sich konvergente Zusammenhänge in Bezug auf Monomethod-Korrelationen zwischen verschiedenen LPFS-Fragebögen (Bliton et al. 2022; McCabe et al. 2021; Roche und Jaweed 2023; Somma et al. 2020), in Bezug auf Heteromethod-Korrelationen zwischen Selbstberichten und Ratings von Expert:innen oder Informant:innen (Heissler et al. 2021; Nelson et al. 2018; Ohse et al. 2023; Roche et al. 2018; Roche und Jaweed 2023; Somma et al. 2020; Weekers et al. 2021b), und in Bezug auf Korrelationen zwischen LPFS Instrumenten und intensiv-longitudinal gemessenen alltäglichen Beeinträchtigungen von PF (Roche et al. 2016; Roche et al. 2018). Da eine der Intentionen bei der Entwicklung der LPFS die konzeptuelle Einordnung und Erfassung des Schweregrades von Persönlichkeitsstörungen war, können starke Zusammenhänge zwischen den LPFS-Werten und der Anzahl erfüllter Kriterien von Persönlichkeitsstörungen auch als Hinweis auf konvergente Validität interpretiert werden. Hier ergab sich in unserer Random-Effects-Meta-Analyse von sechs Studien (Buer Christensen et al. 2020; Dereboy et al. 2018; Few et al. 2013; Hutsebaut et al. 2017; Morey et al. 2013; Ohse et al. 2023) mit 1079 Individuen aus überwiegend klinischen Stichproben ein geschätzter Korrelationskoeffizient von $.57$, 95% CI $[.48, .66]$.

Ein weiterer Indikator für die psychometrische Qualität eines diagnostischen Verfahrens ist dessen diskriminante Validität. Hier ist zu klären, ob sich Beeinträchtigungen der PF von anderen Konstrukten nicht nur konzeptuell, sondern auch durch empirisch unterscheidbare Messwerte sowie unterscheidbare Zusammenhangsmuster von anderen Konstrukten abgrenzen lassen. Konkret: Wenn zwei Tests, die unterschiedliche Konstrukte erfassen sollen, bei Personen immer die gleichen oder sehr ähnliche Messwerte ergeben (d.h. eine zu hohe Korrelation zwischen den beiden Tests) oder wenn diese Messwerte zudem die gleichen Implikationen für die Vorhersage anderer Variablen haben (d.h. die gleichen Zusammenhänge mit dritten Variablen aufweisen), dann bestünden berechtigte Zweifel, ob diese Tests nicht einfach dasselbe Konstrukt messen. Solche Fragen der Abgrenzung des Konzepts der Beeinträchtigung der PF von anderen Konzepten stellen sich insbesondere in Bezug auf den allgemeinen Schweregrad der Psychopathologie (Smith et al. 2020), die Funktionsfähigkeit gemäß der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (WHO 2001/2005) sowie die maladaptiven Persönlichkeitstraits gemäß Kriterium B des AMPD im DSM-5 (American Psychiatric Association 2013). Ein erster Ansatz zur Untersuchung der diskriminanten Validität besteht darin, die Spezifität der LPFS-Messungen anhand von Zusammenhangsmustern mit psychischen Störungen wie Persönlichkeitsstörungen, Depression oder Angst zu beurteilen. Dies wurde beispielsweise mittels Mittelwertvergleichen zwischen Patient:innen mit Persönlichkeitsstörungen und solchen mit anderen psychiatrischen Diagnosen untersucht. In sechs Studien mit insgesamt 403 Individuen mit Persönlichkeitsstörungen und 234 Individuen mit anderen Diagnosen (Buer Christensen et al. 2020; Di Pierro et al. 2020; Doubková et al. 2022;

Hutsebaut et al. 2017; Oitsalu et al. 2022; Zettl et al. 2019) zeigte sich, dass Personen mit Persönlichkeitsstörungen deutlich höhere Mittelwerte auf der LPFS aufwiesen als Personen mit anderen psychiatrischen Diagnosen. Nach unseren Berechnungen ergibt sich für diese Studien meta-analytisch ein Mittelwertunterschied von $d = 1.25$, 95% CI [0.92; 1.58]. Im Vergleich zu Expertenratings zeigen Selbstberichtsmaße der LPFS bei Korrelationen mit Angst- oder Depressionssymptomen häufig nur geringfügig niedrigere oder sogar gleich hohe Werte wie bei Korrelationen mit Persönlichkeitsstörungen (Sleep et al. 2019; Sleep et al. 2020; Spitzer et al. 2021). Wie bereits erwähnt, besteht ein zweiter Ansatz zur Beurteilung der diskriminanten Validität darin, zu prüfen, ob die Korrelationen mit anderen Konstrukten nicht zu hoch sind. So wurde in einer Studie von McCabe et al. (2021) die latente Korrelation zwischen den Selbstberichten über Beeinträchtigungen der PF und der allgemeinen Psychopathologie auf .94 geschätzt, was auf eine geringe diskriminante Validität hindeutet. Darüber hinaus zeigen sich auch in Längsschnittdaten empirische Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen selbstberichteten Beeinträchtigungen von PF und Neurotizismus, der die Tendenz zum Erleben negativer Emotionen beschreibt (Haehner et al. 2023). In den letzten Jahren wurde vor allem die empirische Abgrenzbarkeit zwischen Beeinträchtigungen der PF und maladaptiven Persönlichkeitsmerkmalen kontrovers diskutiert, da auch hier Hinweise auf hohe bis sehr hohe Korrelationen gefunden wurden (Sharp und Wall 2021; Sleep et al. 2021; Widiger et al. 2019). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass insbesondere bei den Selbstberichtsmaßen der LPFS Zweifel an der diskriminanten Validität bestehen, während bei den Interviewverfahren weitere Studien für eine umfassendere Bewertung erforderlich sind.

Welche Evidenz liegt für deren klinische Nützlichkeit für Behandler:innen vor?

Die klinische Nützlichkeit der LPFS wurde in zahlreichen Fallberichten veranschaulicht (Bach et al. 2015; Pincus et al. 2016; Schmeck et al. 2013; Skodol et al. 2015; Weekers et al. 2020) und durch Übersichtsarbeiten systematisch evaluiert (Bach und Tracy 2022; Hopwood 2018; Milinkovic und Tiliopoulos 2020), die zu positiven Einschätzungen hinsichtlich der klinischen Nützlichkeit von LPFS-Instrumenten kommen. Eine wichtige Methode zur Untersuchung der klinischen Nützlichkeit besteht in Anwender:innenumfragen. Dabei bewerten Behandler:innen die Nützlichkeit eines diagnostischen Systems direkt, nachdem sie es auf Fallbeispiele oder tatsächliche Patient:innen angewendet haben. Besonders hervorzuheben sind die Studien von Morey et al. (2014) und Wendt et al. (2024b). In diesen Studien bewerteten Behandler:innen unter anderem die klinische Nützlichkeit eines globalen Ratings der LPFS auf einer fünfstufigen Skala, nachdem sie die LPFS zunächst auf ihre eigenen Patient:innen angewendet hatten. Während Behandler:innen in Morey et al. (2014) die Schwierigkeit der Anwendung eines globalen LPFS Ratings auf einer Skala von „schwer“ (1) bis „leicht“ (5) im Durchschnitt als „mittelmäßig“ ($M = 3.02$) einstufen, lag der Durchschnittswert in Wendt et al. (2024b) bei „eher leicht“ ($M = 3.82$). Die klinische Nützlichkeit des LPFS-Gesamtratings wurde in der Studie von Morey et al. (2014) für die Patientenkommunikation, für die Kommunikation unter Behandler:innen und für die Behandlungsplanung auf einer Skala von „überhaupt nicht [nützlich]“ (1) bis „extrem [nützlich]“ (5) im Durchschnitt als etwa „mittelmäßig [nützlich]“ eingeschätzt (Werte zwischen 2.97 und 3.08). Die durchschnittlichen Werte der deutschsprachigen Behandler:innen in Wendt et al. (2024b) lagen jedoch deutlich höher (zwischen 3.36 und 3.65), und näherten sich somit stärker der Kategorie „sehr [nützlich]“ an. Die im Durchschnitt positiveren Bewertungen der klinischen Nützlichkeit der LPFS in Wendt et al. (2024b) scheinen am ehesten damit erklärbar zu sein, dass dimensionale Modelle heutzutage zunehmend Akzeptanz finden.

Zur Frage, ob bestimmte Merkmale von Behandler:innen wie Alter, Geschlecht, Berufserfahrung, psychologischer oder ärztlicher Hintergrund, oder Therapieverfahren mit der wahrgenommenen klinischen Nützlichkeit zusammenhängen, fanden Wendt et al. (2024b) keine Effekte in ihrer Stichprobe aus Behandler:innen des deutschen Gesundheitssystems.

Die Studie von Morey et al. (2014) ermöglichte als einzige einen direkten Vergleich zwischen der wahrgenommenen klinischen Nützlichkeit der LPFS und DSM-IV-Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen und kam zu dem Ergebnis, dass Behandler:innen die Anwendung der LPFS als schwieriger und die Kommunikation darüber mit Kolleg:innen als weniger nützlich empfanden, obwohl sie in Bezug auf andere Aspekte der klinischen Nützlichkeit vergleichbar schienen. Psycholog:innen (jedoch nicht Psychiater:innen) sahen sogar einige Vorteile bei der LPFS im Vergleich zur DSM-IV-Diagnostik. Positive Bewertungen für die klinische Nützlichkeit der LPFS zeigten sich auch in einer Studie mit Studierenden erhalten, in der mehrere Fallbeispiele beurteilt wurden (Garcia et al. 2018). Eine qualitative Studie mit norwegischen Behandler:innen untersuchte die Erlernbarkeit und klinische Nützlichkeit des SCID-AMPD Moduls I, einem strukturierten Interview (Heltne et al. 2021). Es wurde festgestellt, dass dieses Interview eher den Bedürfnissen der Behandler:innen entsprach als ein Interview basierend auf kategorialer Diagnostik. Besonders hervorgehoben wurde die Verwendung einer dimensionalen Skala im SCID-AMPD Modul I und die Behandlung wichtiger Themen, die in vergleichbaren Interviewinstrumenten nicht berücksichtigt werden. Dies führte dazu, dass sich Patient:innen eher gesehen und verstanden fühlten. Gleichzeitig wurden Herausforderungen und Limitationen des SCID-AMPD Moduls I identifiziert, darunter die hohen Anforderungen an das theoretische Vorwissen sowie einige Interviewfragen, die als schwer verständlich oder konfrontativ empfunden werden können. Die Autor:innen empfahlen die Entwicklung spezifischer Trainingsprogramme und Manuale für Interviewer:innen.

Eine weitere Methode zur Beurteilung der klinischen Nützlichkeit beinhaltet die Frage, ob LPFS-Instrumente andere behandlungsrelevante Variablen wie die Indikation für bestimmte Behandlungsmodalitäten, die Response bzw. das Ansprechen auf ein Therapieangebot oder die Prognose vorhersagen können. Morey et al. (2013) konnten in einem direkten Vergleich zwischen der LPFS und DSM-IV-Diagnosen zeigen, dass die LPFS inkrementell zur Vorhersage von psychosozialer Funktionsfähigkeit, kurzfristigem Risiko, vorgeschlagener Behandlungsintensität und geschätzter Prognose beitragen konnte, selbst bei statistischer Kontrolle von kategorialen Persönlichkeitsstörungsdiagnosen. Dieses Ergebnis wurde von Buer Christensen et al. (2020) bestätigt, sowohl hinsichtlich der selbstberichteten als auch der von Expert:innen bewerteten psychosozialen Funktionsfähigkeit. Wendt et al. (2024b) stellten in ihrer Studie mit Behandler:innen aus dem deutschen Gesundheitssystem fest, dass globale LPFS-Urteile inkrementell zur Vorhersage vieler versorgungsrelevanter Variablen beitragen konnten, darunter die Prognose, das Risiko eines Therapieabbruchs durch die Behandler:in und verschiedene Indikationen, wie z.B. für ambulante Kurzzeittherapie, (teil-)stationäre Behandlung, Psychopharmakotherapie, Sozialarbeit/Psychosoziale Betreuung und Koordination der Versorgung durch eine feste Bezugsbehandler:in, selbst nach Berücksichtigung von 38 kategorialen F-Diagnosen aus dem ICD, inklusive aller Persönlichkeitsstörungen. Diese Befunde unterstreichen das Potenzial der LPFS, wichtige für die Behandlung und Versorgung relevante Informationen zu liefern, die über die kategoriale Diagnostik hinausgehen. In einer klinischen Studie mit 84 Patient:innen verglichen Weekers et al. (2023) Interviewverfahren für den dimensional (STiP 5.1, SCID-AMPD-II) und kategorialen Ansatz (SCID-5-PD) zur Messung von Persönlichkeitspathologie. Dabei zeigte sich, dass die dimensional ausgerichteten Verfahren mit einem R^2 von .23 und .29

eine deutliche Prognosekraft hinsichtlich der selbstberichteten Symptomschwere und Lebensführungseinschränkungen nach einem Jahr hatten. Demgegenüber wiesen die kategorial ausgerichteten Verfahren lediglich eine geringe Prognosekraft mit einem R^2 von .01 und .03 auf.

Welche Evidenz liegt für deren klinische Nützlichkeit für Patient:innen vor?

Es gibt weitere Aspekte und methodische Ansätze zur Untersuchung der klinischen Nützlichkeit, die für die LPFS bisher weniger umfassend erforscht wurden. Weekers et al. (2021a) weisen beispielsweise darauf hin, dass Patienteninteressen als wesentlicher Teilaspekt klinischer Nützlichkeit stärkere Berücksichtigung finden sollten. Sie argumentieren zudem, dass die Berücksichtigung von Charakterstärken, die in traditionellen diagnostischen Systemen weitgehend fehlen, positiv im Sinne klinischer Nützlichkeit betrachtet werden könnte. Daher könnte die explizite Berücksichtigung einer gesunden Persönlichkeit als Level 0 der LPFS ein wesentlicher Vorteil sein. Zur klinischen Nützlichkeit für Patient:innen gehören Fragen wie das mit einer Diagnose verbundene Stigmatisierungsrisiko, ob die Diagnose respektvoll gegenüber der Person ist und die Selbstakzeptanz fördert (Weekers et al. 2021a) und ob sie in einem partizipativen Prozess der Entscheidungsfindung eingesetzt werden kann (Herpertz et al. 2017). In einer Meta-Analyse von Peter et al. (2021) konnte gezeigt werden, dass im Querschnitt Personen mit einem eher dimensional Verständnis von Psychopathologie weniger stigmatisierende Einstellungen gegenüber Betroffenen haben. Die Ergebnisse dieser Meta-Analyse waren jedoch weniger konsistent im Hinblick auf die Evidenz aus Interventionsstudien, so dass derzeit nicht als gesichert gelten kann, ob und inwieweit ein Wandel von einer kategorialen zu einer dimensional Diagnostik auch einen kausalen Effekt im Sinne einer Reduktion stigmatisierender Einstellungen haben könnte. In der Studie von Wendt et al. (2024b) schätzten Behandler:innen das Risiko einer Stigmatisierung durch eine dimensionale Konzeption von Persönlichkeitsproblemen durch die LPFS mit einem Durchschnittswert von 3.39 (zwischen „mittel“ und „sehr“) als signifikant niedriger ein als bei einer kategorialen Konzeption, wie sie beispielsweise im DSM-IV oder ICD-10 verwendet wird, mit einem Durchschnittswert von 4.56 (zwischen „sehr“ und „extrem“).

Ein weiterer Vorteil der dimensional Diagnostik könnte darin bestehen, dass die Ungenauigkeit von Messungen besser an Patient:innen kommuniziert werden kann als bei kategorialen Diagnosen. Heltne et al. (2023) stellten in ihrer Übersichtsarbeit fest, dass bereits die Art der Darstellung von Messunsicherheiten das Verständnis derselben beeinflussen kann. In einer Studie mit 230 Behandler:innen fanden Frans et al. (2023) Vorteile von Quantil-Diagrammen für das Verständnis von Messunsicherheiten im Vergleich zu anderen Methoden der Darstellung.

2.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Die Diagnostik von Beeinträchtigungen der PF sollte dimensional erfolgen und sich nicht auf kategoriale Persönlichkeitsstörungsdiagnosen beschränken.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Evidenzrecherche; Zwei Meta-Analysen, fünf Einzelstudien:	
Validität: ⊕⊕⊕⊕ Reliabilität: ⊕⊕⊕⊕ Klinische Nützlichkeit ⊕⊕⊕⊕	Haslam et al. (2020) Markon et al. (2011) Weekers et al. (2023) Wendt et al. (2024b) Zimmermann et al. (2023), darin: Buer Christensen et al. (2020) Morey et al. (2013) Morey et al. (2014)	
	Konsensstärke: 100%	

2.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Der Schweregrad der Beeinträchtigung der PF sollte anhand der LPFS mit entsprechenden klinischen Interviews erfasst werden.	
	<ol style="list-style-type: none"> 1) Zu diesem Zweck sollten eigens dafür entwickelte strukturierte Interviews verwendet werden, beispielsweise das <i>Strukturierte Klinische Interview für das alternative DSM-5-Modell für Persönlichkeitsstörungen Modul I (SCID-5-AMPD-I)</i> oder das <i>Semistrukturierte Interview zur Erfassung der DSM-5 PF (STiP-5.1)</i>. 2) Alternativ können hierzu Interviews verwendet werden, die auf sehr ähnliche psychodynamische Konstrukte des Strukturniveaus oder der Persönlichkeitsorganisation abzielen, beispielsweise das OPD-Interview oder das <i>Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO)</i>. 	
Qualität der Evidenz:	Systematische Evidenzrecherche; Zwei Meta-Analysen, fünf narrative Reviews:	
Validität: ⊕⊕⊕⊕ Reliabilität: ⊕⊕⊕⊕ Klinische Nützlichkeit ⊕⊕⊕⊕	Birkhölzer et al. (2021) Hörz-Sagstetter et al. (2021) Morey et al. (2022) Sharp und Wall (2021) Young und Beazley (2023) Zimmermann et al. (2023)	
	Konsensstärke: 100%	

2.3	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: 0	Zu Screening-Zwecken können eigens dafür entwickelte Selbstberichtsfragebögen eingesetzt werden, beispielsweise die deutsche Version des <i>Level of Personality Functioning Scale—Self-Report</i> (LPFS-SR) oder der <i>Level of Personality Functioning Scale—Brief Form</i> (LPFS- BF 2.0). Auch etablierte Instrumente zu eng verwandten Konstrukten wie der OPD-Strukturfragebogen können verwendet werden.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Evidenzrecherche; Fünf narrative Reviews:	
Validität: ⊕⊕⊕⊖ Reliabilität: ⊕⊕⊕⊖ Klinische Nützlichkeit ⊕⊕⊕⊖	Birkhölzer et al. (2021) Hörz-Sagstetter et al. (2021) Morey et al. (2022) Sharp und Wall (2021) Zimmermann et al. (2023)	
	Konsensstärke: 100%	

Welche besonderen Anforderungen gibt es in der Diagnostik bestimmter Personengruppen?

Eine weitere wichtige Frage ist, inwiefern die Zugehörigkeit zu bestimmten Personengruppen bei der Diagnostik besonders berücksichtigt werden muss. Mithilfe von Untersuchungen der Messinvarianz kann geprüft werden, ob Messwerte auch über verschiedene Gruppen hinweg dieselbe Bedeutung haben und dementsprechend auf dieselbe Art und Weise interpretiert werden können, oder ob bestimmte Merkmale wie Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung und kultureller Hintergrund die Messungen systematisch beeinflussen, d.h. verzerren könnten. Nattoli et al. (2022) fanden keine Hinweise auf verzerrende Einflüsse durch kulturelle Hintergründe für die LPFS-BF 2.0 in Stichproben aus Kanada, Chile, Dänemark, Deutschland, Italien, den Vereinigten Arabischen Emiraten und den USA. Ebenso identifizierten Le Corff et al. (2022) in ihren Untersuchungen ebenfalls keine bedeutsamen Unterschiede in den Messeigenschaften der LPFS-BF 2.0 zwischen Männern und Frauen und zwischen verschiedenen Ländern.

Es gibt bisher noch keine Untersuchungen zur Messinvarianz von LPFS-Instrumenten für verschiedene Altersgruppen oder in Bezug auf Unterschiede in allgemeinen kognitiven Fähigkeiten. Zudem fehlen bislang Untersuchungen zum Einfluss des soziokulturellen Hintergrunds auf die Messeigenschaften. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass bei verwandten Selbstberichtsinstrumenten zur Erfassung von Persönlichkeitsproblemen, wie dem Personality Inventory for DSM-5 (PID-5; American Psychiatric Association 2013), bestimmte Items für Individuen aus spezifischen soziokulturellen Gruppen, insbesondere bei sexuellen oder geschlechtlichen Minderheiten wie LGBTQ+, abweichende Messeigenschaften aufweisen könnten (Asadi et al. 2023; Becker et al. 2023). Beispielsweise wurde für die Items „Ich sehne mich nach Aufmerksamkeit“ und „Ich habe oft das Gefühl, dass nichts, was ich tue, wirklich wichtig ist“, fehlende Messinvarianz der Intercepts bei Personen aus diesen Minderheiten identifiziert. Diese Gruppe zeigte eine stärkere Zustimmung zu den genannten Items, ohne dass dies im gleichen Maße mit erhöhten Ausprägungen in den zu messenden Merkmalen Antagonismus und Verschlussenheit verknüpft war. Als möglicher Erklärungsansatz wurde genannt, dass Individuen aus gesellschaftlichen Minderheiten objektiv oft erschwerte Lebensumstände haben (Asadi et al. 2023). Diese Befunde zur Messinvarianz psychometrischer Tests betonen ein grundlegendes Prinzip der psychologischen Individualdiagnostik: Testwerte auf standardisierten Instrumenten können

von individuellen Faktoren beeinflusst und demnach durch eine Kontextualisierung der persönlichen Lebensumstände möglicherweise besser interpretiert werden.

Welche Forschungslücken gibt es?

Bei der Bewertung der hier aufgeführten Studien zur klinischen Nützlichkeit von LPFS ist es aus methodischer Sicht wichtig zu betonen, dass Anwender:innenumfragen keinen endgültigen Nachweis für die Verbesserung der Versorgung durch einen bestimmten diagnostischen Ansatz liefern können (Kamphuis et al. 2021; Lewis et al. 2019). Deshalb ist es unerlässlich, dass zukünftige Studien robustere Forschungsdesigns wie randomisierte klinische Studien einsetzen, um die klinische Nützlichkeit der LPFS für die Behandlung zu untermauern. Eine weitere Forschungslücke besteht in der Frage, ob auf Basis von dimensionalen Messungen sinnvolle ziel-spezifische Schwellenwerte identifiziert werden können, welche klinische Entscheidungsprozesse sinnvoll unterstützen können. Solche Schwellenwerte könnten sich beispielsweise darauf beziehen, für welche Schweregrade an Beeinträchtigung von PF bestimmte Behandlungsformen indiziert sind. Obgleich ein solches Vorgehen in der Literatur bereits skizziert wurde (Clark et al. 2017; Ruggero et al. 2019), mangelt es dennoch bislang an konkreter Forschung zu diesem Thema. Eine weitere Forschungslücke betrifft die Vorteile einer multimethodalen Diagnostik. Obwohl generell anerkannt wird, dass der Einsatz multipler diagnostischer Methoden die Validität und Zuverlässigkeit einer Diagnostik verbessern kann (Hopwood und Bornstein 2014), fehlen bisher konkrete Untersuchungen in Bezug auf die Messung von Beeinträchtigungen von PF. Weiterhin existieren einige Unklarheiten darüber, ob neben dem möglichen Stigmatisierungsrisiko weitere unerwünschte Folgen mit der Diagnostik von Beeinträchtigungen von PF verbunden sein könnten. Hier besteht ebenso deutlicher Bedarf an weiterer Forschung, um solche Aspekte gründlich zu untersuchen. Darüber hinaus sei hervorgehoben, dass für eine substantielle Minderheit von Fällen die Bildung eines globalen LPFS-Scores schwierig sein könnte, und zwar wenn selbstbezogene und interpersonelle Beeinträchtigungen in ihren Ausprägungen relativ stark voneinander abweichen Zimmermann et al. (2023). Dies ist empirisch zu erwarten, da die beiden Faktoren zwar hoch, jedoch nicht perfekt miteinander korrelieren. Vor diesem Hintergrund ist es von zentraler Bedeutung, dass künftige Forschung sich darauf konzentriert, evidenzbasierte Richtlinien für die Diagnostik in solchen Fällen zu erarbeiten. Es muss zudem erneut betont werden, dass weitere Forschung notwendig ist, um Messungen von Beeinträchtigungen der PF noch klarer von Messungen anderer psychologischer Konstrukte wie dem allgemeinen Schweregrad der Psychopathologie, dem allgemeinen, psychosozialen Funktionsniveau nach ICF oder maladaptiven Persönlichkeitsmerkmalen abzugrenzen.

4.2.3 Schlüsselfrage 1: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante Psychotherapie erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Für diese Schlüsselfrage ergaben sich:

2 evidenzbasierte Empfehlungen

1 konsensbasierte Empfehlungen

1 evidenzbasierte Statements

1 konsensbasierte Statements

Insgesamt wurden 5 Empfehlungen und Statements formuliert.

Dass ambulante Psychotherapie bei vielen psychischen Erkrankungen wirkt, ist allgemein anerkannt. Über die Wirksamkeit für Patient:innen mit SBPF hingegen liegen noch keine Meta-Analysen vor. Entsprechend wurden Meta-Analysen für Störungskategorien gesucht, bei denen von einer SBPF ausgegangen werden kann und ob ambulante Psychotherapie als wirksam für diese Patient:innengruppe bezeichnet werden kann. Befunde zu Setting (Einzel- vs. Gruppenpsychotherapie) und Dosis der ambulanten Psychotherapie werden unter dem Abschnitt „Weiterführende Informationen“ in diesem Kapitel dargestellt.

Evidenz:

Für die Schlüsselfrage nach der Effektivität von ambulanter Psychotherapie wurden im Rahmen der systematischen Literaturrecherche insgesamt 12 Meta-Analysen (Althobaiti et al. 2020; Asmundson et al. 2019; Laws et al. 2018; Li et al. 2018; McLaughlin et al. 2019; Mehl et al. 2015, 2019; Merz et al. 2019; Sonis und Cook 2019; Thompson et al. 2018; Turner et al. 2020; van Bronswijk et al. 2019; Wei und Chen 2021) und ein Cochrane Review (Ijaz et al. 2018) eingeschlossen. Die Studien wurden hinsichtlich drei Outcome-Maße untersucht; der psychosozialen Funktionsfähigkeit, störungsspezifische Symptome und der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Genauere Informationen zu den eingeschlossenen Studien finden sich im Anhang des Leitlinienreports (Tabelle 60).

Bewertung des Outcomes der störungsspezifischen Symptome:

In der Meta-Analyse von Turner et al. (2020) wurde die Effektivität von kognitiver Verhaltenstherapie für Psychosen hinsichtlich der Angemessenheit und Stabilität der Evidenzgrundlage für Patient:innen mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen bewertet.

In der Meta-Analyse von Mehl et al. (2015) bzw. Mehl et al. (2019) wurde die Effektivität von kognitiver Verhaltenstherapie für Psychosen hinsichtlich der Effekte auf Patient:innen mit Wahnvorstellungen nach Interventionen und einem 47 Wochen Follow-Up gegenüber Treatment as usual und anderen Interventionen untersucht.

In der Meta-Analyse von McLaughlin et al. (2019) wurde die Effektivität von Gruppenpsychotherapie gegenüber Treatment as usual bei Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung verglichen.

In der Meta-Analyse von van Bronswijk et al. (2019) wurde die Effektivität von Psychotherapie gegenüber Treatment as usual bei Patient:innen mit behandlungsresistenter Depression verglichen.

In der Meta-Analyse von Li et al. (2018) wurde die Effektivität von Kognitiver Verhaltenstherapie gegenüber Treatment as usual bei Patient:innen mit behandlungsresistenter Depression verglichen.

In dem Cochrane Review von Ijaz et al. (2018) wurde die Literatur hinsichtlich der Effektivität von Psychotherapie als „nächsten Schritt“ nach einer initialen psychopharmakologischen Behandlung gegenüber Treatment as usual (hier Antidepressiva) bei Patient:innen mit behandlungsresistenter Depression untersucht.

In der Meta-Analyse von Wei und Chen (2021) wurde die Effektivität von Narrative Exposure Therapy hinsichtlich der Symptomreduktion für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung gegenüber aktiver und inaktiver Kontrollgruppe untersucht.

In der Meta-Analyse von Sonis und Cook (2019) wurde die Effektivität von traumafokussierter Psychotherapie und Medikation gegenüber reiner Pharmakotherapie bei Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung miteinander verglichen.

In der Meta-Analyse von Asmundson et al. (2019) wurde die Effektivität von Cognitive Processing Therapy im Vergleich zu inaktiven und aktiven Kontrollbedingungen bei Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung miteinander verglichen.

In der Meta-Analyse von Merz et al. (2019) wurde die Effektivität von pharmakologischen, psychotherapeutischen oder kombinierten Therapien bei Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung miteinander verglichen.

In der Meta-Analyse von Thompson et al. (2018) wurde die Effektivität von Psychotherapie gegenüber aktiver Kontrollgruppe bei Flüchtlingen und Asylbewerber:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung untersucht.

In der Meta-Analyse von Althobaiti et al. (2020) wurde die Effektivität von Interpersonaler Psychotherapie mit aktiven Kontrollbedingungen bei Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung miteinander verglichen.

3.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Für die Verbesserung der störungsspezifischen Symptome bei Patient:innen mit SBPF sollte ambulante Psychotherapie angeboten werden.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; Elf Meta-Analysen, ein Cochrane Review:	
Störungsspezifische Symptome <u>Vergleich mit Treatment as usual</u> <i>Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum</i>		
Auditive Halluzinationen nach Intervention: ⊕⊕⊖⊖	Turner et al. (2020)	
Wahnvorstellungen nach Intervention: ⊕⊖⊖⊖	Turner et al. (2020)	
Wahnvorstellungen nach Intervention: ⊕⊖⊖⊖	Mehl et al. (2019)	
Wahnvorstellungen nach 47 Wochen: ⊕⊕⊖⊖	Mehl et al. (2019)	
<i>Borderline-Persönlichkeitsstörung</i>		
Borderline-Persönlichkeitsstörungssymptome nach Intervention: ⊕⊖⊖⊖	McLaughlin et al. (2019)	
Para-/Suizidalität nach Intervention: ⊕⊖⊖⊖	McLaughlin et al. (2019)	
<i>Behandlungsresistente Depression</i>		
Änderung Symptom-schwere nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖	van Bronswijk et al. (2019)	

<p>Änderung Symptom- schwere nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Symptomschwere nach 12 Monaten: ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Depressive Symptome st: ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Depressive Symptome st: ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Depressive Symptome st: ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Depressive Symptome st: ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Depressive Symptome mt: ⊕⊕⊖⊖</p>	<p>van Bronswijk et al. (2019)</p> <p>Li et al. (2018)</p> <p>Ijaz et al. (2018)</p>
<p><u>Vergleich mit aktiver Kontrollbedingung</u> <i>Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum</i></p>	
<p>Auditive Halluzinationen nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Wahnvorstellungen nach Intervention: ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Wahnvorstellungen nach Intervention: ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Wahnvorstellungen nach 35 Wochen: ⊕⊕⊖⊖</p>	<p>Turner et al. (2020)</p> <p>Turner et al. (2020)</p> <p>Mehl et al. (2019)</p> <p>Mehl et al. (2019)</p>
<p><i>Posttraumatische Belastungsstörung</i></p>	
<p>Symptomreduktion nach Intervention: ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Symptomreduktion nach Intervention: ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Symptomschwere nach Intervention: ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Symptomschwere nach Intervention: ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Symptomschwere nach Intervention: ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Symptomschwere bei Follow-Up: ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Symptomschwere bei Follow-Up: ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Symptomschwere bei Follow-Up: ⊕⊖⊖⊖</p>	<p>Wei und Chen (2021)</p> <p>Sonis und Cook (2019)</p> <p>Asmundson et al. (2019)</p> <p>Merz et al. (2019)</p> <p>Merz et al. (2019)</p> <p>Asmundson et al. (2019)</p> <p>Merz et al. (2019)</p> <p>Merz et al. (2019)</p>

Symptomschwere bei Follow-Up: ⊕⊕⊕⊖ Erfüllen der Diagnosekriterien nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖	Thompson et al. (2018) Wei und Chen (2021)
<i>Posttraumatische Belastungsstörung und/oder Depression</i>	
Symptomreduktion bei Follow-Up: ⊕⊕⊕⊖	Althobaiti et al. (2020)
<u>Vergleich mit inaktiver Kontrollbedingung</u> <i>Posttraumatische Belastungsstörung</i>	
Symptomreduktion nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖ Symptomschwere nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖ Symptomschwere bei Follow-Up: ⊕⊕⊕⊖ Erfüllen der Diagnosekriterien nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖	Wei und Chen (2021) Asmundson et al. (2019) Asmundson et al. (2019) Wei und Chen (2021)
	Konsensstärke: 100%

Die Qualität der Evidenz wurde für depressive Symptome jeweils nach Zeitabschnitten bewertet, st – short term, mt - medium term

Vergleiche mit Treatment as usual:

Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum

Hinsichtlich des Outcomes der **Auditiver Halluzinationen nach Intervention** (Turner et al. 2020; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 22 RCTs mit 1833 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie für Psychosen (Kognitive Verhaltenstherapie) einen geringen Effekt (Cohen 2013) von Hedge`s $g = 0.35$ (95% Konfidenzintervall 0.18 – 0.52) im Vergleich mit Treatment as usual auf die auditiven Halluzinationen. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum der Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 88% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der auditiven Halluzinationen nach Intervention ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet) und ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag ($I^2 > 50\%$).

Hinsichtlich des Outcomes der **Wahnvorstellungen nach Intervention** (Turner et al. 2020; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 22 RCTs durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie für Psychosen (Kognitive Verhaltenstherapie) einen geringen Effekt (Cohen 2013) von Hedge`s $g = 0.36$ (95% Konfidenzin-

tervall 0.20 – 0.52) im Vergleich mit Treatment as usual auf die Wahnvorstellungen. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum der Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 85% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Wahnvorstellungen nach Intervention ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet), ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag ($I^2 > 50\%$) und mit einem Publikationsbias zu rechnen ist.

Hinsichtlich des Outcomes der **Wahnvorstellungen nach Intervention** (Mehl et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 13 RCTs mit 1227 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie für Psychosen (Kognitive Verhaltenstherapie) eine geringe (Cohen 2013) *mittlere Populationseffektgröße* von 0.27 (95% Konfidenzintervall 0.08 – 0.47) im Vergleich mit Treatment as usual auf Wahnvorstellungen. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum der Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 89% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Wahnvorstellungen nach Intervention ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (7 oder weniger von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt), die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte und mit einem Publikationsbias zu rechnen ist.

Hinsichtlich des Outcomes der **Wahnvorstellungen nach 47 Wochen** (Mehl et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 12 RCTs mit 1524 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie für Psychosen (Kognitive Verhaltenstherapie) die Tendenz zu einer geringen (Cohen 2013) mittleren Populationseffektgröße von 0.16 (95% Konfidenzintervall -0.03 – 0.35) im Vergleich mit Treatment as usual auf Wahnvorstellungen. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum der Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 94% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Wahnvorstellungen nach 47 Wochen ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (7 oder weniger von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Borderline-Persönlichkeitsstörungssymptome nach Intervention** (McLaughlin et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 13 RCTs mit 962 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Gruppentherapie einen moderaten Effekt (Cohen 2013) von Hedge's $g = 0.72$ (95% Konfidenzintervall 0.41 – 1.04) im Vergleich mit Treatment as usual auf Borderline-Symptomatik. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem antagonistisch externalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 90% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Borderline-Symptomatik nach Intervention ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem

Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet), ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag ($I^2 > 50\%$) und mit einem Publikationsbias zu rechnen ist.

Hinsichtlich des Outcomes der **Para-/Suizidalität nach Intervention** (McLaughlin et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 19 RCTs mit 1258 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Gruppentherapie einen geringen Effekt (Cohen 2013) von Hedge`s $g = 0.46$ (95% Konfidenzintervall 0.22 – 0.71) im Vergleich mit Treatment as usual auf Para-/Suizidalität. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem antagonistisch externalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 90% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Para-/Suizidalität nach Intervention ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet), ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag ($I^2 > 50\%$) und mit einem Publikationsbias zu rechnen ist.

Hinsichtlich des Outcomes der **Änderung der Symptomschwere nach Intervention** (van Bronswijk et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 3 RCTs mit 636 Patient:innen mit behandlungsresistenter Depression durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie bzw. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapie) ein trivialer, nicht signifikanter Effekt von Hedge`s $g = -0.13$ (95% Konfidenzintervall -0.30 – 0.05) im Vergleich mit Treatment as usual (Medikation) auf Änderung der Symptomschwere der Depression. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 51% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Änderung der Symptomschwere nach Intervention ist moderat, da die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Änderung der Symptomschwere nach Intervention** (van Bronswijk et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 20 RCTs mit 2883 Patient:innen mit behandlungsresistenter Depression durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapie, Interpersonelle Psychotherapie, Psychodynamische Psychotherapie, körperorientierte Psychotherapie, Dialektisch-Behaviorale Verhaltenstherapie, Kurze Supportive Psychotherapie) einen geringen Effekt (Cohen 2013) von Hedge`s $g = 0.42$ (95% Konfidenzintervall 0.29 – 0.54) *zusätzlich* zu Treatment as usual (Medikation) auf Änderung der Symptomschwere der Depression. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 51% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Änderung der Symptomschwere nach Intervention ist moderat, da ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag ($I^2 > 50\%$).

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomschwere nach 12 Monaten** (Li et al. 2018; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 2 RCTs mit 863 Patient:innen mit behandlungsresistenter Depression durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) einen geringen Effekt (Cohen 2013) zwischen den standardisierten Mittelwerten von -0.29 (95% Konfidenzintervall -0.43 – -0.16) im Vergleich mit Treatment as usual bei der Änderung der Symptomschwere nach 12 Monaten. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 51% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Änderung der Symptomschwere nach 12 Monaten ist moderat, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet).

Hinsichtlich des Outcomes der **Depressiven Symptome short term** (Ijaz et al. 2018) wurde ein Cochrane-Review mit einer Meta-Analyse aus 5 RCTs mit 575 Patient:innen mit behandlungsresistenter Depression durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Dialektisch-Behaviorale Verhaltenstherapie, Interpersonelle Psychotherapie) zusätzlich zu Treatment as usual nach weniger als 6 Monaten einen mittleren Unterschied von -4,07 (95% Konfidenzintervall -7.07 – -1.07) Punkten im *Beck Depression Inventory* (Beck et al. 1961; Beck et al. 1996) im Vergleich zu Patient:innen mit nur Treatment as usual. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 51% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Änderung der Symptomschwere nach weniger als 6 Monaten ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Depressiven Symptome short term** (Ijaz et al. 2018) wurde ein Cochrane-Review mit einer Meta-Analyse aus 2 RCTs mit 482 Patient:innen mit behandlungsresistenter Depression durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, intensive Kurzzeit dynamische Psychotherapie) zusätzlich zu Treatment as usual nach weniger als 6 Monaten einen mittleren Unterschied von -4,66 (95% Konfidenzintervall -8.72 – -0.59) Punkten im *Patient Health Questionnaire 9* (Kroenke und Spitzer 2002) im Vergleich zu Patient:innen mit nur Treatment as usual. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 51% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Änderung der Symptomschwere nach weniger als 6 Monaten ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-

Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet), ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag ($I^2 > 50\%$) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Depressiven Symptome short term** (Ijaz et al. 2018; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde ein Cochrane-Review mit einer Meta-Analyse aus 6 RCTs mit 635 Patient:innen mit behandlungsresistenter Depression durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Dialektisch-Behaviorale Verhaltenstherapie, Interpersonelle Psychotherapie, intensive Kurzzeit dynamische Psychotherapie) zusätzlich zu Treatment as usual nach weniger als 6 Monaten einen geringen, standardisierten mittleren Unterschied (Cohen 2013) von -0,4 (95% Konfidenzintervall -0.65 – -0.14) allein auf *depressive Symptome* im Vergleich zu Patient:innen mit nur Treatment as usual. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 51% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Änderung der Symptomschwere nach weniger als 6 Monaten ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Depressiven Symptome short term** (Ijaz et al. 2018) wurde ein Cochrane-Review mit einer Meta-Analyse aus 4 RCTs mit 193 Patient:innen mit behandlungsresistenter Depression durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Dialektisch-Behaviorale Verhaltenstherapie, Interpersonelle Psychotherapie, intensive Kurzzeit dynamische Psychotherapie) zusätzlich zu Treatment as usual nach weniger als 6 Monaten einen mittleren Unterschied von -3,28 (95% Konfidenzintervall -5.71 – -0.85) Punkten im *Hamilton Depression Rating Scale* (Hamilton 1960) im Vergleich zu Patient:innen mit nur Treatment as usual. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 51% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Änderung der Symptomschwere nach weniger als 6 Monaten ist moderat, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet).

Hinsichtlich des Outcomes der **Depressiven Symptome medium term** (Ijaz et al. 2018) wurde ein Cochrane-Review mit einer Meta-Analyse aus 2 RCTs mit 475 Patient:innen mit behandlungsresistenter Depression durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) zusätzlich zu Treatment as usual nach 7 – 12 Monaten einen mittleren Unterschied von -3,40 (95% Konfidenzintervall -7.21 – -0.4) Punkten im *Beck Depression Inventory* (Beck et al. 1961; Beck et al. 1996) im Vergleich zu Patient:innen mit nur Treatment as usual. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 51% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Änderung der Symptomschwere nach 7 – 12 Monaten ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Auditiver Halluzinationen nach Intervention** (Turner et al. 2020; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 8 RCTs mit 678 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum mit Psychotherapie für Psychosen (Kognitive Verhaltenstherapie) einen geringen Effekt (Cohen 2013) von Hedge`s $g = 0.34$ (95% Konfidenzintervall 0.15 – 0.53) im Vergleich mit einer aktiven Kontrollbedingung (supportive counseling, prolongierte Exposition) auf auditive Halluzinationen. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum der Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 88% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der auditiven Halluzinationen nach Intervention ist moderat, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet).

Hinsichtlich des Outcomes der **Wahnvorstellungen nach Intervention** (Turner et al. 2020; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 7 RCTs mit 526 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum mit Psychotherapie für Psychosen (Kognitive Verhaltenstherapie) einen tendenziell geringen Effekt (Cohen 2013) von Hedge`s $g = 0.23$ (95% Konfidenzintervall -0.19 – 0.55) im Vergleich mit einer aktiven Kontrollbedingung (supportive counseling, prolongierte Exposition) auf die Wahnvorstellungen. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum der Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 85% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Wahnvorstellungen nach Intervention ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet), ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag ($I^2 > 50\%$), die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte und mit einem Publikationsbias zu rechnen ist.

Hinsichtlich des Outcomes der **Wahnvorstellungen nach Intervention** (Mehl et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 8 RCTs mit 894 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum mit Psychotherapie für Psychosen (Kognitive Verhaltenstherapie) die Tendenz einer geringen (Cohen 2013) gemittelten Populationseffektgröße von 0.16 (95% Konfidenzintervall -0.13 – 0.44) im Vergleich mit einer aktiven Kontrollbedingung (andere psychologische Interventionen) auf Wahnvorstellungen. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum der Denkstörungen. Nach Wendt et al.

(2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 90% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Wahnvorstellungen nach Intervention ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (7 oder weniger von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Wahnvorstellungen nach 35 Wochen** (Mehl et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 5 RCTs mit 815 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum mit Psychotherapie für Psychosen (Kognitive Verhaltenstherapie) eine triviale, nicht signifikante gemittelte Populationseffektgröße von -0.04 (95% Konfidenzintervall -0.26 – 0.17) *im Vergleich mit einer aktiven Kontrollbedingung* (andere psychologische Interventionen) auf Wahnvorstellungen. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum der Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 90% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Wahnvorstellungen nach 35 Wochen ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (7 oder weniger von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomreduktion nach Intervention** (Wei und Chen 2021; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 11 RCTs mit 571 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (Narrative Expositionstherapie) einen geringen Effekt (Cohen 2013) von Hedge's $g = -0.34$ (95% Konfidenzintervall -0.65 – -0.02) *im Vergleich mit einer aktiven Kontrollbedingung* (alternative psychologische Behandlung) auf Symptomreduktion. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Symptomreduktion nach Intervention ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet), ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag ($I^2 > 50\%$), die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte und mit einem Publikationsbias zu rechnen ist.

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomreduktion nach Intervention** (Sonis und Cook 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 4 RCTs mit 351 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, prolongierte Expositionstherapie) die Tendenz zu einem geringen Effekt (Cohen 2013) der standardisierten Mittelwerte von -0.16 (95% Konfidenzintervall -0.62 – 0.30) *im Vergleich mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern* auf Symptomreduktion. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Symptomreduktion nach der Intervention ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet), ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag ($I^2 > 50\%$) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomschwere nach Intervention** (Asmundson et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 4 RCTs mit 407 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (Cognitive Processing Therapy) einen geringen Effekt (Cohen 2013) von Hedge's $g = 0.26$ (95% Konfidenzintervall 0.04 – 0.48) *im Vergleich mit einer aktiven Kontrollbedingung* (Dialogische Expositionstherapie, Erinnerungstraining, Prolongierte Expositionstherapie, Schreib-Expositions-Therapie) auf die Symptomschwere. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Symptomschwere nach Intervention ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (7 oder weniger von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomschwere nach Intervention** (Merz et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 4 RCTs mit 329 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, prolongierte Expositionstherapie) einen trivialen, nicht statistisch signifikanten Effekt der standardisierten Mittelwerte von -0.05 (95% Konfidenzintervall -0.31 – 0.21) *im Vergleich mit einer pharmakologischen Behandlung* auf die Symptomschwere. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Symptomschwere nach Intervention ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomschwere nach Intervention** (Merz et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 5 RCTs mit 411 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, prolongierte Expositionstherapie, Expositionstherapie) *in Kombination mit pharmakologischer Behandlung* einen trivialen, nicht statistisch signifikanten Effekt der standardisierten Mittelwerte von -0.07 (95% Konfidenzintervall -0.26 – 0.13) *im Vergleich mit einer pharmakologischen Behandlung* auf die Symptomschwere. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Symptomschwere nach Intervention ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomschwere nach Follow-Up** (Asmundson et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 4 RCTs mit 407 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) die Tendenz zu einem geringen Effekt (Cohen 2013) bei Follow-Up von Hedge's $g = 0.17$ (95% Konfidenzintervall $-0.02 - 0.37$) *im Vergleich mit einer aktiven Kontrollbedingung* (Behandlung mit Theorie- oder Empirie-basierten Komponenten) auf die Symptomschwere. Die Follow-Up Zeitpunkte lagen zwischen 3 und 9 Monaten nach Baseline. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Symptomschwere nach Follow-Up ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (7 oder weniger von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomschwere nach Follow-Up** (Merz et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 3 RCTs mit 203 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, prolongierte Expositionstherapie) einen moderaten Effekt (Cohen 2013) der standardisierten Mittelwerte bei Follow-Up von -0.63 (95% Konfidenzintervall $-1.18 - -0.09$) *im Vergleich mit pharmakologischer Behandlung* auf die Symptomschwere. Die Follow-Up Zeitpunkte lagen am spätmöglichsten Punkt nach 6 bis 12 Monaten. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Symptomschwere nach Follow-Up ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet), ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag ($I^2 > 50\%$) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomschwere nach Follow-Up** (Merz et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 2 RCTs mit 89 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (Prolongierte Expositionstherapie, Expositionstherapie) die Tendenz eines deutlichen Effekts (Cohen 2013) der standardisierten Mittelwerte bei Follow-Up von -1.02 (95% Konfidenzintervall $-2.77 - 0.72$) *in Kombination mit pharmakologischer Behandlung im Vergleich mit nur pharmakologischer Behandlung* auf die Symptomschwere. Der Follow-Up Zeitpunkt lag am spätestmöglichsten Punkt nach 12 Monaten. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach

Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Symptomschwere nach Follow-Up ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet) ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag ($I^2 > 50\%$) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomschwere nach Follow-Up** (Thompson et al. 2018; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 7 RCTs mit 524 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (traumafokussierte Psychotherapie) einen trivialen, nicht statistisch signifikanten Effekt der standardisierten Mittelwerte bei Follow-Up von -0.03 (95% Konfidenzintervall -0.21 – 0.14) *im Vergleich mit alternativer psychologischer Intervention* auf die Symptomschwere. Der Follow-Up Zeitpunkt lag 4 Monate nach Behandlungsende. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Symptomschwere nach Follow-Up ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Erfüllung der Diagnosekriterien nach Intervention** (Wei und Chen 2021; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 9 RCTs mit 502 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (Narrative Expositionstherapie) ein relatives Risiko von 1.74 (95% Konfidenzintervall 1.03 – 2.92), die Psychotherapie erhielten, die Diagnosekriterien nicht mehr zu erfüllen, was einer 74% höheren Wahrscheinlichkeit entspricht, die Diagnosekriterien nicht mehr zu erfüllen *als bei der aktiven Kontrollbedingung* (alternative psychologische Behandlung). Vermutlich handelt es sich um den Zeitpunkt direkt nach der Intervention. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Erfüllung der Diagnosekriterien nach Intervention ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet), ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag ($I^2 > 50\%$), die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte und mit einem Publikationsbias zu rechnen ist.

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomreduktion nach Follow-Up** (Althobaiti et al. 2020; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 4 RCTs mit 274 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und/oder Depression mit Psychotherapie (Interpersonelle Psychotherapie) die Tendenz zu einem geringen Effekt (Cohen 2013) der standardisierten Mittelwerte bei Follow-

Up von -0.25 (95% Konfidenzintervall -0.61 – 0.10) *im Vergleich mit Patient:innen mit aktiver Kontrollbedingung* (alternative psychologische Behandlung oder Medikation) auf die Symptomreduktion. Es lag keine Angabe zum Messzeitpunkt vor. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 53% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Symptomreduktion nach Follow-Up ist moderat, da die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomreduktion nach Intervention** (Wei und Chen 2021; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 7 RCTs mit 278 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (Narrative Expositionstherapie) einen deutlichen Effekt (Cohen 2013) von Hedge`s $g = -1.03$ (95% Konfidenzintervall -1.62 – -0.44) *im Vergleich mit einer inaktiven Kontrollbedingung* (Warteliste oder Symptom-Monitoring) auf Symptomreduktion. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Symptomreduktion nach Intervention ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet), ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag ($I^2 > 50\%$) und mit einem Publikationsbias zu rechnen ist.

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomschwere nach Intervention** (Asmundson et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 8 RCTs mit 841 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (Cognitive Processing Therapy) einen deutlichen Effekt (Cohen 2013) von Hedge`s $g = 1.24$ (95% Konfidenzintervall 0.80 – 1.67) *im Vergleich mit einer inaktiven Kontrollbedingung* (Warteliste oder psychologisches Placebo) auf die Symptomschwere. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Symptomschwere nach Intervention ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (7 oder weniger von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt) und ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag ($I^2 > 50\%$).

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomschwere bei Follow-Up** (Asmundson et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 6 RCTs mit 689 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (Cognitive Processing Therapy) einen deutlichen Effekt (Cohen 2013) von Hedge`s $g = 0.90$ (95% Konfidenzintervall 0.57 – 1.23) *im Vergleich mit einer inaktiven Kontrollbedingung* (Warteliste oder psychologisches Placebo) auf die Symptomschwere. Die Follow-Up Zeitpunkte lagen zwischen 1 und 12 Monaten nach Baseline. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-

Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Symptomschwere nach Follow-Up ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (7 oder weniger von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt) und ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag ($I^2 > 50\%$).

Hinsichtlich des Outcomes der **Erfüllung der Diagnosekriterien nach Intervention** (Wei und Chen 2021; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 3 RCTs mit 148 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (Narrative Expositionstherapie) ein relatives Risiko von 4.69 (95% Konfidenzintervall 1.43 – 15.42). Dies entspricht einer 4 Mal höheren Wahrscheinlichkeit, die Diagnosekriterien nicht mehr zu erfüllen bei Personen, die Psychotherapie erhielten, als bei der *inaktiven Kontrollbedingung* (Warteliste oder Symptom-Monitoring). Vermutlich handelt es sich um den Zeitpunkt direkt nach der Intervention. Die untersuchte Patient:innenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Erfüllung der Diagnosekriterien nach Intervention ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet und mit einem Publikationsbias zu rechnen ist.

Für die Verbesserung der störungsspezifischen Symptomatik bei Patient:innen mit SBPF, die ambulante Psychotherapie erhalten, liegen also zahlreiche Befunde vor. Auch wenn die Qualität der Evidenz überwiegend als schwach bewertet wurde, so zeigen die Ergebnisse doch in eine klare Richtung und haben zum Teil deutliche Effekte. Entsprechend wurde eine „sollte“-Empfehlung ausgesprochen.

Bewertung des Outcomes der psychosozialen Funktionsfähigkeit:

In der Meta-Analyse von Laws et al. (2018) wurde die Effektivität von kognitiver Verhaltenstherapie für Psychosen u.a. der psychosozialen Funktionsfähigkeit untersucht.

3.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: 0	Zur Verbesserung der psychosozialen Funktionsfähigkeit bei Patient:innen mit SBPF kann ambulante Psychotherapie angeboten werden.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; Eine Meta-Analyse:	
Psychosoziale Funktionsfähigkeit <u>Vergleich mit Treatment as usual</u>		
Psychosoziale Funktionsfähigkeit nach Intervention: ⊕⊕⊖⊖	Laws et al. (2018)	
<u>Vergleich mit aktiver Kontrollgruppe</u>		
Psychosoziale Funktionsfähigkeit nach Intervention: ⊕⊖⊖⊖	Laws et al. (2018)	
	Konsensstärke: 100%	

Hinsichtlich des Outcomes der **psychosozialen Funktionsfähigkeit nach Intervention** (Laws et al. 2018) *im Vergleich mit Treatment as usual* (mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 19 RCTs mit 1155 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) einen geringen Effekt (Cohen 2013) von Hedge`s $g = 0.26$ (95% Konfidenzintervall 0.08 – 0.43) im Vergleich mit Treatment as usual auf die psychosoziale Funktionsfähigkeit. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum der Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 91% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der psychosozialen Funktionsfähigkeit nach Intervention ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (6 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt, z.B. keine Bewertung der eingeschlossenen Studien) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes **psychosozialen Funktionsfähigkeit nach Intervention** (Laws et al. 2018) *im Vergleich mit aktiver Kontrollgruppe* (mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 7 RCTs mit 549 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) eine Tendenz zu einem geringen Effekt (Cohen 2013) von Hedge`s $g = 0.22$ (95% Konfidenzintervall -0.07 – 0.52) im Vergleich mit einer aktiven Kontrollgruppe (Befriending, soziale Aktivitätstherapie, Kognitive Remediation) auf die psychosozialen Funktionsfähigkeit. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum der Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 91% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der psychosozialen Funktionsfähigkeit nach Intervention ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (6 von 11 AMSTAR Kriterien voll-

ständig erfüllt, z.B. keine Bewertung der eingeschlossenen Studien), ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag ($I^2 > 50\%$) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Die Studienergebnisse geben deutliche Hinweise darauf, dass sich das psychosoziale Funktionsfähigkeit (zur Abgrenzung vom Persönlichkeitsfunktionsniveau siehe auch Kapitel 3.10) bei Menschen mit SBPF und ambulanter Psychotherapie verbessert. Da die Ergebnisse jedoch nur einen geringen und die Tendenz zu einem Effekt aufweisen, wird eine „kann“-Empfehlung ausgesprochen.

Bewertung des Outcomes der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems:

In der Meta-Analyse von McLaughlin et al. (2019) wurde die Effektivität von Gruppenpsychotherapie gegenüber Treatment as usual bei Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung verglichen.

3.3	Evidenzbasiertes Statement	Neu
	Für die Verringerung der Hospitalisierung und Notaufnahmen durch Patient:innen mit SBPF nach ambulanter Psychotherapie findet sich keine ausreichende Evidenz.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; Eine Meta-Analyse:	
Inanspruchnahme des Gesundheitssystems <u>Vergleich mit Treatment as usual</u>		
Hospitalisierungen nach Intervention: ⊕⊕⊖⊖ Aufsuchen der Notaufnahme nach Intervention: ⊕⊕⊖⊖	McLaughlin et al. (2019) McLaughlin et al. (2019)	
	Konsensstärke: 100%	

Hinsichtlich des Outcomes der **Hospitalisierungen nach Intervention** (McLaughlin et al. 2019) wurde eine Meta-Analyse aus 8 RCTs mit 687 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Gruppentherapie die Tendenz eines geringen Effekts (Cohen 2013) von Hedge`s $g = 0.19$ (95% Konfidenzintervall -0.01 – 0.39) *im Vergleich mit Treatment as usual* auf Hospitalisierungen. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem antagonistisch externalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 90% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Hospitalisierungen nach Intervention ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes **Aufsuchen der Notaufnahme nach Intervention** (McLaughlin et al. 2019) wurde eine Meta-Analyse aus 5 RCTs mit 431 Patient:innen durchgeführt. Diese

zeigte für Patient:innen mit Gruppentherapie einen trivialen, nicht statistisch signifikanten Effekt von Hedge`s $g = 0.01$ (95% Konfidenzintervall $-0.19 - 0.23$) *im Vergleich mit Treatment as usual* auf die Frequenz des Aufsuchens der Notaufnahme. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem antagonistisch externalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 90% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes Aufsuchen der Notaufnahme nach Intervention ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Da nur eine Studie eingeschlossen werden konnte, die bei den beiden untersuchten Outcomemaßen nur eine Tendenz und einen nicht signifikanten Effekt ergaben, wurde die Evidenz als nicht ausreichend beurteilt, als dass eine Aussage für die Effektivität von ambulanter Psychotherapie auf diese Outcomes hätte getroffen werden können.

Fazit der Evidenz für ambulante Psychotherapie bei Patient:innen mit SBPF:

Insgesamt deutet die Evidenzlage daraufhin, dass ambulante Psychotherapie für Patient:innen mit SBPF wirksam ist. Diese Befundlage deckt sich mit klinischer Erfahrung, dass eine Besserung durch Psychotherapie erreicht werden kann. Allerdings sind die Effekte oftmals eher niedrig und die Qualität der Evidenz schwach bis allenfalls moderat.

Weiterführende Informationen:

Die Empfehlung von ambulanter Psychotherapie lässt offen, wie diese gestaltet sein sollte, damit Patient:innen mit SBPF bestmöglich von dieser profitieren. Dafür sind Studien notwendig, die sich explizit mit dieser Fragestellung auseinandersetzen. In den hauptsächlich zur Schlüsselfrage beschriebenen Studien zeigten sich hinsichtlich im Vergleich von Gruppen- und Einzelsetting sowie zur Dosis folgende Ergebnisse:

Vergleich von Gruppen- mit Einzelsetting:

van Bronswijk et al. (2019) untersuchten die Wirksamkeit von überwiegend ambulanter Psychotherapie bei Patient:innen mit behandlungsresistenter Depression. Mithilfe einer Meta-Regression wurde untersucht, ob sich die Effektgröße zur Änderung der Symptomschwere beim Vergleich zwischen Psychotherapie und Treatment as usual hinsichtlich des Behandlungssettings (Gruppe vs. Einzel) unterschied. Dabei zeigte sich, dass Gruppentherapie-Format im Vergleich zu individuellem Format mit einer höheren Effektgröße assoziiert war ($\beta = 0.38$, $p = 0.08$). Bei Gruppenpsychotherapie zeigte sich also ein größerer Effekt auf die Änderung der Symptomschwere als bei Einzelpsychotherapie.

In der Studie von Asmundson et al. (2019) wurde ein Vergleich von Cognitive Processing Therapy mit einer inaktiven Kontrollgruppe angestellt. Dabei wurde das Therapiesetting (Gruppe vs. Einzel) als Moderator getestet. Es zeigte sich kein statistisch signifikanter Effekt des Therapiesettings auf die Symptomschwere bei Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung sowohl nach Intervention als auch beim Follow-Up.

Turner et al. (2020) untersuchten die Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie für Psychosen bei Patient:innen mit Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum. Beim Vergleich

gegen Treatment as usual wurde ein geringer Effekt (Cohen 2013) von kognitiver Verhaltenstherapie für Psychosen bei Patient:innen mit auditiven Halluzinationen nach Intervention gefunden (Hedge`s $g = 0.35$, 95% Konfidenzintervall $0.18 - 0.52$, auf Basis von 22 RCTs). Der Vergleich gegen eine aktive Kontrollbedingung zeigte einen ähnlichen Effekt (Hedge`s $g = 0.34$, 95% Konfidenzintervall $0.15 - 0.53$, basierend auf 8 RCTs). Als Sensitivitätsanalyse wurden nur RCTs mit kognitiver Verhaltenstherapie für Psychosen im Gruppensetting herangezogen (4 RCTs) und mit sämtlichen Kontrollgruppen (sowohl treatment as usual als auch aktive Kontrollbedingung) verglichen. Dabei zeigte sich ein trivialer, nicht statistisch signifikanter Effekt (Hedge`s $g = 0.11$, 95% Konfidenzintervall $-0.18 - 0.41$).

Hinsichtlich Wahnvorstellungen wurde ein geringer Effekt (Cohen 2013) von kognitiver Verhaltenstherapie für Psychosen im Vergleich gegen Treatment as usual gefunden (Hedge`s $g = 0.36$, 95% Konfidenzintervall $0.20 - 0.52$, basierend auf 22 RCTs). Der Vergleich gegen eine aktive Kontrollbedingung zeigte einen geringen (Cohen 2013), jedoch nicht statistisch signifikanten Effekt von Hedge`s $g = 0.23$ (95% Konfidenzintervall $-0.19 - 0.55$, basierend auf 7 RCTs). Als Sensitivitätsanalyse wurden auch hier nur RCTs mit kognitiver Verhaltenstherapie für Psychosen im Gruppensetting herangezogen (2 RCTs) und mit sämtlichen Kontrollgruppen (sowohl Treatment as usual als auch aktive Kontrollbedingung) verglichen. Dabei zeigte sich ein geringer (Cohen 2013), jedoch nicht statistisch signifikanter Effekt (Hedge`s $g = 0.35$, 95% Konfidenzintervall $-0.02 - 0.72$).

Die Studie von McLaughlin et al. (2019) untersuchte explizit die Wirkung von Gruppentherapie im Vergleich zu Treatment as usual bei Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Es zeigte sich ein deutlicher Effekt (Cohen 2013) von Gruppentherapie im Vergleich mit Treatment as usual hinsichtlich der Symptome der Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung nach der Behandlung (Hedge`s $g = 0.72$, 95% Konfidenzintervall $0.41 - 1.04$, basierend auf 13 RCTs). Eine Trimm-and-Fill-Analyse zur Berücksichtigung von Publikationsbias ergab eine Reduktion des Effektschätzers auf Hedge`s $g = 0.44$ und somit einen geringen Effekt (Cohen 2013).

Hinsichtlich des Outcomes von Para-/Suizidalität zeigte sich ein mittlerer Effekt (Cohen 2013; Hedge`s $g = 0.46$, 95% Konfidenzintervall $0.22 - 0.71$, basierend auf 19 RCTs) nach der Behandlung.

Zusätzlich schlüsselten McLaughlin et al. (2019) den potentiellen Effekt von Gruppentherapie als ein Bestandteil einer Behandlung, als Zusatzbehandlung oder als alleinige Behandlung auf. Dabei zeigte sich hinsichtlich der Symptome bei Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung nach der Behandlung bei Gruppentherapie als Zusatzbehandlung ein starker Effekt (Cohen 2013; Hedge`s $g = 1.13$, 95% Konfidenzintervall $0.65 - 1.60$, basierend auf 6 RCTs). Bei Gruppentherapie als Teil einer umfassenden Behandlung zeigte sich ein moderater Effekt (Cohen 2013; Hedge`s $g = 0.47$, 95% Konfidenzintervall $0.02 - 0.92$, basierend auf 5 RCTs). Bei Gruppentherapie als alleinige Behandlungsform zeigte sich ein marginaler, nicht gegen den Zufall abgesicherter Effekt (Hedge`s $g = 0.16$, 95% Konfidenzintervall $-0.29 - 0.60$, basierend auf 2 RCTs).

Hinsichtlich des Outcomes von Para-/Suizidalität unterschieden McLaughlin et al. (2019) zusätzlich den potentiellen Effekt von Gruppentherapie als Bestandteil einer umfassenden Behandlung und als Zusatzbehandlung. Dabei zeigte sich für Gruppentherapie als Bestandteil einer umfassenden Behandlung ein geringer Effekt (Cohen 2013; Hedge`s $g = 0.44$, 95% Konfidenzintervall $0.16 - 0.72$, basierend auf 14 RCTs). Für Gruppentherapie als Zusatzbehandlung

zeigte sich ein moderater, jedoch nicht statistisch signifikanter Effekt (Hedge`s $g = 0.65$, 95% Konfidenzintervall $-0.05 - 1.35$, basierend auf 4 RCTs).

Da bei Patient:innen mit SBPF häufig interpersonelle Probleme vorliegen, können Gruppentherapien vorteilhaft sein, da diese interpersonelle Probleme lindern können (z.B. Rabung et al. 2005). Durch ein Gruppensetting können die interpersonellen Funktionen, Empathie und Nähe, gestärkt werden, da in diesem Setting die Auseinandersetzung mit mehreren anderen Personen im Fokus stehen kann. Dies schließt natürlich die Effektivität von Gruppentherapie bei Patient:innen ohne interpersonelle Probleme nicht aus.

Inwiefern Gruppentherapie gegenüber Einzeltherapie zu bevorzugen ist, ist empirisch nicht klar (z.B. Arntz et al. 2022). Auch ist bei der Effektivität einer Gruppentherapie die spezifische Auswahl des Gruppensettings entscheidend. So kann der Effekt einer psychoanalytisch-interaktioneller Gruppe ein anderer sein als der einer Skill-Training-Gruppe im Rahmen einer DBT.

3.4	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Ein Gruppensetting kann Patient:innen mit SBPF angeboten werden.	
	Literatur z.B. Rabung et al. 2005	
	Konsensstärke: 90%	

Vergleiche zur Behandlungsdosis:

Bei den eingeschlossenen Meta-Analysen handelt es sich um kurze Therapien mit meist nicht mehr als 24 Sitzungen. Daher ist kein Vergleich zwischen Kurz- und Langzeittherapie mit den entsprechenden Dosen/Dauer/Frequenz möglich. In zwei Meta-Analysen wurden Vergleiche hinsichtlich der Dauer der Therapie angestellt, die lauten im Einzelnen:

In der Meta-Analyse von Althobaiti et al. (2020) wurde eine Subgruppenanalyse zwischen Interpersoneller Psychotherapie mit mehr und weniger als 12 Sitzungen vorgenommen. Bei Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und/oder Depression zeigte sich hinsichtlich der Symptomreduktion bei Follow-Up sowohl bei mehr als 12 Sitzungen ein moderater Effekt (Cohen 2013) im Vergleich zu aktiver oder inaktiver Kontrollbedingung (Hedge`s $g = 0.48$, 95% Konfidenzintervall $-0.82 - -0.14$, 5 RCTs, $n = 266$). Bei 12 oder weniger Sitzungen zeigte sich ebenfalls ein geringer Effekt, der jedoch nicht statistisch signifikant war (Hedge`s $g = -0.39$, 95% Konfidenzintervall $-0.85 - 0.07$, 4 RCTs, $n = 255$).

Asmundson et al. (2019) testeten beim Vergleich von Cognitive Processing Therapy gegen eine inaktive Kontrollgruppe die Anzahl der Behandlungsstunden als Moderator. Es zeigte sich kein statistisch signifikanter Effekt hinsichtlich der Symptomschwere bei Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung sowohl nach Intervention als auch beim Follow-Up.

In einem Cochrane Review von Naem et al. (2015) wurden Studien gesucht, um einen Vergleich zwischen Kognitiver Verhaltenstherapie in kurzer vs. Standarddauer anzustellen. Allerdings fanden Naem et al. (2015) keine Studien.

Die dargestellten Befunde beziehen sich auf Studien, die Psychotherapien mit kurzer Dauer untersucht haben, die meist nicht mehr als 24 Sitzungen umfassten. Eine breite klinische Erfahrung mit Patient:innen mit SBPF zeigt jedoch, dass meist längere Psychotherapien notwendig

sind, um die Beeinträchtigung der PF zu reduzieren. Dies hat sich z.B. in Psychotherapiemanualen niedergeschlagen, die vor allem für Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen entwickelt wurden. Sowohl die Dialektisch-behaviorale Therapie (Linehan 1993, siehe z.B. Stiglmayr und Gunia 2017), die Mentalisierungsbasierte Therapie (Bateman und Fonagy 2007; Taubner et al. 2019), die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (Clarkin et al. 2008) und die Schematherapie (Young et al. 2008, siehe z.B. Jacob und Arntz 2011) beziehen sich auf Patient:innenpopulationen, in den ein sehr hoher Anteil an SBPF zu erwarten ist. Sie nehmen längere Therapiedauern an (meist mindestens 2 Jahre). Bei der Schematherapie zeigt ein RCT (Arntz et al. 2022) bspw. große Effekte bei einer Therapiedauer von 2 Jahren mit ca. je 60 Gruppen und 60 Einzelsitzungen, sowie mehr oder weniger lineare Verläufe bei der Symptomverbesserung.

Die Meta-Analyse von Bone et al. (2021) zur Literatur des „Good-Enough Level“ zeigt, dass längere Behandlungen eher lineare Besserungsverläufe aufweisen, während kürzere Behandlungen tendenziell eher mit kurvilinearen Modellen des Dose-Response-Effekt abgebildet werden. Die Untersuchung von Nordmo et al. (2021) zeigt allerdings auch hier, dass Behandlungen länger dauerten, wenn zu Beginn der Behandlung höhere Beeinträchtigungen anhand des Global Severity Index und des Inventory of Interpersonal Problems vorlagen.

RCTs, die gezielt Vergleiche zwischen unterschiedlicher Dosis/Dauer von ansonsten gleicher ambulanter Psychotherapie bei Patient:innen mit SBPF anstellen, liegen u.W. nicht vor. Es zeigen sich in Untersuchungen allerdings Hinweise, dass eine längere Dauer bei therapieresistenten Depressionen zu langfristig besseren Erfolgen führen kann (Fonagy et al. 2015), ebenso wenn zusätzlich noch Persönlichkeitsstörungen vorliegen (Kool et al. 2018). Die Meta-Analysen von Leichsenring und Rabung (2011) und Woll und Schönbrodt (2020) weisen darauf hin, dass bei komplexeren Störungen längere Therapien vorteilhaft sein können. Dies deckt sich mit den Befunden von Shefler et al. (2023) zu längeren, hochfrequenten analytischen Psychotherapien. In einer Beobachtungsstudie von Nolte et al. (2016) zeigte sich, dass sich sowohl bei mittel- als auch langfristigen Behandlungen die Symptomlast verbesserte und bei einer Teilgruppe auch nach zwei Jahren noch Verbesserungen erreicht wurden.

Es scheint auch eine Frequenz von 2 Sitzungen in der Woche mit einem besseren Outcome assoziiert zu sein (Kool et al. 2018). Diesen Befund zeigt auch die Untersuchung von Bruijnicks et al. (2020).

Die NICE-Richtlinien empfehlen für Patient:innen mit Borderline-Störungen keine Behandlungen unter 3 Monaten und eine Frequenz von 2 Sitzungen in der Woche (NICE, 2009). Die S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung führt an, dass die Frequenz von einer Sitzung pro Woche nicht unterschritten werden sollte und ein Drittel der betroffenen Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung nach einem Jahr die Remission erreicht, ein weiteres Drittel dafür zwei Jahre benötigt und das letzte Drittel einen noch längeren Zeitraum benötigt. In den aufgeführten Studien und der Richtlinie wurden unterschiedliche Patient:innen untersucht. Legt man die Annahmen nach Wendt et al. (2024b) zugrunde, ist davon auszugehen, dass die PF bei den meisten der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Aufgrund der oben ausgeführten Befunde ist davon auszugehen, dass die Behandlung von Patient:innen mit SBPF ebenfalls längere Therapiedauern umfasst, die eher in Jahren als in Monaten gemessen kann. Ebenso ist davon auszugehen, dass eine höhere Sitzungsfrequenz als einmal wöchentlich ein positives Outcome unterstützen kann.

3.5	Konsensbasiertes Statement	Neu
EK	Patient:innen mit SBPF benötigen in der Regel längere und ausreichend hochfrequente psychotherapeutische Behandlung.	
	Literatur: vgl. S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung; NICE, 2009; Kool et al. 2018; Bruijniks et al. 2020; Bone et al. 2021; Woll und Schönbrodt 2020; Shefler et al. 2023	
	Konsensstärke: 100%	

4.2.4 Schlüsselfrage 2: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die Online-Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung erhalten, ein schlechteres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Für diese Schlüsselfrage ergaben sich:

1 evidenzbasiertes Statement.

In der LL-SBPF werden unter Online-Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung Interventionen verstanden, die rein computerbasiert ohne Beteiligung einer menschlichen Person durchgeführt wird.

Um den Zugang zu Therapie zu erleichtern, werden häufig internetbasierte Interventionen entwickelt (Griffiths und Christensen 2006; Spek et al. 2007). Diese können helfen, wenn leicht zugängliche Angebote oder ausreichend Therapeut:innen nicht vorhanden sind, bzw. diese eine große Anzahl an Patient:innen versorgen müssen (z.B. Backhaus et al. 2012; Ahern et al. 2018; Spek et al. 2007).

Die Autor:innen gehen davon aus, dass Patient:innen mit SBPF häufig innere und äußere Hemmnisse erleben, therapeutische Angebote wahrzunehmen und eine direkte Ansprache notwendig ist (siehe auch Kapitel 4.2.8). Dies kann die Therapiemotivation erhöhen und ein Lernen im persönlichen Kontakt ermöglichen. Fehlt ein therapeutisches Gegenüber, wie es bei Online-Interventionen der Fall sein kann, sind diese Erfahrungen nicht möglich und entsprechend ist ein schlechteres Outcome zu erwarten, als wenn eine Therapeut:in involviert ist. (vgl. Simon et al. 2022; Cuijpers et al. 2019).

Evidenz:

Bei der in die LL-SBPF eingeschlossenen Studien handelt es sich um zwei kontrolliert randomisierte Studien (Adu et al. 2023; Hedman et al. 2016) und eine cluster-randomisierte kontrollierte Studie (Rodante et al. 2022). Genauere Informationen zu den eingeschlossenen Studien finden sich im Anhang des Leitlinienreports (Tabelle 61).

In der Studie von Adu et al. (2023) wurden 70 Patient:innen mit therapieresistenter Depression einerseits mit transkranieller Magnetstimulation und andererseits mit transkranieller Magnetstimulation und dem online Verhaltenstherapieprogramm „MoodGYM“ behandelt.

Hinsichtlich der **Schwere der Depression** (mittels Hamilton Depression Scale, HAMD; Hamilton 1960) fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen Patient:innen mit onlinebasierter Kognitiver Verhaltenstherapie zusätzlich zu transkranieller Magnetstimulation im Vergleich zu nur transkranieller Magnetstimulation ($F = 0.15$, $p = 0.7$).

Hinsichtlich der **Gesundheitsbezogenen Lebensqualität** (mittels Quality of Life Visual Analogue Scale (EQ-VAS); van Reenen und Janssen 2019) fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen Patient:innen mit onlinebasierter Kognitiver Verhaltenstherapie zusätzlich zu transkranieller Magnetstimulation im Vergleich zu nur transkranieller Magnetstimulation ($F = 0.46$, $p = 0.5$).

Die untersuchte Patientenpopulation umfasste Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 73% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz der Schwere der Depression und der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt, da die Studienteilnehmer:innen nicht verblindet waren und die Intervention nur indirekt geprüft wurde (zusätzlich zur transkranieller Magnetstimulation).

In der Studie von Hedman et al. (2016) wurden 127 Patient:innen mit unbegleiteter onlinebasierter expositionsbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie oder mit einer therapeutisch unterstützter onlinebasierter expositionsbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie behandelt oder einer inaktiven Kontrollgruppe zugewiesen.

Hinsichtlich der psychosozialen **Funktionsfähigkeit** (mittels Sheehan Disability Scale, SDS; Sheehan 1983) zeigte sich ein mittlerer post-treatment Effekt (Cohen 2013) zugunsten der unbegleiteten onlinebasierter Kognitiver Verhaltenstherapie gegenüber der Wartekontrollgruppe von $d = 0.58$ (95% Konfidenzintervall 0.08 – 1.07). Der Effekt der begleiteten onlinebasierter Kognitiver Verhaltenstherapie gegenüber der Wartekontrollgruppe fiel mit $d = 0.77$ (95% Konfidenzintervall 0.25 – 1.27) größer aus.

Die Qualität der Evidenz in Bezug auf die psychosoziale Funktionsfähigkeit ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt, da die Studienteilnehmer:innen nicht verblindet waren, die Intervention nur indirekt geprüft wurde (kein direkter Vergleich zwischen unbegleiteter und begleiteter Intervention, sondern nur jeweils im Vergleich zur Wartekontrollgruppe) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich der **Gesundheitsängste** (mittels 64-item Health Anxiety Inventory, HAI; Salkovskis et al. 2002) zeigte sich ein starker post-treatment Effekt (Cohen 2013) zugunsten der unbegleiteten onlinebasierter Kognitiver Verhaltenstherapie gegenüber der Wartekontrollgruppe von $d = 1.02$ (95% Konfidenzintervall 0.49 – 1.53). Der Effekt der begleiteten onlinebasierter Kognitiver Verhaltenstherapie gegenüber der Wartekontrollgruppe fiel mit $d = 1.27$ (95% Konfidenzintervall 0.72 – 1.79) größer aus.

Die untersuchte Patientenpopulation umfasste Patient:innen aus dem somatoformen HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 48% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz der Gesundheitsangst ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt, da die Studienteilnehmer:innen nicht verblindet waren und die Intervention nur indirekt geprüft wurde (kein direkter Vergleich zwischen unbegleiteter und begleiteter Intervention, sondern nur jeweils im Vergleich zur Wartekontrollgruppe).

In der Studie von Rodante et al. (2022) wurden 21 Patient:innen für vier Wochen mit DBT oder mit DBT und „CALMA“, eine onlinebasierter DBT Applikation zur Reduktion von Suizidalität.

Hinsichtlich der **Häufigkeit suizidalen Verhaltens** (mittels Self-injurious thoughts and behaviors interview, SITBI; García-Nieto et al. 2013, Nock et al. 2007) zeigte sich kein statistisch

signifikanter Unterschied in der Reduktion suizidalen Verhaltens zwischen Patient:innen mit DBT und Patient:innen mit DBT und CALMA gab (Suizidgedanken $p(\text{diff}>0) = 0.64$ (85% Bayesian Credibility Interval -1.83 – 2.90); Suizid Plan $p(\text{diff}>0) = 0.32$ (85% Bayesian Credibility Interval -1.34 – 0.73); Suizidale Geste $p(\text{diff}>0) = 0.81$ (85% Bayesian Credibility Interval -0.71 – 3.82); Gedanken an nichtsuizidale Selbstverletzung $p(\text{diff}>0) = 0.20$ (85% Bayesian Credibility Interval -9.07 – 2.79); Nichtsuizidale Selbstverletzung $p(\text{diff}>0) = 0.18$ (85% Bayesian Credibility Interval -3.08 – 0.72)).

Die untersuchte Patientenpopulation umfasst Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 90% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des suizidalen Verhaltens ist sehr gering, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt, da die Studienteilnehmer:innen nicht verblindet waren, Inkonsistenz bzgl. der Wahrscheinlichkeiten für reduziertes suizidales Verhalten von 0.18 bis 0.81 vorlag und die Präzision aufgrund der geringen Stichprobengröße von $n = 18$ fehlte.

Fazit der Evidenz für Online-Interventionen bei Patient:innen mit SBPF:

4.1	Evidenzbasiertes Statement	Neu
	Die Datenlage erlaubt keine klare Empfehlung für oder gegen Online-Interventionen ohne kontinuierliche persönlich medizinisch-therapeutische Begleitung bei Patient:innen mit SBPF.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; zwei randomisiert kontrollierte Studien, eine cluster-randomisierte kontrollierte Studie:	
Psychosoziale Funktionsfähigkeit: ⊕⊕⊕⊖	Hedman et al. (2016)	
Gesundheitsangst: ⊕⊕⊕⊖	Hedman et al. (2016)	
Symptomschwere der Depression: ⊕⊕⊕⊖	Adu et al. (2023)	
Häufigkeit Suizidalen Verhaltens: ⊕⊕⊕⊖	Rodante et al. (2022)	
Gesundheitsbezogene Lebensqualität: ⊕⊕⊕⊖	Adu et al. (2023)	
	Konsensstärke: 96%	

Aufgrund der geringen Qualität der Evidenz, der wenigen Studien und der fehlenden Sicherheit der Ergebnisse kann eine Online-Intervention ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung nicht empfohlen werden, es kann aber auch keine Empfehlung dagegen ausgesprochen werden. Eine Entscheidung muss im klinischen Einzelfall und unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten und Präferenzen getroffen werden.

Weiterführende Informationen:

Zwei weitere Meta-Analysen zeigen, dass begleitete, onlinebasierter Kognitive Verhaltenstherapien bessere Ergebnisse hervorbringen, als unbegleitete, onlinebasierter Kognitive Verhaltenstherapien (Richards und Richardson 2012; Andersson und Cuijpers 2009).

Zudem untersuchten Simon et al. (2022) in einer großen Erhebung mit 18.644 Patient:innen die Effektivität von usual care und aufsuchendem care management im Vergleich zu usual care und

einem unbegleiteten onlinebasierten DBT-Skills Training bei Patient:innen mit Suizidgedanken. Es zeigte sich, dass das Risiko für selbstverletzendes Verhalten bei Patient:innen mit unbegleiteten onlinebasierten Interventionen signifikant höher war als in den beiden Vergleichsgruppen.

Hinsichtlich der Indikation und Kontraindikation besteht dringender Forschungsbedarf, um mögliche Risiken für Patient:innen mit SBPF durch Online-Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung identifizieren zu können.

4.2.5 Schlüsselfrage 3: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulant und stationär abgestimmte Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Für diese Schlüsselfrage ergaben sich:

1 konsensbasierte Empfehlung

1 evidenzbasiertes Statement

Insgesamt wurden 2 Empfehlungen und Statements formuliert.

Eine Abstimmung von vollstationären, tagesklinischen, ambulanten und aufsuchenden Behandlungen ermöglicht eine flexible und passgenaue Versorgung von Patient:innen und soll daher weiter gefördert werden, wie die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung in ihrer achten Stellungnahme beschreibt. Dort werden die Sektorengrenzen als zentrale Ursache für verminderte Qualität und Effizienz identifiziert und den Psych-Fächern ein relevantes Potential zur Verbesserung bescheinigt (Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 29.09.2023). Eine abgestimmte Versorgung wird im deutschen Gesundheitssystem mit der Komplexversorgung angestrebt (KSVPsych-RL, G-BA 2021). Bei dieser steht eine intensive Koordination und Kooperation der beteiligten Behandler:innen im Zentrum. Schließen sich Behandler:innen über Sektoren und Berufsgruppen hinweg zusammen, ermöglicht dies einen Austausch über Diagnostik, Indikation und Therapieplanung. Dadurch kann ein Gesamtbehandlungsplan erstellt werden und vor allem die Kontinuität von Beziehungen gewährleistet werden. So kann eine Patient:in eine feste Ansprechpartner:in haben, die die Behandlung koordiniert, sich um organisatorische Aufgaben kümmert und die Patient:innen beispielsweise dabei unterstützt, Behandlungstermine wahrzunehmen (vgl. KBV 2024). Insgesamt soll damit den Patient:innen erleichtert werden, selbstständig und stabil zu leben, stationäre Aufenthalte zu vermeiden und Beziehungsabbrüche zu minimieren. Dies ist insbesondere bei Patient:innen mit SBPF wichtig, da mit den eingeschränkten Fähigkeiten zur Kontaktaufnahme und -aufrechterhaltung und gravierenden Defiziten in der Emotionsregulation Patient:innen mit SBPF die Therapieplatzsuche insbesondere bei der angespannten Situation der ambulanten psychotherapeutischen psychiatrischen Versorgung (Bundespsychotherapeutenkammer 2018; Goldner et al. 2011) häufig rasch frustriert aufgeben (z.B. nach dem ersten oder zweiten Anruf bei der Ärzt:in, bzw. Psychotherapeut:in (Bridler et al. 2013). Teils sind bis zu 50 Anrufe notwendig, bis Behandlungen beginnen können (Wietersheim et al. 2021)), oder begonnene Behandlung werden abgebrochen, was meist zu verstärkter Demoralisierung führt (Benecke et al. 2018). Gelingt eine Abstimmung von stationärer und ambulanter Versorgung können damit stationäre Aufenthalte vermieden werden, die zustande kommen, wenn Patient:innen keine ambulante Anschlussbehandlung finden. In ihrer Not wenden sich dann Patient:innen häufig an stationäre Einrichtungen.

Evidenz:

Es wurden keine randomisiert-kontrollierte Studien für ambulant und stationär abgestimmte Versorgung gefunden. Eine quasi-experimentelle Längsschnittstudie konnte durch die systematische Literaturrecherche identifiziert werden, die die Einschlusskriterien erfüllte. Die Studie von Müller et al. (2016) mit 26 Patient:innen untersuchte die klinische Effektivität von „integrierter Versorgung“. Integrierte Versorgung beschreibt in diesem Fall eine Mischung aus Kognitiver Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und Assertive Community Treatment (ACT; Marshall und Lockwood 2000) für die Behandlung von Menschen mit psychotischen Störungen. Das ACT beschreibt eine aufsuchende, durch ein multiprofessionelles Team durchgeführte gemeindepsychiatrische Behandlungsform für chronisch erkrankte Patient:innen ohne zeitliche Limitation. Sie hat das Ziel, Patient:innen zu stabilisieren und rehabilitieren. Zusammengefasst kann die Integrierte Versorgung nach Müller et al. (2016) „als ein patientenzentriertes, multidisziplinäres Behandlungsmodell definiert werden, in dem verschiedene Institutionen, die zur Behandlung beitragen, mit dem Ziel der Kontinuität und Evidenzbasierung der Versorgung zusammenarbeiten“ beschrieben werden. Die Integrierte Versorgung ergänzt stationäre Angebote und legt einen Fokus darauf, die Therapie zu den Patient:innen zu bringen. Genauere Informationen zu den eingeschlossenen Studien finden sich im Anhang des Leitlinienreports (Tabelle 62).

Hinsichtlich des **Psychosozialen Funktionsniveaus** (mittels Global Assessment of Functioning Scale, GAF; Hilsenroth et al. 2000) wurde eine signifikante Verbesserung zwischen Studienbeginn und nach 12 Monaten ($p < 0.05$) bei Personen mit Integrierter Versorgung berichtet. Ein Vergleich zwischen Personen mit und ohne Integrierte Versorgung fand hinsichtlich dieses Outcomes nicht statt.

Hinsichtlich der **subjektiven Lebensqualität** (nach Modularem System zur Lebensqualität, MSLQ-R; Pukrop et al. 1999) zeigten sich bei Personen mit Integrierter Versorgung keine signifikanten Veränderungen zwischen Studienbeginn und nach 12 Monaten in den 7 Subskalen (Körperliche Gesundheit, Vitalität, Psychosoziale Lebensqualität, Materielle Versorgung, Freizeit Lebensqualität, Affektive Lebensqualität, Leben gesamt). Ein Vergleich zwischen Personen mit und ohne integrierte Versorgung fand hinsichtlich dieses Outcomes nicht statt.

Hinsichtlich der **Symptomatik** (mittels Clinical Global Impression Scale, CGI – Schizophrenia; Haro et al. 2003) zeigte sich bei Personen mit Integrierter Versorgung signifikante Verbesserungen zwischen Studienbeginn und nach 12 Monaten in drei Subskalen, dem Schweregrad der Krankheit ($p < 0.01$), dem Schweregrad positiver Symptome ($p < 0.001$) und dem Schweregrad kognitiver Symptome ($p < 0.05$). Es zeigte sich eine signifikante Verschlechterung in zwei Subskalen, dem Schweregrad der Schizophrenie ($p < 0.05$) und dem Schweregrad negativer Symptome ($p < 0.05$). Keine Veränderung fand sich beim Schweregrad depressiver Symptome ($p > 0.05$). Ein Vergleich zwischen Personen mit und ohne Integrierte Versorgung fand hinsichtlich dieses Outcomes nicht statt.

Hinsichtlich der **Behandlungadhärenz** (mittels Service Engagement Scale, SES; Tait et al. 2002) zeigte sich bei Personen mit Integrierter Versorgung eine signifikante Verbesserung zwischen Studienbeginn und nach 12 Monaten beim Einlassen der Patient:innen auf die Behandlung ($p < 0.05$). Ein Vergleich zwischen Personen mit und ohne Integrierte Versorgung fand hinsichtlich dieses Outcomes nicht statt.

Hinsichtlich des **Risikos für eine stationäre Behandlung** zeigte sich, dass Patient:innen mit Integrierter Versorgung gegenüber Patient:innen mit Standardversorgung ein um 84% verrin-

geres Risiko haben, innerhalb von 424 Tagen stationär aufgenommen zu werden. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum der Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 84% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Evidenzqualität muss als insgesamt sehr niedrig eingestuft werden, da bei den meisten Outcomes keine Kontrollgruppe vorhanden war, sondern nur ein Prä-Post-Vergleich angestellt wurde.

Fazit der Evidenz für ambulant und stationär abgestimmte Versorgung bei Patient:innen mit SBPF:

5.1	Evidenzbasiertes Statement	Neu
	Die Datenlage erlaubt keine klare Empfehlung für oder gegen eine ambulant und stationär abgestimmte Versorgung bei Patient:innen mit SBPF.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; eine quasi-experimentelle Längsschnittstudie:	
Psychosoziales Funktionsniveau: ⊕⊕⊕⊖	Müller et al. (2016)	
Subjektive Lebensqualität: ⊕⊕⊕⊖	Müller et al. (2016)	
Veränderung der Symptomatik: ⊕⊕⊕⊖	Müller et al. (2016)	
Behandlungssadhärenz: ⊕⊕⊕⊖	Müller et al. (2016)	
Häufigkeit der stationären Behandlung: ⊕⊕⊕⊖	Müller et al. (2016)	
	Konsensstärke: 92%	

Die Qualität der Evidenz und die uneindeutige Richtung der Ergebnisse erlauben alleine keine klare Empfehlung, jedoch weisen die klinischen Erfahrungen klar in die Richtung, dass Patient:innen von einer ambulant und stationär abgestimmten Versorgung profitieren. Daher wird empfohlen, Patient:innen mit SBPF eine ambulant und stationär abgestimmte Versorgung anzubieten.

5.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Wenn Patient:innen mit SBPF sowohl ambulant als auch stationär versorgt werden, sollte diese Versorgung abgestimmt werden, unter Berücksichtigung der Wünsche der Patient:innen und ggf. Zugehörigen.	
	Konsensstärke: 100%	

Weiterführende Informationen:

Die hier gefundenen Ergebnisse sind vergleichbar mit weiteren deutschen Studien (Lambert et al. 2010; Bechdorf et al. 2011; Fischer et al. 2014; Müller et al. 2013). Andere Studien weisen darauf hin, dass eine aufsuchende Behandlung zum einen stationäre Aufenthalte auch reduzieren kann (Marshall und Lockwood 2000) und kostenneutral durchführbar ist (Fischer et al.

2014; Deister 2011; Karow et al. 2012), sowie eine höhere Lebensqualität der Patient:innen ermöglicht (Karow et al. 2012). Aufsuchende Interventionen werden derzeit auch von Leitlinien für schizophrene Erkrankungen empfohlen (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen; British Psychological Society 2009; NICE 2014).

4.2.6 Schlüsselfrage 4: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die in „besonderen Wohnformen“ unter einem Dach wohnen, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Für diese Schlüsselfrage ergaben sich:

1 evidenzbasiertes Statement

In diesem Kapitel wird die in diesem Kontext übliche Terminologie von Klient:innen verwendet. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass dieser Bereich der Versorgung für ein sehr heterogenes Klientel relevant ist.

Für Klient:innen mit komplexem Behandlungsbedarf kann es verschiedene Unterstützungsformen, die das Wohnumfeld der Klient:innen betreffen, geben. Dazu zählen stationäre und ambulante Unterstützungsangebote. Eine präzise Terminologie fehlt, was vergleichende Untersuchungen (Richter und Hoffmann 2017) und eine genaue Beschreibung verschiedener Wohnformen erschwert. Zudem fehlen hochwertige Studien, die die Effektivität von verschiedenen Unterstützungsformen untersuchen (Chilvers et al. 2002, 2006; Speck et al. 2013). Entsprechend wurde das Kriterium „besondere Wohnform“ in der LL-SBPF bewusst offengehalten, welches hier als ein Kontinuum von stationären Wohneinrichtungen, die lange Zeit als „Heim“ und mittlerweile als „besondere Wohnform“ bezeichnet werden, bis zu ambulanten Unterstützungsangeboten in der eigenen Wohnung (Dehn et al. 2021) verstanden wird. Unterschiedlich ist jeweils der Grad an Unterstützung bei der Wohnsituation und dem Grad, indem therapeutische Angebote gemacht werden. So kann es sich auf der einen Seite um eine Unterbringung ansonsten obdachlos werdender Klient:innen handeln bis hin zu einer intensiv sozialtherapeutisch begleiteten therapeutischen Wohngruppe. Grob lassen sich in Deutschland drei Formen unterscheiden: Ambulant Betreutes Wohnen, Stationär Betreutes Wohnen und Betreutes Wohnen in Familien (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen).

Auf empirischer Ebene zeigen sich nach Richter und Hoffmann (2017) keine Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Wohnformen hinsichtlich sozialer und gesundheitlicher Parameter. Dabei scheint eine Trennung der eigenen Wohnung von Unterstützungsangeboten ein Ideal zu sein, das durch die Interventionen erhalten oder erreicht werden soll (Tabol et al. 2010). Eine eigenständige Wohnform wird allgemein präferiert (Richter und Jäger 2021). Studien, die verschiedene Wohnformen bei Klient:innen mit SBPF untersuchen, sind uns nicht bekannt.

Grundsätzlich gilt, dass die soziale Teilhabe von Klient:innen mit SBPF durch ein wohnortnahes, selbstbestimmtes, ambulantes Wohnen gefördert wird, wie dies bspw. in der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Kapitel 10.3, S. 134ff) beschrieben wird. Nur wenn dies nicht möglich ist, sollten unterstützte Wohnformen in Betracht gezogen werden, oder wenn Klient:innen eine Präferenz dafür haben. Auf diese Sondersituation bezieht sich die LL-SBPF. Gründe, weshalb ein selbstbestimmtes Wohnen nicht möglich ist, können bspw. eine fehlende Strukturierung des Alltags sein, weil Klient:innen dies aufgrund der Beeinträchtigungen der PF nicht möglich ist. Ein therapeutisch geführtes Wohnumfeld kann

entwicklungsfördernd im Sinne der sozialen Therapie sein, da neue Beziehungserfahrungen gemacht, Selbstbilder dauerhaft geprüft, Interaktionen ein Feedback erhalten können und auch so die interaktionellen Funktionen gefördert werden können (Üben in der Gemeinschaft). Durch das dauerhafte Zusammenleben kann ein intensiver Raum des Austausches geschaffen werden. Ziel sollte jedoch immer die Rückkehr in eine selbstbestimmte Wohnform sein, da unterstützte Wohnformen nicht selten wohnortfern und mit einem Verlust an Eigenständigkeit einhergehen (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen).

Evidenz:

Die gesuchte Evidenz bezieht sich explizit auf Studien aus Deutschland. Damit sollte eine Übertragbarkeit ins Krankenkassen- und Sozialhilfesystem gewährleistet werden. Leider wurden für diese Interventionsformen keine randomisiert kontrollierten Studien gefunden. Zwei Publikationen (Dehn et al. 2022; Dehn et al. 2021) erfüllten die Suchkriterien. Beide entstammen aus dem Projekt „WiEWohnen NRW“ (Wienberg et al. 2021). Untersucht wurden Effekte von stationären und ambulanten Wohneinrichtungen. In Bezug auf die LL-SBPF zeigt das Projekt WiEWohnen NRW hinsichtlich der Interventions- und Kontrollgruppe eine fehlende Trennschärfe, da in der Kontrollgruppe auch Interventionen vorhanden waren, die unserer Interventionsdefinition entsprachen (Wienberg et al. 2021, S. 101). Dies wurde in der Evidenzbewertung berücksichtigt. Die Interventionsgruppe umfasste Wohnformen im geschlossenen oder offenen Wohnheim oder im „dezentralen Wohnen mit mobiler Rufbereitschaft“ (Wienberg et al. 2021, S. 101). Die Kontrollgruppe umfasste einerseits „intensiv betreutes Wohnen“ sowie „ambulant betreute Wohngemeinschaft“, was unserer Auffassung nach die fehlende Trennschärfe bedingt – diese Interventionen hätten nach unserer Definition zur Intervention gepasst. Weitere Kontrollbedingungen war das Wohnen „allein oder mit Personen, die keine Unterstützung erhalten“ mit oder ohne weitere Unterstützung (Wienberg et al. 2021, S. 101). Genauere Informationen zu den eingeschlossenen Studien finden sich im Anhang des Leitlinienreports (Tabelle 63).

Die Studien berichten eine signifikante Verbesserung des **Sozialen Funktionsniveaus** (mittels Social Functioning Scale, SFS; Birchwood et al. 1990, Iffland et al. 2015) zwischen Studienbeginn und nach 2 Jahren sowohl bei Klient:innen mit permanenter Wohnunterstützung und Klient:innen in eigener Wohnung. Zwischen diesen beiden Klient:innengruppen (permanente Wohnunterstützung, eigene Wohnung) gab es keinen signifikanten Unterschied ($F = 0.23$, $p = 0.63$, $d = 0.09$).

Bei der **Einweisung ins psychiatrische Krankenhaus** zeigte sich eine Reduktion an Klient:innen, die innerhalb der letzten 12 Monate stationär eingewiesen wurden, zwischen Studienbeginn und nach 2 Jahren. Bei den Klient:innen mit permanenter Wohnunterstützung wurden an Baseline 69% in den letzten 12 Monaten eingewiesen, zwei Jahre später waren es noch 21%. Bei Klient:innen in eigener Wohnung wurden an Baseline 60% in den letzten 12 Monaten eingewiesen, zwei Jahre später waren es 27%. Zwischen diesen beiden Klient:innengruppen (permanente Wohnunterstützung, eigene Wohnung) gab es jedoch keinen statistisch signifikanten Unterschied ($\chi^2 = 0.70$, $p = 0.53$, $V = 0.08$). Klient:innen mit permanenter Wohnunterstützung und Klient:innen in eigener Wohnung. Zwischen diesen beiden Klient:innengruppen (permanente Wohnunterstützung, eigene Wohnung) gab es keinen signifikanten Unterschied ($F = 3.00$, $p = 0.09$, $d = 0.31$).

Bei der **Lebensqualität** (nach Manchester Short Assessment of Quality of Life, MANSA; Priebe et al. 1999) zeigte sich eine Verbesserung zwischen Studienbeginn und nach 2 Jahren sowohl bei Klient:innen mit permanenter Wohnunterstützung und Klient:innen in eigener Wohnung. Zwischen diesen beiden Klient:innengruppen (permanente Wohnunterstützung, eigene Wohnung) gab es keinen signifikanten Unterschied ($F = 0.07, p = 0.79, d = 0.06$).

Die untersuchte Klientenpopulation umfasste Klient:innen hauptsächlich aus dem internalisierenden, dem enthemmt-externalisierenden und dem HiTOP-Spektrum der Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 72% (Dehn et al. 2021), bzw. bei 69% (Dehn et al. 2022) der untersuchten Klient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Fazit der Evidenz für „besondere Wohnformen“ bei Klient:innen mit SBPF:

6.1	Evidenzbasiertes Statement	Neu
	Die Datenlage erlaubt keine klare Empfehlung für oder gegen eine Unterbringung in einer „besonderen Wohnform“ unter einem Dach bei Klient:innen mit SBPF.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; zwei Publikationen aus einer prospektiven Kohortenstudie:	
Soziales Funktionsniveau: ⊕⊕⊕⊕ Einweisung ins psychiatrische Krankenhaus: ⊕⊕⊕⊕ Psychopathologische Symptomschwere: ⊕⊕⊕⊕ Lebensqualität: ⊕⊕⊕⊕	Dehn et al. (2021) Dehn et al. (2022)	
	Konsensstärke: 92%	

Hinweis: In der Stellungnahme der DGPPN (siehe Kapitel 3.2 im Leitlinienreport) wird folgendes Sondervotum vorgeschlagen:

„Menschen mit SBPF sollen entsprechend ihrer individuellen Bedarfe und Präferenzen mobil und unabhängig von der Wohnform unterstützt werden, selbstbestimmt in der Gemeinde zu wohnen (Empfehlungsstärke A basierend auf der Empfehlung 17 der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen).“

Aufgrund der geringen Qualität der Evidenz, der wenigen Studien und der fehlenden Sicherheit der Ergebnisse, kann die Unterbringung in einer „besonderen Wohnform“ unter einem Dach nicht empfohlen werden, es kann aber auch keine Empfehlung dagegen ausgesprochen werden. Eine Entscheidung muss im klinischen Einzelfall und unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten und Präferenzen getroffen werden.

Wenn eine unterstützte Wohnform notwendig ist, sollte diese:

- die größtmögliche Selbstbestimmung der Klient:innen ermöglichen
- selbstbestimmtes Wohnen der Klient:innen fördern
- therapeutische Konzepte und qualifiziertes Personal für Klient:innen mit SBPF vorhalten
- einen Bezug in die Gemeinde hinein erhalten.

Weiterführende Informationen:

In Baden-Württemberg wurde ein ähnliches Projekt wie von Dehn et al. (2021) und Dehn et al. (2022) beschrieben, durchgeführt, welches nicht in die LL-SBPF aufgenommen wurde, da sich weniger als 70% der Stichprobe in einem Wohnsetting befanden, das auf das Kriterium „besondere Wohnform unter einem Dach“ zutraf (Steinert et al. 2020, S. 68).

4.2.7 Schlüsselfrage 5: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante koordinierte Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Für diese Schlüsselfrage ergaben sich:

4 evidenzbasierte Empfehlungen.

Vom Gesetzgeber wird eine koordinierte Versorgung, insbesondere in der ambulanten Versorgung, gefordert. Dazu wurde 2021 die „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)“ beschlossen (G-BA 2021). Darin wird die unzureichende „berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ festgestellt.

Eine gut koordinierte Versorgung zeichnet sich dadurch aus, dass Patient:innen mit SBPF eine Ansprechpartner:in haben, die:

- eine ausreichende Ausbildung hinsichtlich psychischer Störungen hat,
- Sektorenübergreifend vernetzt ist,
- Terminvereinbarungen übernehmen und weitere Leistungen und Hilfen anbahnen kann,
- Patient:innen motivieren kann, Termine wahrzunehmen,
- einen regelmäßigen (bis wöchentlichen) Kontakt zu den Patient:innen herstellen und halten kann,
- falls notwendig das relevante Umfeld einbeziehen kann,
- falls notwendig und mit Einverständnis der Patient:in diese in ihrem häuslichen Umfeld aufsucht.

Die Koordinierung kann von behandelnden Personen selbst ausgeübt werden oder an entsprechend qualifiziertes Personal delegiert werden. Die qualifizierende Beschreibung, was eine koordinierte Versorgung ausmacht, stammt von der KSVPsych-RL. Dort werden auch Berufsgruppen benannt, die diese koordinierende Versorgung ausüben können oder an die Aufgaben delegiert werden können. Da jedoch nicht alle relevanten Berufsgruppen, wie Hausärzt:innen, benannt werden, wurde hier allein die qualifizierende Beschreibung gewählt. Zudem wird die Richtlinie häufig aufgrund fehlender monetärer Anreize nicht umgesetzt.

Evidenz:

Zwei Studien konnten in die LL-SBPF eingeschlossen werden. Zum einen eine Meta-Analyse von Lim et al. (2022), sowie ein Cochrane Review von Dieterich et al. (2017). Die in den beiden Studien beschriebene Art und Umfang der abgestimmten Versorgung war heterogen. Die Personen, die als Case Manager bezeichnet wurden, waren psychiatrisch Pflegenden (Dieterich et al. 2017; Muijen et al. 1994) oder Sozialarbeiter:innen (Dieterich et al. 2017; Björkman et al. 2002), teilweise auch nicht näher bezeichnete Gesundheitskräfte (Lim et al. 2022; Kilbourne et

al. 2013) oder Mitarbeitende (Dieterich et al. 2017; Chandler et al. 1996). Die Koordinierte Versorgung umfasste teilweise Symptommonitoring (Lim et al. 2022; Kilbourne et al. 2012) und/oder Beratung (Lim et al. 2022; Malakouti et al. 2016), Behandlungskoordination (Dieterich et al. 2017; Bertelsen et al. 2008), Verhaltenstraining (Dieterich et al. 2017; Björkman et al. 2002), aber auch soziale Themen wie Arbeitsrehabilitation (Dieterich et al. 2017; Chandler et al. 1996) und Hilfe bei Wohnproblemen (Dieterich et al. 2017; Muijen et al. 1994). Keine der in den Meta-Analysen berücksichtigten Einzelstudien wurde in Deutschland durchgeführt, sondern fanden in Großbritannien (Muijen et al. 1994; Audini et al. 1994), den USA (Kilbourne et al. 2013; Chandler et al. 1996; Kilbourne et al. 2012), Dänemark (Bertelsen et al. 2008), Iran (Malakouti et al. 2016), Schweden (Björkman et al. 2002) und Australien (Johnston et al. 1998) statt. Eine direkte Übertragbarkeit auf das deutsche Versorgungssystem ist somit nicht gegeben. Angesichts der Unterschiede in den Einzelstudien ist jedoch zu berücksichtigen, dass Unterschiede in den Ergebnissen in der Evidenzbewertung berücksichtigt wurden (indem die Evidenzqualität herabgestuft wurde, falls erhebliche Varianz zwischen den Effektschätzern der Einzelstudien bestand). Genauere Informationen zu den eingeschlossenen Studien finden sich im Anhang des Leitlinienreports (Tabelle 64).

Die Meta-Analyse (Lim et al. 2022) untersuchte Befunde zum „Care Management“, welches durch eine ambulante Standardbehandlung plus Planung und Koordination der Behandlung. Es war kein multidisziplinäres Behandlungsteam involviert.

7.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: 0	Zur Verbesserung der psychischen Lebensqualität kann Patient:innen mit SBPF eine ambulante koordinierte Versorgung angeboten werden.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; eine Meta-Analyse:	
Psychische Lebensqualität: ⊕⊕⊖⊖	Lim et al. (2022)	
	Konsensstärke: 100%	

Aus der Meta-Analyse (Lim et al. 2022) konnten die Ergebnisse von drei RCTs mit insgesamt 304 Patient:innen extrahiert werden, bei denen ein Unterschied in geringem Ausmaß (Cohen 2013) in der **psychischen Lebensqualität** von Hedge`s g 0.26 (95% Konfidenzintervall 0.02 – 0.51) zugunsten der Patient:innen mit Care Management gegenüber den Patient:innen mit Standard Outpatient Care festgestellt wurde. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste Patient:innen aus dem internalisierenden und dem HiTOP-Spektrum der Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 75% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Bei der Meta-Analyse liegt aufgrund des Studiendesigns eine hohe Qualitätsstufe vor. Aufgrund methodischer Schwächen laut AMSTAR Checkliste (Coenen et al. 2013; z.B. fehlende Angabe des Suchzeitraums) wurde die Qualität zu moderat herabgestuft. Die weitere Herabstufung erfolgte aufgrund von fehlender Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

Das Cochrane Review (Dieterich et al. 2017) untersuchte Intensive Case Management, welches als Versorgung in Anlehnung eines der folgenden Drei Modelle definiert war: (a) Assertive

Community Treatment Modell (Stein und Test 1980) (b) Assertive Outreach Modell (Wetheridge et al. 1982; Wetheridge 1991; McGrew und Bond 1995) (c) Case Management Modell (Intagliata 1982). Weiterhin durfte ein Fallmanager nicht mehr als 20 Patient:innen betreuen. Aus dem Cochrane Review konnten Ergebnisse zur psychosozialen Funktionsfähigkeit und zum Erwerbsstatus extrahiert werden. Diese beziehen sich auf unterschiedliche Messzeiträume.

7.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Zur Verbesserung der psychosozialen Funktionsfähigkeit sollte Patient:innen mit SBPF eine ambulante koordinierte Versorgung angeboten werden.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; ein Cochrane Review:	
Psychosoziale Funktionsfähigkeit st: ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)	
Psychosoziale Funktionsfähigkeit mt: ⊕⊕⊖⊖	Dieterich et al. (2017)	
Psychosoziale Funktionsfähigkeit lt: ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)	
	Konsensstärke: 100%	

Die Qualität der Evidenz wurde für die psychosoziale Funktionsfähigkeit jeweils nach Zeitabschnitten bewertet, st – short term, mt - medium term, lt – long term

Für die **kurzfristige Verbesserung der psychosozialen Funktionsfähigkeit** (Messung nach weniger als 6 Monaten) wurde eine Meta-Analyse aus 4 RCTs mit 797 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte, dass der GAF-Score (American Psychiatric Association 1987) für Patient:innen mit Intensive Case Management im Mittel 2.07 (95% Konfidenzintervall 0.28 – 3.86) Punkte höher war als bei Patient:innen mit Standardversorgung. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 67% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Bei dem Cochrane-Review liegt aufgrund der des Studiendesigns eine hohe Qualitätsstufe vor. Aufgrund eines hohen Bias-Risikos hinsichtlich der Verblindung von Studienteilnehmer:innen sowie Selektivem Berichten wurde die Qualität zu moderat herabgestuft.

Für die **mittelfristige Verbesserung der psychosozialen Funktionsfähigkeit** (Messung nach 7 – 12 Monaten) wurde eine Meta-Analyse aus 3 RCTs mit 722 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte keinen Unterschied in der Mittelwertdifferenz des GAF-Scores (American Psychiatric Association 1987; 0.09, 95% Konfidenzintervall -3.11 – 3.28) zwischen Patient:innen mit Intensive Case Management und Patient:innen mit Standardversorgung. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 66% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Bei dem Cochrane-Review liegt aufgrund der des Studiendesigns eine hohe Qualitätsstufe vor. Aufgrund eines hohen Bias-Risikos hinsichtlich der Verblindung von Studienteilnehmer:innen sowie Selektivem Berichten wurde die Qualität zu moderat herabgestuft. Die weitere Herabstufung zu niedrig erfolgte aufgrund von Inkonsistenz, da eine signifikante Heterogenität zwischen

den Studien bzw. ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärendem Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien (I^2 55%) vorlag.

Für die **langfristige Verbesserung der psychosozialen Funktionsfähigkeit** (Messung nach mehr als 12 Monaten) wurde eine Meta-Analyse aus 5 RCTs mit 818 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigten, dass der GAF-Score (American Psychiatric Association 1987) für Patient:innen mit Intensive Case Management im Mittel 3.41 (95% Konfidenzintervall 1.66 – 5.16) Punkte höher war als für Patient:innen mit Standardversorgung. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 67% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Bei dem Cochrane-Review liegt aufgrund der des Studiendesigns eine hohe Qualitätsstufe vor. Aufgrund eines hohen Bias-Risikos hinsichtlich der Verblindung von Studienteilnehmer:innen sowie Selektivem Berichten wurde die Qualität zu moderat herabgestuft.

7.3	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: 0	Zur Reduktion von Erwerbslosigkeit kann Patient:innen mit SBPF eine ambulante koordinierte Versorgung angeboten werden.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; ein Cochrane Review:	
Erwerbsstatus mt: ⊕⊕⊖⊖	Dieterich et al. (2017)	
Erwerbsstatus lt: ⊕⊕⊖⊖	Dieterich et al. (2017)	
	Konsensstärke: 100%	

Die Qualität der Evidenz wurde für den Erwerbsstatus nach mt – medium term, lt – long term

Hinweis: In der Stellungnahme der DGPPN (siehe Kapitel 3.2 im Leitlinienreport) wird folgendes Sondervotum vorgeschlagen:

„Neben spezifischen Ansätzen zur Verbesserung der beruflichen Teilhabe von Menschen mit SBPF kann auch eine ambulante koordinierte Versorgung zu dieser beitragen und deshalb angeboten werden (Empfehlungsstärke 0).“

Für die **mittelfristige Verbesserung des Erwerbsstatus** (Messung nach 7 – 12 Monaten) wurde eine Meta-Analyse aus 4 RCTs mit 1136 Patient:innen durchgeführt. Sie zeigt ein Risk-Ratio von 0.89 (95% Konfidenzintervall 0.79 – 1), Patient:innen mit Intensive Case Management haben gegenüber Patient:innen mit Standardversorgung tendenziell ein 11% geringeres Risiko, mittelfristig erwerbslos zu sein. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 83% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Bei dem Cochrane-Review liegt aufgrund der des Studiendesigns eine hohe Qualitätsstufe vor. Aufgrund eines hohen Bias-Risikos hinsichtlich der Verblindung von Studienteilnehmer:innen sowie Selektivem Berichten wurde die Qualität zu moderat herabgestuft. Die weitere Herabstufung zu niedrig erfolgte aufgrund von Inkonsistenz, da eine signifikante Heterogenität zwischen den Studien bzw. ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärendem Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien (I^2 75%) vorlag.

Für die **langfristige Verbesserung des Erwerbsstatus** (Messung nach mehr als 12 Monaten) wurde eine Meta-Analyse aus 4 RCTs mit 1129 Patient:innen durchgeführt. Sie zeigt ein Risk-Ratio von 0.70 (95% Konfidenzintervall 0.49 – 1), Patient:innen mit Intensive Case Management haben gegenüber Patient:innen mit Standardversorgung tendenziell ein 30% geringeres Risiko, langfristig erwerbslos zu sein. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 83% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Bei dem Cochrane-Review liegt aufgrund der des Studiendesigns eine hohe Qualitätsstufe vor. Aufgrund eines hohen Bias-Risikos hinsichtlich der Verblindung von Studienteilnehmer:innen sowie Selektivem Berichten wurde die Qualität zu moderat herabgestuft. Die weitere Herabstufung zu niedrig erfolgte aufgrund von Inkonsistenz, da eine signifikante Heterogenität zwischen den Studien bzw. ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärendem Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien (I^2 94%) vorlag.

Hinsichtlich des Erwerbsstatus ist zu erwähnen, dass die meisten Studien des Reviews (Dieterich et al. 2017) sich auf Populationen im erwerbsfähigen Alter beziehen, bzw. die allermeisten Studienteilnehmer:innen im erwerbsfähigen Alter waren. Aussagen auf Ruheständler können somit nicht getroffen und die Empfehlung findet entsprechend bei Patient:innen im erwerbsfähigen Alter Anwendung.

Fazit der Evidenz für ambulant koordinierte Versorgung bei Patient:innen mit SBPF:

Die Evidenz und klinische Erfahrung deuten darauf hin, dass Patient:innen mit SBPF von einer koordinierten ambulanten Versorgung profitieren, entsprechend sollte dies empfohlen werden.

7.4	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Bei Bedarf einer multiprofessionellen ambulanten Behandlung sollte diese koordiniert durch eine an dieser Behandlung beteiligten Person stattfinden.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; eine Meta-Analyse und ein Cochrane Review:	
Psychische Lebensqualität: ⊕⊕⊕⊖	Lim et al. (2022)	
Funktionsfähigkeit st: ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)	
Funktionsfähigkeit mt: ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)	
Funktionsfähigkeit lt: ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)	
Erwerbsstatus mt: ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)	
Erwerbsstatus lt: ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)	
	Konsensstärke: 96%	

Die Qualität der Evidenz wurde für die Funktionsfähigkeit jeweils nach Zeitabschnitten bewertet, st – short term, mt – medium term, lt – long term, der Erwerbsstatus nach mt – medium term, lt – long term

4.2.8 Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit SBPF, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?

Für diese Schlüsselfrage ergaben sich:

1 evidenzbasiertes Statement

10 evidenzbasierte Empfehlungen

5 konsensbasierte Empfehlungen.

Insgesamt wurden 16 Empfehlungen und Statements formuliert.

Dieses Kapitel behandelt die Rolle der therapeutischen Beziehung bei Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen.

Der Begriff Therapeutische Beziehung bezieht sich auf „die Gefühle und Einstellungen, die Therapeut:in und Patient:in zueinander haben und die Art, wie diese ausgedrückt werden“ (Norcross und Lambert 2018, S. 304). Es handelt sich also nicht um einzelne Techniken oder Interventionen, sondern die jeweils sich gestaltende Ausformung des Miteinander-Seins und erfordert grundlegende therapeutische Fertigkeiten und Haltungen. Behandlungsmethoden und therapeutische Beziehung informieren und formen sich gegenseitig. Anders ausgedrückt: Behandlungsmethoden sind Beziehungsakte (Safran und Muran 2000).

Zugrunde gelegt wurden für dieses Kapitel die Empfehlungen der Leitlinien Schizophrenie, Bipolare Störungen, Autismus-Spektrum-Störungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung und Essstörungen. Hieraus ergaben sich 2 Empfehlungen.

Für 9 weitere Empfehlungen wurde eine systematische Recherche von Meta-Analysen zugrunde gelegt. Grundlegend für die Festlegung der Suchterme waren dabei vor allem die Ergebnisse der Task Force „Evidence-based relationships and responsiveness“ der American Psychological Association (Norcross & Lambert, 2011; Norcross & Lambert, 2018). Die genaue Suchstrategie ist im Leitlinienreport nachzulesen (Tabelle 57). Insgesamt 17 Meta-Analysen wurden eingeschlossen.

5 Empfehlungen wurden im Expertenkonsens formuliert.

4.2.8.1 Relevanz und Wirkung der therapeutischen Beziehung und der Beziehungskontinuität

Die therapeutische Beziehung und das Arbeitsbündnis von Patient:in und Behandler:in tragen maßgeblich zur Wirksamkeit von psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen bei (Gelso et al. 2018; Norcross und Lambert 2018).

Eine Meta-Analyse mit Daten aus 4 Ländern, 362 Therapeut:innen und 14.254 Patient:innen zeigte, dass 5 - 8% des Effekts von Psychotherapie auf die therapeutische Beziehung zurückzuführen sind (Barkham et al. 2017). Diese Studie zeigt ebenfalls, dass dies besonders für Menschen mit SBPF zutrifft: Je schwerwiegender ein Patient zu Beginn der Behandlung beeinträchtigt war, desto wichtiger war die Rolle des Therapeuten/der Therapeutin bzw. der therapeutischen Beziehung für den Verlauf und das Ergebnis der Therapie.

Wenn die therapeutische Beziehung jedoch fehlt oder stark reduziert ist, wie dies beispielsweise bei Online-Interventionen der Fall ist, kann dies negativ wirken: Eine große randomisierte Studie mit 18.882 suizidalen Patient:innen zeigte, dass ein online angebotenes DBT-Skills-Training das Risiko für Selbstverletzungen bei erwachsenen Patient:innen im Vergleich zu Care as usual erhöhte (Simon et al. 2022). Die Beziehung bei online-Therapien ist reduziert (Therapeut:in und Patient:in haben – je nachdem ob videobasiert oder rein chatbasiert - sehr wenige oder keine non-verbale Informationen aus der Körpersprache des Gegenübers zur Verfügung)

und das wirkt sich bei guter Persönlichkeitsorganisation weniger schwerwiegend aus als bei SBPF.

Für die folgenden Aspekte der therapeutischen Beziehung wurden in Meta-Analysen überzeugende Belege für deren Wirksamkeit gefunden:

- therapeutische **Allianz** in Einzelpsychotherapie (Flückiger et al. 2018) sowie in Paar- und Familientherapie (Friedlander et al. 2018)
- **Kohäsion** in Gruppentherapie (Burlingame et al. 2018)
- **Zusammenarbeit** (Tryon et al. 2018)
- **Zielkonsens** (Tryon et al. 2018)
- **Empathie** (Elliott et al. 2018)
- Positive **Wertschätzung** (Farber et al. 2018)
- Einholen und Geben von **Feedback** (Lambert et al. 2018)

Die folgenden Aspekte haben laut Meta-Analysen wahrscheinlich gute Effekte:

- **Kongruenz/Echtheit** (Kolden et al. 2018)
- **Realbeziehung/Arbeitsbündnis** (Gelso et al. 2018)
- **Emotionsausdruck** (Peluso und Freund 2018)
- Kultivieren **positiver Erwartungen** (Constantino et al. 2018b)
- Förderung von **Glaubwürdigkeit** der Behandlung (Constantino et al. 2018a)
- Management der **Gegenübertragung** (Hayes et al. 2018)
- **Bearbeiten von Beziehungsbrüchen** (Eubanks et al. 2018; Lo Coco et al. 2019)

Vielversprechend, aber noch nicht ausreichend durch empirische Belege gestützt, sind:

- „**Self-Disclosure**“ und Unmittelbarkeit (Hill et al. 2018)

Diese allgemeinen Faktoren sind je nach Patientencharakteristika und –bedürfnissen gegebenenfalls zu adaptieren, das wird in einzelnen Empfehlungen dieses Kapitels herausgearbeitet. Meta-Analysen qualitativer Studien mit Patient:innen und Kliniker:innen unterstreichen die Relevanz einer starken, vertrauensvollen Beziehungen zwischen Kliniker:innen und Patient:innen als Schlüssel zum Behandlungserfolg (Loughlin et al. 2020; Haw et al. 2023; Troup et al. 2022). Der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, die auf **Geduld** beruht und **nicht bewertend** ist, ist laut Haw et al. für den wahrgenommenen Erfolg der Therapie entscheidend (Qualitative Meta-Analyse, $k = 10$, $n = 104$). Der Prozess der Entwicklung von Vertrauen ist komplex und nicht-linear; es **benötigt Zeit und Geduld**, damit Patient:innen sich sicher fühlen können, wobei die Grenzen der Beziehung auch immer wieder ausgetestet werden, um ein Gefühl von Sicherheit etablieren zu können. Ohne eine vertrauensvolle Beziehung wird der therapeutische Raum als unsicher erlebt und Patient:innen halten dann entweder Informationen zurück oder werden demotiviert bezüglich der Therapie. Dies kann zu verzögertem Bericht von beispielsweise selbstverletzenden Tendenzen führen und damit die Gefahren für Patient:innen erhöhen (Haw et al. 2023).

8.1	Evidenzbasiertes Statement	Neu
	Eine krankheitsphasenübergreifende tragfähige therapeutische Beziehung trägt wesentlich zum Behandlungserfolg in der Akut- und Erhaltungstherapie bei.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; drei Meta-Analysen, eine Meta-Synthese, zwei systematische Reviews:	
Leitlinienadaptation Relevanz aus Patient:innensicht: ⊕⊕⊕⊕ Relevanz aus Sicht von Kliniker:innen: ⊕⊕⊕⊖ Ergebnis der Psychotherapie: ⊕⊕⊕⊖ Veränderung der psychiatrischen Symptome: ⊕⊕⊕⊖	Literatur: Gelso et al. (2018); Loughlin et al. (2020); Haw et al. (2023); Troup et al. (2022); Flückiger et al. (2018); Bourke et al. (2021) Vergleichbare Leitlinienempfehlung: S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (Statement 7, S. 91): <i>Eine phasenübergreifende tragfähige therapeutische Beziehung trägt wesentlich zum Behandlungserfolg in der Akut- und prophylaktischen Therapie bei.</i> Der Teilsatz „und prophylaktischen Therapie“ wurde zu „und Erhaltungstherapie“ geändert. Weiterführende Literatur: Barkham et al. (2017); Norcross und Lambert (2018)	
	Konsensstärke: 100%	

Die folgende Empfehlung war ursprünglich eine Leitlinienadaptation, sie wurde jedoch aufgrund der besonderen Relevanz der therapeutischen Beziehung bei Menschen mit SBPF (Barkham et al. 2017) und basierend auf einer de novo Recherche neu bewertet.

Verschiedene Meta-Analysen (Flückiger et al. 2018; Bourke et al. 2021; Browne et al. 2021; Howard et al. 2022) zeigen: Wenn die therapeutische Allianz stark ist und Allianzstörungen gut bearbeitet werden (Eubanks et al. 2018), dann ist das Ergebnis der Psychotherapie geringfügig bis moderat besser. Die therapeutische Allianz umfasst die ganzheitlichen kooperativen Aspekte der Therapeut:in-Patient:in-Beziehung. Der Zusammenhang mit dem Therapieerfolg ist gut belegt. In einer Meta-Analyse von 295 Studien mit über 30.000 Teilnehmenden (Flückiger et al. 2018) lag die Effektstärke bei $d = 0.58$.

Die psychiatrische Symptomatik verbessert sich oft, allerdings hat man Unterschiede festgestellt je nachdem, wer die therapeutische Allianz einschätzt – die Therapeut:in oder die Patient:in (eine Verbesserung von psychotischen Symptomen beispielsweise hängt weniger stark damit zusammen, wie die Patient:innen die Allianz einschätzen als damit, wie die Therapeut:innen dies tun (Browne et al. 2021; Bourke et al. 2021). Symptome von PTSD verbessern sich laut einer Meta-Analyse aus 12 Studien mit 691 Patient:innen geringfügig ($r = 0.34$). Eine Aufgabe der Therapeut:innen besteht deshalb darin, diese Allianz zu fördern.

8.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: A	Im Rahmen der Diagnostik und Therapie von Patient:innen mit SBPF soll eine tragfähige therapeutische Beziehung etabliert werden. Diese soll bei Menschen mit SBPF als Basis aller weiteren Therapieschritte angesehen werden, abhängig von der Schwere der BPF sogar als Behandlungsziel.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; vier Meta-Analysen, ein systematisches Review:	
Leitlinienadaptation Ergebnis der Psychotherapie: ⊕⊕⊕⊖ Veränderung der psychiatrischen Symptomatik: ⊕⊕⊕⊖ Veränderung psychotischer Symptomatik: ⊕⊕⊖⊖ Veränderung von PTSD-Symptomen: ⊕⊕⊕⊖ Relevanz vertrauensvolle und langfristige Beziehung: ⊕⊕⊕⊕	Formulierung ursprünglich basierend auf: S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen (dort EK, Empfehlung 3, S.59; <i>Im Rahmen der Diagnostik und Psychotherapie der Essstörungen sollte eine tragfähige therapeutische Beziehung etabliert werden</i> ; „Psychotherapie“ geändert zu „Therapie“. Als Basis der Therapie und als Therapieziel ergänzt.) Danach de novo-Recherche von Meta-Analysen. neue Literatur: Flückiger et al. (2018); Bourke et al. (2021); Browne et al. (2021); Howard et al. (2022); Haw et al. (2023)	
	Konsensstärke: 100%	

Eine Meta-Analyse von 81 Stichproben mit 12.722 Patient:innen zeigte, dass die anfängliche Überzeugung der Patient:innen, dass die Behandlung hilfreich sein wird, positiv mit dem späteren Therapieerfolg korreliert (Constantino et al. 2018). Die gemittelte Effektstärke lag bei $d = 0.36$. Deshalb ist es für den Verlauf der Therapie förderlich, wenn entsprechend **positive Erwartungen** gefördert werden. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass diese Erwartungen nicht so groß sein sollten, dass sie nur sehr schwer erreicht werden können, da dies zu Demotivierung und Demoralisierung führen könnte. Wenn Patient:innen die Therapie oder die Therapeut:in idealisieren, kann das auch zum Vermeiden vom Arbeiten an problematischem Verhalten und Denkmustern führen. Stattdessen ist eine mild positive Erwartung am besten geeignet, therapeutisch zu arbeiten.

Welche Beziehungserwartungen die Patient:innen haben, hängt nicht nur mit der im Hier und Jetzt erlebten Realbeziehung (siehe nächster Abschnitt) zusammen, sondern auch mit den Erfahrungen, die die Patient:innen mit früheren Bezugspersonen gemacht haben. Ihre Erwartungen können daher nicht einfach verändert werden. Therapeut:innen sollten aber darauf achten, einerseits Idealisierungen nicht zu fördern und andererseits aktiv, hilfreich zur Verfügung zu stehen.

8.3	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Eine milde positive Beziehungserwartung sollte etabliert werden, um den Therapieerfolg zu verbessern.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; eine Meta-Analyse:	
Ergebnis der Psychotherapie: ⊕⊖⊖⊖	Literatur: Constantino et al. (2018)	
	Konsensstärke: 100%	

Hinweis: In der Stellungnahme der DGPPN (siehe Kapitel 3.2 im Leitlinienreport) wird folgendes Sondervotum vorgeschlagen:

„Für die Verbesserung des Therapieerfolges sollten realistisch erreichbare Ziele definiert werden, um einer Demotivierung frühzeitig zu begegnen. (KKP-Empfehlung).“

Die Rolle der **positiven Wertschätzung** wurde in einer Meta-Analyse über 64 Studien untersucht (Farber et al. 2018). Dabei zeigte sich ein Effekt von $g = 0.36$. Das heißt, wenn die therapeutische Beziehung durch Akzeptanz und positive Wertschätzung geprägt ist, dann ist das Ergebnis der Psychotherapie geringfügig besser.

Dieser Effekt war besonders stark war bei Einzeltherapie, im ambulanten Setting sowie bei ängstlichen und depressiven Patient:innen zu beobachten. Bei Patient:innen mit SBPF bestehen die spezifischen Beziehungskompetenzen darin, trotz ihrer interaktionellen Schwierigkeiten wertschätzend Veränderungen wahrnehmen und angemessen kommunizieren zu können.

8.4	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Die Therapeut:in sollte auch scheinbar kleine Veränderungen bei Patient:innen mit SBPF erkennen und als Erfolg des Therapieprozesses und der Beziehung wertschätzen.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; eine Meta-Analyse:	
Ergebnis der Psychotherapie: ⊕⊖⊖⊖	Literatur: Farber et al. (2018)	
	Konsensstärke: 100%	

4.2.8.2 Beziehungskompetenzen von Behandelnden

4.2.8.2.1 Allgemeine Beziehungskompetenzen

Einer qualitativen Meta-Analyse ($k = 14$ Studien, $n = 340$ Patient:innen und Zugehörige) zufolge schreiben Patient:innen und Zugehörige einer engen Beziehung zu Gesundheitsfachkräften die wichtigste Rolle in ihrer Genesung zu (Loughlin et al. 2020). Eine enge therapeutische Beziehung fördert demnach das Gefühl von Handlungsfähigkeit, die Interaktion mit Anderen und verbessert das Identitätsgefühl. Die Beziehung wird dann als besonders hilfreich empfunden, wenn die Mitarbeitenden als **ruhig, warm und nahbar** erlebt werden, „**einfache**“ **Sprache** verwenden und eine **nicht-bewertende Haltung** einnehmen.

Wenn die therapeutische Beziehung durch **Empathie** geprägt ist, dann ist das Ergebnis der Psychotherapie moderat besser, wie eine Meta-Analyse mit 6.138 Patient:innen zeigte (Elliott et al. 2018). Die Effektstärke lag bei $d = 0.58$, der Korrelationskoeffizient war $r = 0.28$. Bei schwer Erkrankten ist dieser Effekt offenbar noch stärker ausgeprägt als bei Patient:innen mit geringerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen ($r = 0.32$).

Empathie ist definiert durch:

1. empathische Resonanz der Therapeut:in auf die Patient:in,
2. zum Ausdruck gebrachtes Verstehen der Sicht der Patient:in und ihrer Werte und
3. dass durch die Patient:in erlebte Verstandenwerden in der Therapie.

Kompetente Therapeut:innen können diese empathische Resonanz in der Beziehung herstellen und aufrechterhalten.

Eine weitere wichtige Kompetenz ist die Fähigkeit zum Etablieren und Aufrechterhalten einer **Realbeziehung**. Je realistischer sich die Beteiligten einer therapeutischen Beziehung gegenseitig erleben und wahrnehmen und je aufrichtiger sie miteinander umgehen, desto stärker ist die so genannte Realbeziehung. Das Ergebnis der Psychotherapie hängt damit laut einer Meta-Analyse (Gelso et al. 2018) mit 1.502 Patient:innen deutlich zusammen ($d = 0.80$).

Eine Meta-Analyse über 11 Studien mit 1.314 eingeschlossenen Patient:innen zeigte, dass die **Bearbeitung von Beziehungsbrüchen** („Alliance Rupture Repair“) positiv zum Therapieerfolg beiträgt (Eubanks et al. 2018). Die gemittelte Effektgröße lag bei $d = 0.62$. Das ist besonders für Patient:innen mit SBPF relevant, da es hier aufgrund der Probleme in der Persönlichkeitsfunktionen häufig zu Beziehungsbrüchen kommt. Wenn damit aktiv gearbeitet wird, ist das für die Weiterentwicklung der Patient:innen hilfreich.

8.5	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Behandler:innen sollten, um die Entwicklung der Patient:innen mit SBPF zu fördern, angemessen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ präsent sein (mit sich selbst und Patient:innen in Kontakt) ▪ in Beziehung gehen können ▪ emotional verfügbar sein ▪ therapeutisch aktiv sein ▪ ihre Erwartungen an den Therapieerfolg und die eigene Wirksamkeit reflektieren 	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; vier Meta-Analysen, ein systematisches Review:	
Ergebnis der Psychotherapie: ⊕⊖⊖⊖ Art der Beziehungsgestaltung: ⊕⊕⊕⊕	Literatur: Elliott et al. (2018); Flückiger et al. (2018); Tryon et al. (2018); Loughlin et al. (2020); Eubanks et al. (2018)	
	Konsensstärke: 100%	

Einer qualitativen Meta-Analyse über 21 Studien zufolge gibt es Hinweise darauf, dass selektive „**Self-Disclosure**“ (Selbstöffnung) von Therapeut:innen die therapeutische Beziehung stärken, das psychische Funktionsniveau erhöhen und Einsicht fördern kann (Hill et al. 2018). Das bedeutet: Nachdem Therapeut:innen etwas sagen, das etwas Persönliches (jenseits der Therapie) über sie vermittelt, kommt es am häufigsten zu einer Stärkung der therapeutischen Beziehung, gefolgt von einer Besserung des psychischen Befindens der Patient:innen und der Einsicht. Bei einem Viertel der Fälle ist die Selbstöffnung jedoch nicht hilfreich für die Patient:in, in 5% der Fälle ist sie negativ für die Therapeut:in. Sie muss daher mit Bedacht und gezielt eingesetzt werden.

Bei Self-Disclosure muss außerdem darauf geachtet werden, dass gleichzeitig **keine Grenzverletzungen** stattfinden (siehe 4.2.8.4 Empfehlung 8.9). Auch aus therapeutischen Gründen ist

mitunter Abstinenz geboten. Dabei spielt eine wichtige Rolle, wie die Gegenübertragung wahrgenommen und gehandhabt wird, das heißt: wenn Therapeut:innen wahrnehmen, wie sie auf die Patient:innen emotional, kognitiv und körperlich reagieren („Gegenübertragung“) und diese Reaktionen angemessen verstehen, regulieren und therapeutisch nutzen („Gegenübertragungsmanagement“), dann ist das Ergebnis der Psychotherapie deutlich besser.

Einer Meta-Analyse über 9 Studien mit 392 Patient:innen zufolge ist erfolgreiches **Gegenübertragungsmanagement** mit einer Effektstärke von $d = 1,20$ ein starker Prädiktor für den Therapieerfolg (Hayes et al. 2018). Unreflektierte und nicht regulierte Gegenübertragung äußert sich zum Beispiel darin, dass Therapeut:innen bestimmte Themen im Gespräch mit Patient:innen vermeiden, dass sie überinvolviert sind oder eigene Bedürfnisse befriedigen, indem sie die Patient:innen exzessiv versorgen.

8.6	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Therapeut:innen sollten sich der Polarität von Selbstöffnung einerseits und Abstinenz andererseits bewusst sein und diese flexibel gestalten können.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; eine Meta-Analyse, eine qualitative Meta-Analyse:	
Ergebnis der Psychotherapie: ⊕⊖⊖⊖	Literatur: Hayes et al. (2018); Hill et al. (2018)	
	Konsensstärke: 95%	

Jede Patient:in lebt in einem spezifischen soziokulturellen Kontext, der seine Art Beziehungen einzugehen und zu erleben prägt. Zu einem soziokulturellen Kontext gehören insbesondere

- soziale Rollenerwartungen, häufig gekoppelt an Alter, Einkommen, sexuelle Identität und Orientierung
- ethnische Zugehörigkeit/kulturelle Normen und Traditionen
- Konfession/Religionszugehörigkeit

Angesichts der Vielfalt der soziokulturellen Kontexte stellt sich die Frage nach einer notwendigen Anpassung der therapeutischen Beziehung. Nicht selten besteht die Vorstellung, dass nur über eine sog. *Passung* zwischen Patient:in und Therapeut:in hinsichtlich wesentlicher Charakteristika des soziokulturellen Kontextes eine erfolgreiche Therapie gewährleistet ist (z. B. dass nur eine türkischstämmige Therapeut:in einen türkischen Patient:in, eine ältere Therapeut:in einen älteren Patient:in oder eine homosexuelle Therapeut:in eine homosexuelle Patient:in erfolgreich behandeln könnte). Diese Vorstellung wird jedoch durch entsprechende Studien nicht gestützt. Speziell gibt es keine eindeutigen Hinweise, dass eine erfolgreiche Therapie von Patient:innen aus anderen Kulturkreisen von der Zugehörigkeit der Therapeut:in zum gleichen Kulturkreis oder zur gleichen ethnischen Gruppe abhängen würde (Karlsson 2005). Entscheidend ist vielmehr die Patientenpräferenz, der nach Möglichkeit stattgegeben werden sollte. Es gibt jedoch keinen Grund davon auszugehen, dass bei Nichterfüllung dieser Wünsche mit einem bedeutsam schlechteren Therapieergebnis oder einer höheren Abbruchquote zu rechnen ist (Benish et al. 2011; Bhati 2014).

Auch wenn eine Therapeut:in nicht aus dem gleichen soziokulturellen Umfeld wie die Patient:in kommen muss, um erfolgreich mit diesem zu arbeiten, so kann die Unkenntnis von soziokulturellen Hintergründen und vor allem (ab)wertende Einstellungen dazu gravierende Probleme für die therapeutische Beziehungsgestaltung aufwerfen. Deshalb muss eine Therapeut:in sich mit wichtigen soziokulturellen Spezifika der individuellen Patient:in vertraut machen, um

eine Adaptation ihres therapeutischen Angebotes und ihrer Beziehungsgestaltung an den jeweiligen Kulturkreis vornehmen zu können (Vasquez 2007). Entscheidend für diese Adaptation und damit einer guten Zusammenarbeit ist die Kenntnis und Verwendung des spezifischen Krankheitsmodells der Patient:in (Benish et al. 2011). Dazu gehören Vorstellungen von Ursachen und Bedeutungen seiner Probleme, vom Verlauf der Erkrankung und hilfreichen therapeutischen Interventionen.

Darüber hinaus sind eine Reihe von Einstellungen und Verhaltensweisen hilfreich, um eine gute Beziehung zu einer Patient:in aus einem anderen soziokulturellen Umkreis aufzubauen (Kahraman 2008). Die Therapeut:in

- macht sich von vornherein klar, dass sie wahrscheinlich unwissend und vorurteilsbehaftet bzgl. einer Patient:in aus einem anderen soziokulturellen Kontext ist und sich deswegen damit beschäftigen muss,
- benutzt aktiv das Vokabular der Patient:in (nicht nur signalisiert sie hiermit ihr Verständnis, sondern sie stellt sich selbst immer wieder vor die Aufgabe, das verwendete Wort besser zu verstehen)
- fragt die Patient:in nach kulturellen Bräuchen und deren Hintergründen, um hierfür Verständnis aufzubauen,
- versucht die Begrifflichkeit der eigenen Behandlungstechnik dem Sprachgebrauch der Patient:in anzupassen,
- regt häufig einen Feedback-Prozess an, um sich möglicher eigener Vorurteile bzw. Stereotypen bewusst zu werden.

8.7	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Die Therapeut:in sollte in der Lage sein, sich auf die „Kultur“ (Sprache, Verhalten, Werte) der Patient:in mit SBPF einzulassen und dieser mit Wertschätzung und Akzeptanz zu begegnen.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; ein systematisches Review:	
Art der Beziehungsgestaltung: ⊕⊕⊕⊕	Literatur: Loughlin et al. (2020)	
	Konsensstärke: 100%	

4.2.8.2.2 Spezielle Beziehungskompetenzen bei langfristigen Beziehungen

Langfristige therapeutische Beziehungen ermöglichen die in den Kapiteln 4.2.8.1 dargestellten positiven Effekte von Beziehungskontinuität.

Die Betreuung von Patient:innen über einen längeren Zeitraum hinweg und die Entwicklung eines umfangreichen Wissens über sie, oft auch gekoppelt mit einer tiefen Verbundenheit zu ihnen, wirken sich auf verschiedene Weise nicht nur auf die Patient:innen, sondern auch auf die Behandelnden aus, wie eine Fokusgruppen-Studie aus Kanada zeigte (Schultz et al. 2012). Die meisten dieser Auswirkungen waren positiv: Gefühle der Verbundenheit, des Vertrauens, der Neugier, der verbesserten beruflichen Kompetenz (diagnostisch und therapeutisch) und des persönlichen Wachstums. Einige waren jedoch auch belastend: Angst, Trauer, Frustration, Abgrenzungsprobleme und negative Auswirkungen auf das Privatleben.

Auch in langfristigen therapeutischen Beziehungen ist es wichtig, sich immer wieder über die Ziele der Therapie zu verständigen (Tryon et al. 2018). Stimmen Therapeut:innen und Patient:innen hinsichtlich der Ziele von Psychotherapie und die Art, wie diese erreicht werden sollen, überein, dann ist das Ergebnis der Psychotherapie geringfügig besser („Zielkonsens“).

Es handelt sich um ein pantheoretisches Konstrukt, das auf alle Psychotherapieverfahren zutrifft. Eine Meta-Analyse von Tryon et al. (2018) mit insgesamt 54 eingeschlossenen Studien und 7.278 Patient:innen ergab eine gemittelte Effektstärke von $d = 0.49$ für den Zusammenhang von Zielkonsens und dem Ergebnis einer Psychotherapie. Die Ziele können sich im Verlaufe einer Behandlung auch verändern.

Therapieziele sollten – wie auch andere Entscheidungen im Therapieprozess - **partizipativ erarbeitet** werden. Dies führt häufig dazu, dass die therapeutische Beziehung gestärkt wird. Eine Meta-Analyse kontrollierter klinischer Studien mit 1.168 Patient:innen zeigte, dass Interventionen zur Stärkung der partizipativen Entscheidung („Shared Decision Making“), im persönlichen Kontakt (Einzel- oder Gruppensetting) die therapeutische Beziehung im Vergleich zu Treatment as usual geringfügig ($g = 0.21$) verbessern, vor allem hinsichtlich der Allianz und der Qualität der Kommunikation (Stovell et al. 2016).

8.8	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Die Therapeut:in sollte regelmäßig die Aufträge bzw. Ziele der Patient:in erfragen, partizipativ konsentieren und sich am aktuellen Konsens orientieren.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; zwei Meta-Analysen:	
Ergebnis der Psychotherapie: ⊕⊖⊖⊖ Stärkung der therapeutischen Beziehung: ⊕⊕⊕⊖	Literatur: Tryon et al. (2018) Literatur: Stovell et al. (2016)	
	Konsensstärke: 100%	

4.2.8.2.3 Herausforderungen bei der Beziehungsgestaltung

Die therapeutische Beziehung ist kein Selbstzweck, sondern soll der Entwicklung der Patient:innen dienen. Bei Patient:innen mit SBPF können sich dabei besondere **Herausforderungen** ergeben.

Eine qualitative Meta-Analyse (Troup et al. 2022), die Aussagen von 550 Gesundheitsfachkräften (Ärzt:innen, Psycholog:innen, andere Therapeut:innen, Mitarbeitende der Verwaltung) zusammenstellte, die mit Personen mit „komplexen emotionalen Bedürfnissen“ arbeiteten, ergab folgendes Bild: Starke, vertrauensvolle Beziehungen zwischen Kliniker:innen und Patient:innen sind aus Sicht der Fachkräfte der Schlüssel zum Behandlungserfolg. Die Erfahrungen mit solchen Beziehungen sind jedoch unterschiedlich. Einerseits gibt es positive Aspekte (die Patient:innen werden als "verlässlich", "ehrlich" und „kreativ“ erlebt und die eigene Rolle als hilfreich), andererseits gibt es häufig negative Gefühle und Burnout-Erfahrungen (die Patient:innen werden als „anspruchsvoll", "herausfordernd", "riskant", "abhängig", "selbsterstörerisch", "manipulativ", "nicht konform", "unbehandelbar" und "grenzüberschreitend" erlebt). Die Schwierigkeiten der Patient:innen wurden als dauerhaft und dringlich angesehen. Fachkräfte können sich von "einem bodenlosen Pool von Bedürfnissen" überwältigt fühlen, zumal häufig

auch komorbide Diagnosen und umfassendere soziale Probleme in Bezug auf Wohnung, Beschäftigung, Finanzen und soziale Netzwerke vorliegen. Kliniker:innen erleben sich häufig von den Patient:innen idealisiert und haben das Gefühl, dass nichts, was sie tun, gut genug ist. Während der Aufbau einer authentischen Beziehung zu den Patient:innen als unerlässlich angesehen wurde, gaben die Kliniker:innen auch an, dass sie befürchteten, ausgesaugt und emotional überfordert zu werden, sich verletztlich zu fühlen und gefährlich nahe daran zu sein, ihr Selbstwertgefühl zu verlieren. Supervision und bessere Ausbildung können diese negativen Einstellungen aus Sicht der Kliniker:innen reduzieren und das Verstehen der Patient:innen verbessern.

Insofern sind regelmäßige Selbstreflexionen seitens der Psychotherapeut:innen z. B. im Rahmen von **Supervision und Intervision** besonders empfehlenswert. Diese Reflexionsmöglichkeiten systematisch in den Arbeitsalltag von Therapeut:innen aller Berufsgruppen (incl. Pflege, Soziale Arbeit, Ergotherapie etc.) einzubeziehen, wird deshalb im Folgenden empfohlen.

Bei Patient:innen mit SBPF kann das Einhalten von professionellen Grenzen eine besondere Herausforderung darstellen, da sie aufgrund ihrer Erkrankung über wenig Regulierungsmöglichkeiten verfügen (Egozi et al. 2023). Das Risiko, dass sich Therapeut:innen nicht ausreichend professionell distanzieren können, ist deshalb erhöht. Dies wiederum kann sowohl zu psychischen Belastungen bei den Behandelnden (Schultz et al. 2012) als auch zu einer verwickelten Beziehungsgestaltung führen, bei der die Arbeitsbeziehung gefährdet wird. Letztere wiederum ist für den Therapieerfolg wichtig (Gelso et al. 2018).

Das Risiko für Grenzüberschreitungen ist besonders erhöht, wenn die Therapeut:innen selbst aufgrund privater Dispositionen psychosozial belastet sind (Eichenberg et al. 2009; Stuhler et al. 2019).

Auf der anderen Seite ist eine gewisse therapeutische Nähe auch notwendig, um vertrauensvoll miteinander arbeiten zu können (Vandenberghe et al. 2018). Eine gute Balance zwischen professioneller Nähe und Distanz zu finden, ist deshalb eine kontinuierliche Aufgabe in der Behandlung von Menschen mit SBPF.

Die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung benötigt **Zeit und Kompetenz**. Insbesondere die Kontakt- und Beziehungsaufnahme, das Finden einer kommunikativen Basis, die Klärung von Behandlungszielen sowie der Aufbau von Vertrauen und Motivation für Behandlungsmaßnahmen erfordern spezifische Kenntnisse und ausreichende zeitliche Ressourcen auf Seiten des Personals (vgl. Übersicht in der S3-Leitlinie Schizophrenie, Tabelle 29, Seite 235). Auch motivierende und vertrauensbildende Interventionen und Reflexionsphasen mit dem Ziel der Partizipation und der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen oder Zwangsmaßnahmen sowie die Erarbeitung gemeinsamer Behandlungsvereinbarungen erfordern ausreichende personelle Freiräume und Kompetenzen.

Neben der Zeit für die eigentliche Behandlung sind entsprechende Ressourcen für Reflexion (Intervision, Supervision) und Kommunikation innerhalb von Teams und über Sektorengrenzen hinaus notwendig.

Eingeschränkte Fähigkeiten zur Kontaktaufnahme und –aufrechterhaltung sowie gravierende Defizite in der Emotionsregulation führen insbesondere bei der angespannten Situation der ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung (Bridler et al. 2013; Singer et al. 2022b) häufig dazu, dass Patient:innen mit SBPF die Therapieplatzsuche rasch frustriert aufgeben oder eine begonnene Behandlung bald wieder abbrechen, was meist zu verstärkter Demoralisierung führt (Benecke et al. 2018). Deshalb ist es wichtig, dass sich Therapeut:innen auf diese Besonderheiten in Diagnostik und Therapie einstellen. Sie benötigen dafür eine entsprechende **Qualifikation**. Das betrifft nicht nur Psychotherapeut:innen, sondern Angehörige aller Berufsgruppen, die psychosoziale mit Menschen mit SBPF arbeiten (z. B. Soziale Arbeit,

Pflege, Ergotherapie, Medizin). In einigen Ausbildungscurricula ist dies bereits implementiert (z. B. Pflegewissenschaften), in anderen aber noch nicht oder nicht mehr. Kenntnisse über interpersonelle Problematiken von Menschen mit SBPF müssen fester Bestandteil der Aus-, Weiter- und Fortbildung der verschiedenen Berufsgruppen von Mental Health Care Professionals sein.

Aufgrund der interaktionellen Probleme von Menschen mit SBPF kann es also zu starken emotionalen Reaktionen bei den Therapeut:innen kommen (Troup et al. 2022), die die Behandlung gefährden können (siehe Kapitel 4.2.8.2). Diese Gegenübertragungsreaktionen können in der Regel besser von Personen gehandhabt werden, die eine gründliche **Selbsterfahrung** durchlaufen haben (Streeck und Werthmann 1992).

8.9	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: A	Therapeut:innen von Patient:innen mit SBPF sollen auf ihre Arbeitsfähigkeit achten und die therapeutische Beziehung und das eigene Verhalten regelmäßig reflektieren: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es soll regelmäßig im Rahmen von Supervision oder Intervention reflektiert werden, ob die therapeutische Beziehung im Dienste der Entwicklung der Patient:in steht. ▪ Bei der Behandlung von Menschen mit SBPF sollen Therapeut:innen auf die Grenzen ihrer Belastbarkeit achten. Das betrifft sowohl äußere Belastungsfaktoren als auch persönliche Dispositionen. ▪ Bei Patient:innen mit SBPF ist das Einhalten von professionellen Grenzen eine besondere Herausforderung. Deshalb sollen professionelle Nähe und Distanz regelmäßig reflektiert und ggf. Supervision bzw. Intervention aufgesucht werden. ▪ Therapeut:innen sollen über ausreichende zeitliche Ressourcen und Kompetenzen verfügen, um an der Herstellung von Bindung, Therapiemotivation, der Abstimmung von Therapiezielen und –strategien, sowie an der Selbstregulation und Überwindung von Brüchen in der Beziehung durch den Therapeut:innen zu arbeiten. 	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; eine Meta-Synthese:	
Herausforderungen bei der Beziehungsgestaltung: ⊕⊕⊕⊕ Notwendigkeit von Supervision: ⊕⊕⊕⊕	Literatur: Troup et al. (2022)	
	Konsensstärke: 100%	

8.10	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Aus- und Weiterbildungen von Therapeut:innen und Mitgliedern von Behandlungsteams für Patient:innen mit SBPF sollten eine mindestens fallbezogene Selbsterfahrung beinhalten.	
	Konsensstärke: 100%	

4.2.8.2.4 Spezielle Beziehungskompetenzen bei aufsuchender Arbeit

Therapiegespräche finden in der Regel in Praxisräumen fernab der Realität der Betroffenen statt. Die aufsuchende Arbeit bietet viele Möglichkeiten, die bisher im psychotherapeutischen Kontext wenig genutzt wird (siehe Kapitel 4.3.1). Zum einen kann ein anderes Verständnis der Erkrankung gelingen, die möglicherweise sogar funktionelle Aspekte hat und zur Stabilisierung eines instabilen Systems beiträgt, zum anderen können therapeutische Interventionen besser an die Bedürfnisse des Betroffenen angepasst werden (für die Evidenz siehe Kapitel 4.3.1). Die aufsuchende Arbeit erfordert spezifische Beziehungskompetenzen, die unter anderem damit zusammenhängen, dass man in die Privaträume der Patient:innen eindringt. Dies kann zu Beschämung bei den Betroffenen führen und Widerstand gegenüber Veränderungen erzeugen (Aggett et al. 2015).

8.11	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	<p>Bei der aufsuchenden Arbeit sollte sich die Therapeut:in bewusst sein, dass sie die Privatsphäre anderer Menschen betritt und daher eine respektvolle, interessierte und offene Haltung gegenüber dem System einnehmen.</p> <p>Die Therapeut:in sollte sich der Ambivalenz des Systems zwischen Veränderung und Nicht-Veränderung bewusst sein, eine mögliche Beschämung wahrnehmen können, die im System herrscht und daher Veränderungsimpulse erst bei tragfähiger Beziehung geben.</p>	
	Literatur: Aggett et al. (2015)	
	Konsensstärke: 100%	

4.2.8.3 Wichtigkeit von Kontinuität und Dauer

Wenn Therapeut:innen **kontinuierlich** mit Patient:innen arbeiten, resultiert das in besserer Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit (Ådnes et al. 2019) und häufig auch einer tragfähigeren therapeutischen Beziehung (Klingemann et al. 2020; Schultz et al. 2012).

Bei Patient:innen mit SBPF ist es dabei mitunter notwendig, nachgehend unterstützend tätig zu werden. Das bedeutet beispielsweise, dass wenn die Patient:in nicht zum vereinbarten Termin erscheint, die Therapeut:in bei ihr anruft und sich nach dem Grund erkundigt. Psychoedukation, Supervision der Therapeut:innen und ein verbindliches Behandlungskonzept mit Terminmanagement und telefonischen Kontakten, teilweise auch nachgehenden Hausbesuchen, sind zentral (Schöttle et al. 2018).

Die Rolle der **Behandlungskoordination** bei Patient:innen mit SBPF wird in Kapitel 4.2.7 dieser Leitlinie dargelegt. Diese Koordination sollte nicht durch unbeteiligte Personen, zum Beispiel Mitarbeiter:innen von Krankenkassen, erfolgen, sondern durch Personen, die in direktem Behandlungskontakt mit den Patient:innen stehen, da sonst die wichtige Funktion der therapeutischen Beziehung nicht wirksam werden kann.

8.12	Evidenzbasierte Empfehlung	Modifiziert Stand 2019
Empfehlungsgrad: B	Für Patient:innen mit SBPF sollten Ansätze der beziehungsorientierten Behandlungs koordinierung ausgebaut und dann angeboten werden. Dabei kommt dem Aspekt der Verbindlichkeit und des bedarfsweise nachgehenden Hilfeangebots besondere Bedeutung zu.	
Leitlinienadoption Evidenzgrad: 2- SIGN	Leitlinienadaptation des ersten Teils der Empfehlung Versorgung 3, S. 390, S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen: <i>Für Patienten mit Bipolaren Störungen sollten Ansätze des beziehungsorientierten Case Management ausgebaut und dann angeboten werden. Dabei kommt dem Aspekt der Verbindlichkeit und der bedarfsweise nachgehenden Hilfgewährung besondere Bedeutung zu...</i> „Case Management“ geändert in „Behandlungs koordinierung“. „Hilfgewährung“ geändert zu „Hilfeangebot“, um den Aspekt des Empowerments zu unterstreichen. Ergänzt: durch Personen in Behandlungskontakt. neue, relevante Literatur: Schöttle et al. 2018	
	Konsensstärke: 100%	

8.13	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Beziehungsorientiertes Case Management soll durch Personen angeboten werden, die selbst regelmäßig in Behandlungskontakt mit den Betroffenen stehen.	
	Konsensstärke: 96%	

Mitunter stellen sich Therapieerfolge erst nach längerer Zeit ein, mitunter sogar erst nach Jahren (Böker und Hentschel 2023; Huber und Klug 2017; Werner 1996). Eine Beobachtungsstudie aus Deutschland mit 342 ambulanten Psychotherapiepatient:innen zeigte, dass sich sowohl bei mittel- als auch langfristigen Behandlungen die Symptomlast verbessert und dass bei einer Teilgruppe auch nach zwei Jahren noch Verbesserungen erreicht wurden (Nolte et al. 2016).

Analysen von Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Böker und Hentschel 2023) sowie von Psychotherapieanträgen (Singer et al. 2022a) zeigten, dass sich Psychotherapeut:innen bei der Indikationsstellung z. B. im Rahmen der Richtlinien therapie eng mit ihren Patient:innen abstimmen. Es hat sich als bedeutsam herausgestellt, dass die von SBPF betroffenen Menschen in die Entscheidung über die Therapielänge und die Sitzungsfrequenz engmaschig einbezogen werden.

Menschen mit SBPF benötigen mitunter auch aufsuchende Hilfen (siehe Kapitel 4.3.1), die Indikation dazu muss im Einzelfall geprüft werden. Von komplex Traumatisierten beispielsweise kann nachgehende Hilfe auch als übergriffig erlebt werden. Deshalb ist ein reflektiertes, abwägendes Vorgehen im Einzelfall immer nötig (siehe Kapitel 4.2.8.2.4, für die entsprechenden Empfehlungen). Aufsuchende Ansätze sind vor allem dann indiziert, wenn Beziehungsabbrüche drohen (siehe S3-Leitlinie Schizophrenie, S. 227).

8.14	Evidenzbasierte Empfehlung	Modifiziert Stand (2019)
Empfehlungsgrad: A	Menschen mit SBPF sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.	
Leitlinienadaptation Evidenzgrad: Ia Oxford	Leitlinienadaptation: S3-Leitlinie Schizophrenie (Empfehlung 151, S. 227, dort ebenfalls LL-Adaptation von Psychosoziale Therapien → dort Empfehlung Nr. 12, S. 124): <i>Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.</i> neue Literatur: Nolte et al. (2016)	
	Konsensstärke: 96%	

Bei langfristigen Behandlungsverläufen können sich besondere Anforderungen an die therapeutische Beziehung und an die Beziehungskompetenzen ergeben. Diese sind im Abschnitt 4.2.8.2.3 adressiert.

4.2.8.4 Merkmale von Strukturen bzw. Organisationen, die die therapeutische Beziehung fördern

Die Qualität der therapeutischen Beziehung ist nicht nur ein dyadisches Geschehen, sie wird wesentlich von gesellschaftlichen und organisationalen Rahmenbedingungen beeinflusst, in denen die Behandlung stattfindet.

Patient:innen mit geringem Persönlichkeitsfunktionsniveau haben häufig komorbide psychische Erkrankungen (z. B. Angsterkrankung *und* Abhängigkeitserkrankung *und* Depression; Jacobi et al. 2021; Kienast et al. 2014; Wiegand und Godemann 2017). Hier kann es zu Beziehungsabbrüchen kommen, die vom System ausgehen oder zumindest dadurch gefördert werden, beispielsweise WG-Kündigungen oder Entlassungen, weil Konzepte nicht auf die Komorbiditäten ausgerichtet sind. Diese Patient:innen fallen jedoch oft aus klinischen Studien heraus, was die Evidenzgrundlage verringert (Ausnahme: DBT-Sucht). Nichtsdestotrotz muss dies in der klinischen Versorgung berücksichtigt werden, deren Komplexität dadurch zunimmt.

Patient:innen mit SBPF kommen aufgrund ihrer Störung häufig entweder gar nicht erst zur Therapie oder sie halten das Versorgungssystem immer wieder „in Atem“ (z. B. durch viele stationäre Aufenthalte, Suizidversuche etc.), bei denen sich aber kaum etwas ändert. Innerhalb eines Jahres wurden beispielsweise 21% der stationär behandelten Patient:innen mit Depressionen erneut aufgenommen (Wiegand et al. 2020). Der Zugang zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung, besonders im ambulanten Sektor, ist selbst für Menschen mit relativ hohem Persönlichkeitsfunktionsniveau nicht einfach. Auch die im Rahmen der Psychotherapiestrukturereform 2017 eingeführten Sprechstunden, Akutbehandlungen und die Terminservicestellen konnten daran nichts wesentlich ändern, da die Behandlungskapazitäten nicht – oder nur ungenügend – ausgeweitet werden konnten (Singer et al. 2022b). Man muss sich als Ratsuchender auf lange Wartezeiten, auf viele vergebliche Telefonanrufe und Absagen einstellen. Für Menschen mit niedrigem Persönlichkeitsfunktionsniveau ist dies aber besonders problematisch, da sie aufgrund ihrer Kontaktschwierigkeiten, geringer Frustrationstoleranz und

Problemen bei der Emotionsregulation mit solchen Situationen kaum umgehen können. Sie erleben somit immer wieder ein Abgewiesenwerden und „Hintenrunterfallen“, was ihre Symptomatik eher verstärkt als verbessert (Benecke et al. 2018). So kann das Gesundheitssystem selber einen Teufelskreis verstärken. Deshalb müssen Behandlungskonzepte die speziellen interaktionellen Probleme der Patient:innen antizipieren und angemessen darauf reagieren.

Besonders wichtig bei der Behandlung von Menschen mit SPBF ist dabei die Frage, welche Strukturen eine therapeutische Beziehung überhaupt ermöglichen sowie die wichtige Beziehungskontinuität erleichtern. Eine wichtige Maßnahme dabei ist, feste **Bezugstherapeut:innen** zu etablieren (siehe Abschnitt 4.2.8.3). In der ACCESS-II-Studie, bei der das so genannte „Hamburger Modell“ getestet wurde, wurden Nutzer:innen (Patient:innen mit Psychosen) befragt, was das wichtigste hilfreiche Element dieser integrierten Versorgung für sie sei. An der Spitze ihrer Antworten stand, eine feste Bezugstherapeut:in über einen langen Zeitraum zu haben, die für die Patient:innen erreichbar und zuständig ist (Rohenkohl et al. 2023).

Bei der Festlegung, wer für die jeweilige Patientin zuständig ist, also „den Fall führt“, sollte die gesetzlich zugesicherte Partizipation und Selbstbestimmung der Betroffenen berücksichtigt und ermöglicht werden. Das bedeutet, dass die Patient:innen mit darüber entscheiden können, wer diese Aufgabe übernehmen soll.

8.15	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	<p>Konzepte von Kliniken, ambulanten Behandlungseinrichtungen sowie Teilhabeangeboten sollen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die häufigen Komorbiditäten von Patient:innen mit SBPF (oft: substanzbezogene Störungen) berücksichtigen, um die therapeutische Kontinuität zu verbessern; ▪ die spezifischen interaktionellen Schwierigkeiten von Patient:innen mit SBPF antizipieren und berücksichtigen, um den Aufrechterhalt der therapeutischen Beziehung innerhalb einer koordinierten Behandlungsstruktur auch in und nach Krisenphasen zu gewährleisten (z. B. Balance finden zwischen Begrenzen und Tolerieren; systematische Arbeit an Brüchen in der Beziehung; nachgehendes Arbeiten). ▪ den Menschen mit SBPF eine feste Bezugstherapeut:in anbieten, welche therapeutische Maßnahmen und Betreuungsangebote koordiniert und vernetzt, um Brüche, Lücken, Dopplungen oder auch unwirksame oder schädliche Interventionen zu vermeiden. Dies betrifft sowohl die Einzel- als auch teambasierte Behandlung. ▪ bei einer integrierten, teambasierten Behandlung einen oder nur wenige Bezugsbehandelnde haben. Die fallführende Therapeut:in muss der Patient:in als solche bekannt und möglichst mit ihr vertraut sein. ▪ gemeinsam mit der Patient:in festlegen, wer den Fall führt. 	
	Konsensstärke: 100%	

4.2.8.5 Beziehungsarbeit mit Angehörigen

Im folgenden Text wird mit dem Begriff „Angehörige“ bezeichnet: Familienangehörige (inkl. Partner:innen, leibliche und soziale Kinder) und jegliche enge Bezugspersonen.

Angehörige spielen eine wichtige Rolle bei der Behandlung von Personen mit SBPF. Sie können zur Entstehung und Aufrechterhaltung von SBPF beitragen, aber auch haltgebende Resource bei der Genesung sein. Bei chronischen Erkrankungen können sich Kommunikationsmuster entwickeln, die das kranke Verhalten stabilisieren. Aus der Beobachterperspektive scheint es bisweilen so, als wenn Angehörige zur Erkrankung mit beitragen (z. B. Co-Abhängigkeit, sekundärer Krankheitsgewinn durch übermäßige Versorgung). Wenn Angehörige der Therapie negativ gegenüberstehen, kann es beim Betroffenen zu Loyalitätskonflikten kommen. Im Kontext von psychischen Erkrankungen mit SBPF entstehen in Familien und anderen sozialen Gruppen häufig Kommunikationsmuster von Schuldzuweisungen, Delegationen oder symptomstabilisierenden Rollenzuschreibungen.

Gelingt es, Angehörige mit in die Behandlung einzubeziehen, kann man ihnen mit Wertschätzung für ihr Verhalten begegnen und gemeinsam mit allen Beteiligten Verhaltensveränderungen erreichen, die nachhaltiger sind, als wenn man nur mit dem Einzelnen arbeitet (Santis et al. 2013).

8.16	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	<p>Wenn es von den Betroffenen gewünscht wird, sollten Angehörige mit in den Therapieprozess einbezogen werden. Werden Angehörige in die Therapie mit einbezogen, soll die Therapeut:in</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ den unterschiedlichen evtl. sogar gegensätzlichen Anliegen aller Beteiligten mit Wertschätzung begegnen, ohne sich für ein Anliegen instrumentalieren zu lassen, ▪ die Rückübernahme von Verantwortung für Veränderung im System fördern, ▪ den bisherigen Lösungsversuchen des Systems mit Respekt begegnen, ▪ auch scheinbar kleine Veränderungen im System der Angehörigen der Patient:in (z. B. in der Familie) als Erfolg wertschätzen. 	
	Für weitere Empfehlungen hinsichtlich der Einbindung Angehöriger siehe Empfehlungen 67 und 68 der S3-Leitlinie Schizophrenie	
	Konsensstärke: 100%	

4.3 Schlüsselfragen und Empfehlungen ohne systematische Literaturrecherche

Die Schlüsselfragen 6 – 12 wurden von Arbeitsgruppen bearbeitet, die sich aus den an der LL mitwirkenden klinischen Expert:innen gebildet hatten (siehe Tabelle 3). Diese Arbeitsgruppen formulierten Empfehlungen, Statements und Hintergrundtexte auf Grundlage von bestehenden Leitlinien, Meta-Analysen, Originalarbeiten und ihrem Expertenwissen. Jede AG hatte eine Leitung, die die Arbeit innerhalb der AG strukturierte und koordinierte.

Zur Unterstützung der Arbeitsgemeinschaften wurden eine systematische Einschätzung der thematisch angrenzenden AWMF-Leitlinien durchgeführt („Leitlinien-Mapping“, siehe Kapitel 2.3.2, Wendt et al. 2024a). Zudem konnten sie sich bei ihrer Auswahl der Literatur auf die Ergebnisse der Expert:innen-Befragung (Wendt et al. 2024b) stützen. Die Arbeitsgruppen wurden kontinuierlich von der Leitlinienkoordination begleitet.

4.3.1 Schlüsselfrage 6: Haben Patient:innen mit SBPF, die eine ambulante Begleitung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

In diesem Kapitel gibt es, wie im Kapitel 4.1 zum grundlegenden Verständnis, Überschneidungen mit der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Viele Empfehlungen wurden aufgrund der Ähnlichkeit übernommen und auf die Zielpopulation der Patient:innen mit SBPF angepasst, die Evidenzstärke wurde herabgestuft, da die betrachteten Populationen nicht deckungsgleich sind, jedoch große Ähnlichkeiten angenommen werden können.

Für diese Schlüsselfrage ergaben sich:

3 evidenzbasierte Empfehlungen

6 konsensbasierte Empfehlungen

Insgesamt wurden 9 Empfehlungen formuliert.

4.3.1.1 Systeminterventionen

4.3.1.1.1 Frühintervention und Früherkennung

Gerade psychische Erkrankungen, welche im Erwachsenenalter fortbestehen und zu erheblichen sozialen Beeinträchtigungen führen, haben ihren Ursprung oftmals im Jugendalter und jungen Erwachsenenalter (vgl. Giertz et al. 2021; Giertz et al. 2022; Kessler et al. 2005; Kim-Cohen et al. 2003). Allgemein gehen psychische Erkrankungen in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen mit erheblichen Einschränkungen und Beeinträchtigungen in vielen Lebensbereichen einher (Mattejat et al. 2003). Vor allem im Jugendalter werden die Auswirkungen der psychischen Erkrankungen und die damit einhergehenden Einschränkungen von den Heranwachsenden als besonders belastend erlebt, weil den altersbezogenen Interessen wie zum Beispiel sozialer Kontakt mit Gleichaltrigen, Freizeitgestaltung und erste Partnerschaftserfahrungen nur unzureichend nachgegangen werden kann. Darüber hinaus tragen die sekundären Krankheitsfolgen wie häufige Klinikeinweisungen, Schul- und Ausbildungsabbrüche, Selbstwert- oder Suchtproblematiken zu einem schlechteren Erkrankungsverlauf sowie zu sozialen Exklusionsprozessen und einer langfristigen Inanspruchnahme von psychiatrischen und psychosozialen Behandlungs- und Unterstützungsangeboten bei (vgl. Giertz et al. 2021).

So gehen psychische Belastungen und Erkrankungen im Vergleich zu anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Kindheit und Jugend mit einem deutlich schlechteren schulischen und ausbildungsbezogenen Status einher (Hale et al. 2015). Verglichen mit den körperlichen Erkrankungen stellen die psychischen Erkrankungen auch das größte Risiko für Leistungseintrüchtigungen in der Schule, Ausbildungs- und Schulabbrüche sowie für Beschäftigungslosigkeit im späteren Erwachsenenalter dar (Hale et al. 2015). Zahlreiche Studien mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Risikostadium oder mit einer Erstmanifestation einer psychischen Erkrankung legen nahe, dass das Risiko von Chronifizierung, sekundären Erkrankungsfolgen (z. B. soziale Exklusion, Arbeitsunfähigkeit, komorbide somatische Erkrankungen) und einer dauerhaften intensiven Inanspruchnahme von psychiatrischen und psychosozialen Hilfen durch frühe Interventionen reduziert werden kann (vgl. Correll et al. 2018; Karow et al. 2013; Lambert et al. 2019).

Insbesondere im Zusammenhang mit den sekundären Krankheitsfolgen von schweren psychischen Erkrankungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen werden seit einigen Jahren in der psychiatrischen Versorgung von Deutschland Versorgungsmodelle zur Früherkennung und

Frühintervention diskutiert (vgl. Karow et al. 2013; Lambert et al. 2019). Viele dieser Konzepte orientieren sich an die im angloamerikanischen Raum verbreiteten „Early Intervention Services for Psychosis“ oder „Treatment for Early Psychosis“, worunter spezialisierte und multiprofessionelle Versorgungsmodelle mit dem Schwerpunkt Früherkennungs- und Frühbehandlungsmöglichkeiten für junge Menschen mit Risikostadien oder Erstmanifestationen von nichtaffektiven oder affektiven Psychosen verstanden werden. Bisher werden diese Ansätze vordergründig bei der Behandlung von psychotischen oder ähnlichen Störungsbildern thematisiert, weil bei dieser Zielgruppe das Chronifizierungsrisiko sowie die sekundären Krankheitsfolgen besonders hoch ausfallen. Auch in einigen Regionen von Deutschland werden entsprechende Versorgungsmodelle bereits umgesetzt (vgl. Bechdorf et al. 2021).

Das „Early Psychosis Prevention and Intervention Centre“ der Organisation „Orygen – The National Centre of Excellence in Youth Mental Health“ gehört zu den ältesten und innovativsten Behandlungsmodellen für Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 15 und 29 Jahren (vgl. Orygen 2016). Entwickelt wurde das Modell zwischen 1991 und 1992 für einen Versorgungssektor mit etwa 900 000 Einwohner:innen in Melbourne, Australien (McGorry und Franzcp 2015). Zu den Zielen des Versorgungsmodells gehören:

- die Förderung der Früherkennung und Behandlung der primären Symptome,
- die Verbesserung des Zugangs und die Reduktion der Verzögerung bei der Erstbehandlung,
- die Aufklärung der Jugendlichen und ihrer Familie,
- die Reduzierung der Häufigkeit und Schwere von Rückfällen,
- die Reduzierung von sekundären gesundheitlichen Beeinträchtigungen,
- die Verminderung der Beeinträchtigungen des psychosozialen und beruflichen Funktionsniveaus,
- die Förderung des Wohlbefindens von Familie und Pflegenden sowie
- die Unterstützung des jungen Menschen bei Recovery (Orygen 2016).

Neben einer vollstationären Einheit mit ca. 20 Betten sind die Bestandteile des Versorgungsmodells ein Outpatient Centre mit stärkenorientiertem und aufsuchendem Case Management, spezialisierte therapeutische Unterstützungsangebote mit Berücksichtigung der altersgerechten Bedarfe (kognitive behaviorale Therapie, sexuelle Orientierung, Familientherapie etc.) sowie ein Crisis Resolution Team mit einer 24-Stunden-Erreichbarkeit (auch Youth Access Team genannt), das in Krisenfällen zuhause oder in den Familien der jungen Patient:innen aufsuchend interveniert. Zudem werden die Patient:innen mit schweren psychischen Erkrankungen oder mit Doppeldiagnosen langfristig über Assertive Community Treatment Teams (multiprofessionelle aufsuchende Behandlungsteams) versorgt.

Die Besonderheiten in der Behandlung liegen bei diesem Versorgungsmodell in der Einbeziehung der Familie, der Recovery- und Stärkenorientierung, in einem umfangreichen Assessment bei allen Behandlungsphasen (Suizidalität, komorbide Störungen, Symptomschwere etc.), im Zugang zu Psychotherapie, in der schnellen Reaktion des Unterstützungssystems nach 48 Stunden bei einer akuten Krise, in regelmäßigen ärztlichen Visiten und in der regelmäßigen Begleitung durch Case Management sowie in der zurückhaltenden und aufklärenden psychopharmakologischen Behandlung (Orygen 2016). Auch wenn die Versorgungsdichte und häusliche Anbindung der psychiatrischen Angebote im australischen Raum bemängelt werden, ist das Versorgungsangebot in der Regel als ein Teil der psychiatrischen Regelversorgung implementiert und mit wichtigen kommunalen Akteur:innen sowie Institutionen vernetzt (z. B. Behörden, bestehende Präventionsprogramme, Jugendhilfe, Beratungsstellen, Kinderärzt:innen, Hausärzt:innen, Schule, berufliche Ausbildung).

Mehrere Studien konnten in vielen Bereichen positive Effekte durch spezialisierte Frühinterventionen und Frühbehandlungen in diesem Lebensalter gegenüber Angeboten der Regelversorgung nachweisen (z. B. symptombezogene Verbesserungen, Vermeidung von Behandlungsabbrüchen, Integration in Beruf und Bildung, Lebensqualität; Correll et al. 2018). Während sich die aktuellen Erfahrungen vordergründig auf Patient:innen mit psychotischer Ersterkrankung beziehen, wird die Implementierung derartiger Versorgungsangebote auch in modifizierter Form bei anderen schweren Störungsbildern im Adoleszenzalter wie bei Beeinträchtigungen des Persönlichkeitsfähigkeiten diskutiert und bereits erprobt (vgl. Bohus 2021; Chanen et al. 2008; Jørgensen et al. 2021). Insbesondere bei Patient:innen mit Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen stehen aktuelle Erfahrungen im Bereich der Früherkennung und Frühintervention noch aus. Hier sind weitere Forschungsaktivitäten notwendig, um auch bei dieser Zielgruppe konkrete Aussagen über die Wirksamkeit von Angeboten der Früherkennung und -intervention treffen zu können.

4.3.1.1.2 Gemeindepsychiatrische Behandlung/Versorgung

Die Versorgung von Menschen mit SBPF findet in Deutschland im stationären und ambulanten Sektor statt. Sie fällt in die Zuständigkeit von mehreren Sozialgesetzbüchern (SGB). Verantwortlich sind die Länder und Kommunen sowie eine Vielzahl von Leistungserbringern. Die Versorgung von Menschen mit SBPF gliedert sich in die medizinische (SGB V) und die rehabilitative und Teilhabeversorgung (SGB IX). Älteren Menschen mit Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen stehen bei Pflegebedürftigkeit kompensatorische Leistungen der Pflegeversicherung zu. Da Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen über einen längeren Zeitraum psychiatrische Hilfen beanspruchen und häufig der stationären Behandlung bedürfen, benötigen sie komplexe Hilfsangebote von Fachpersonen aus verschiedenen therapeutischen Fachrichtungen. „Internationale Studien weisen eine überdurchschnittlich hohe Krankheitslast der Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) aus. In Deutschland zeigt die BPS (administrative Jahresprävalenz: 0,34 %) u. a. erhöhte Raten für somatische Unfallfolgen, Hepatitiden, HIV, COPD, Asthma und Adipositas; der geschätzte Lebenszeitverlust beträgt 5,0 bis 9,3 Jahre (abhängig von Alter und Geschlecht). [...] Individuelle Verbesserungen in der tagtäglichen Versorgung, aber auch neue interdisziplinäre und multiprofessionelle Versorgungsformen könnten die gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Menschen mit BPS fördern“ (Jacobi et al. 2021). Mit dem Inkrafttreten der ICD-11-Klassifikation stehen im Zentrum der Behandlung die Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag. Neben der medizinischen Grundversorgung benötigen Betroffene die Unterstützung bei der Selbstversorgung und der Tagesgestaltung. Je nach individuellem Hilfebedarf sollten unterschiedliche Angebote miteinander verknüpft und aufeinander abgestimmt werden.

Das deutsche Gesundheitssystem bildet nach dem SGB V die Grundlage für die Versorgung von Menschen mit SBPF. Bei der Erstdiagnose und Behandlungsplanung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen übernehmen die hausärztlich tätigen Ärzt:innen eine wichtige Rolle (Herpertz et al. 2022). Fachspezifisch stehen niedergelassene Ärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie mehr oder minder flächendeckend zur Verfügung. Die psychotherapeutische Versorgung erfolgt sowohl durch Ärzt:innen für Psychosomatik als auch (Ärztliche und Psychologische) Psychotherapeut:innen. Betroffene können die fachärztliche und die psychotherapeutische Versorgung aufsuchen, ohne eine Überweisung durch eine andere ärztliche Stelle. Weil die Menschen der Unterstützung bei der Selbstversorgung und der Tagesgestaltung bedürfen, sind für sie von besonderer Relevanz die ambulanten Interventionen wie häusliche psy-

chirurgische Krankenpflege (Ambulanter Psychiatrischer Pflegedienst), Ergotherapie (siehe Kapitel 4.3.1.2.3) oder Soziotherapie und Sozialarbeit. „Psychiatrische häusliche Krankenpflege kann von folgenden Berufsgruppen verordnet werden: Fachärzt:innen für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzt:innen mit der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie, Fachärzt:innen in psychiatrischen Institutsambulanzen, (Psychologische) Psychotherapeut:innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen. Darüber hinaus dürfen Hausärzt:innen für einen begrenzten Zeitraum von sechs Wochen psychiatrische häusliche Krankenpflege verordnen, wenn eine fachärztlich gesicherte Diagnose vorliegt, die nicht älter als vier Monate ist“ (KBV 2023). „Neben der Entwicklung von kompensatorischen Hilfen [ist] das Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten, mit dem Ziel des eigenverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung, Inhalt der pHKP“ (G-BA 2018, S. 8). Psychiatrische häusliche Krankenpflege soll dazu beizutragen, „[...] dass Versicherte soweit stabilisiert werden, dass sie ihr Leben im Alltag im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen können. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen“ (G-BA 2023, S. 8). Die Aufnahme der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (F60.3; in das Leistungsverzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen) beruht einerseits auf den Aussagen im Rahmen der Expertenbefragung des G-BA am 16. Februar 2016 sowie auf den aktuellen Erfahrungen in der Versorgung dieser Patient:innen. Insbesondere im Bereich des Borderline-Typus mit einer Störung des Selbstbildes sowie einem chronischen Gefühl von Leere und ggf. selbstdestruktivem Verhalten kann mittels der pHKP in der Kombination mit weiteren Therapiemaßnahmen (z. B. pharmakologische Therapie) ein stationärer Aufenthalt verkürzt oder vermieden werden“ (G-BA 2018, S. 9). „Für die Sicherstellung einer wirksamen Behandlung von Menschen mit BPS ist von Bedeutung, dass nicht nur einzelne Behandelnde Unterstützung erhalten, sondern Behandlungsteams als Ganzes die notwendigen finanziellen und zeitlichen Ressourcen erhalten. [...] Bezüglich der Unterstützung von Behandlungsteams ist darauf zu achten, dass Fallbesprechungen und Supervision dem gesamten Behandlungsteam offenstehen, damit ein kohärentes therapeutisches Klima in den entsprechenden Behandlungssettings geschaffen werden kann“ (S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung, S. 84).

Die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA), implementiert an psychiatrischen Kliniken, erbringen ebenfalls maßgebliche ambulante Leistungen. Sie erfüllen einen Versorgungsauftrag auch für Menschen mit SBPF, die wegen der Schwere ihrer Erkrankung eines krankenhausnahen Versorgungsangebotes bedürfen. PIA arbeiten multidisziplinär. Gerade in Regionen, die nervenärztlich unterversorgt sind, leisten die PIA damit einen wichtigen Beitrag zur Versorgung der Bevölkerung.

Die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) definiert die schwere psychische Erkrankung (engl. *severe mental illness*) nach Ruggeri et al. (2000, zitiert nach Gühne et al. 2022), „[...] über (1) das Vorliegen (irgend)einer psychiatrischen Erkrankung (z. B. Schizophrenie, Bipolare Erkrankung, schwere Depression, schwere Persönlichkeitsstörungen), (2) eine Erkrankungs- bzw. Behandlungsdauer von mindestens zwei Jahren und (3) eine deutliche und quantifizierbare psychosoziale Beeinträchtigung“ (Ruggeri et al. 2000, zitiert nach Gühne et al. 2022). Die Aufgabenkomplexe der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, vor dem Hintergrund lebens- und gesellschaftsbedeutsamer Handlungssituationen, fokussieren auf die Begleitung und Unterstützung betroffener Menschen in Krisensituationen und täglicher Herausforderungen. Die S3-Leitlinie Psychosoziale

Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen betont den Nutzen der APP in einem Statement (Gühne et al. 2019 zitiert nach Gühne et al. 2022).

9.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) kann als Hilfe in Krisenzeiten, als mittel- und längerfristige Unterstützung bei Funktionseinschränkungen, zur Herstellung/Förderung von Selbst- und Krankheitsmanagement sowie zur Förderung individueller Recovery-Prozesse angeboten werden. Da der Hilfebedarf nicht von der Diagnose abhängt, kann APP für alle Diagnosegruppen angeboten werden.	
Leitlinienadaptation	Literatur: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Statement 6, S. 127): ... <i>APP soll als Hilfe in Krisenzeiten, als mittel- und längerfristige Unterstützung bei Funktionseinschränkungen, zur Herstellung/Förderung von Selbst- und Krankheitsmanagement sowie zur Förderung individueller Recovery-Prozesse verordnet werden. Da der Hilfebedarf nicht von der Diagnose abhängt, darf APP sich nicht auf definierte Diagnosegruppen beschränken.</i> Siehe auch Jacobi et al. (2021); Herpertz et al. (2022); G-BA (2023, S. 8f); S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung (S. 84)	
	Konsensstärke: 96%	

4.3.1.1.3 Berufliche Teilhabe

4.3.1.1.3.1 Psychische Störungen und Arbeit

Wie in der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen ausführlich beschrieben, gehen schwere psychische Störungen oft mit signifikanten nachteiligen Folgen für die berufliche Situation der Betroffenen einher (Reker und Eikermann 2004), was nachfolgend auch hier beschrieben wird. Diese Störungen können dazu führen, dass die Ausbildung abgebrochen wird, Arbeitsplätze verloren gehen und Frühberentungen notwendig werden. Einigen der Betroffenen wird der Zugang zum Arbeitsmarkt gänzlich verwehrt. Trotz des Wunsches der meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (Westcott et al. 2015), zeigen deutsche und internationale Studien, dass die Arbeitslosenrate in dieser Bevölkerungsgruppe überdurchschnittlich hoch ist. Besonders Menschen, die unter Störung aus dem Bereich der Schizophrenie leiden, zählen zu den Gruppen, die in Bezug auf ihre berufliche Integration am stärksten benachteiligt sind (Kilian und Becker 2007). Eine Literaturreview hat gezeigt, dass die Beschäftigungsquoten bei Patient:innen mit Schizophrenie in der Mehrheit der in europäischen Studien untersuchten Fälle lediglich zwischen 10 und 20 Prozent liegen. Möglicherweise etwas höhere Beschäftigungsquoten sind nur bei Patient:innen mit einer ersten psychotischen Episode zu verzeichnen (Marwaha und Johnson 2004).

Der "Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen" (BMAS 2013) liefert folgende Erkenntnisse:

- Von den Menschen im erwerbsfähigen Alter, die unter chronischen psychischen Störungen leiden, sind 50 Prozent nicht erwerbstätig.
- Etwa 21 Prozent arbeiten in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM).

- Die Übergangsmöglichkeiten von der WfbM zum allgemeinen Arbeitsmarkt sind unsicher und mit Risiken verbunden, und derzeit können sie nur von einer kleinen Gruppe Betroffener genutzt werden.
- Circa 15 Prozent nehmen Hilfsangebote wie Tagesstätten in Anspruch.
- Es gibt nur begrenzte Unterstützungsangebote für den Übergang zwischen dem allgemeinen Arbeitsmarkt und dem besonderen Arbeitsmarkt sowie Angebote zur Begleitung bei der Beschäftigung am allgemeinen Arbeitsmarkt.

Im Vergleich zu somatisch erkrankten Menschen sind Menschen mit psychischen Störungen weniger in den Arbeitsmarkt integriert und haben ein niedrigeres Einkommen aus ihrer Arbeit (Richter et al. 2006). Diese Benachteiligung zeigt sich besonders stark bei Menschen mit schweren psychischen Störungen im Vergleich zu denen mit weniger schweren Erkrankungen. Während etwa 40 Prozent der Patient:innen mit psychischen Störungen einer Beschäftigung nachgehen, beträgt dieser Anteil in der Gruppe derer mit schweren psychischen Erkrankungen lediglich 6 Prozent (Parabiaghi et al. 2006).

Auch die Daten der Deutschen Rentenversicherung verdeutlichen das erhebliche Ausmaß sozialer Ausgrenzung von Menschen mit psychischen Störungen im Bereich der Arbeit. Im Jahr 2021 wurden fast 42 Prozent aller vorzeitigen gesundheitsbedingten Frühberentungen auf psychische Erkrankungen zurückgeführt. Dies macht psychische Störungen zur Hauptursache für das vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben (DRV 2022).

Die dauerhafte berufliche (Re-)Integration durch geeignete Rehabilitationsmaßnahmen wird umso seltener erreicht, je höher die Anzahl der krankheitsbedingten Fehltage vor Beginn der Rehabilitation ist. Dies unterstreicht die Wichtigkeit, frühzeitig mit rehabilitativen Ansätzen zu intervenieren (Hoffmann und Jäckel 2015).

Werden die nachteiligen Konsequenzen von Arbeitslosigkeit für Menschen mit psychischen Störungen berücksichtigt, wird deutlich, dass neben allgemeinen medizinisch-rehabilitativen Maßnahmen auch eine hohe Priorität darauf gelegt werden sollte, eine (erneute) berufliche Beschäftigung zu ermöglichen. Arbeitslosigkeit führt zu einem Verlust der Tagesstruktur, zur Verringerung sozialer Kontakte, finanziellen Schwierigkeiten, sozialer Stigmatisierung und einer Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls (Oschimansky et al. 2017).

Arbeit hat positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Menschen mit schweren psychischen Störungen (Eklund et al. 2004; Mueser et al. 1997; Luciano et al. 2014). Neben dem Ziel, eine bezahlte Arbeit zu finden, basiert die berufliche Rehabilitation auch auf der Vorstellung, dass Arbeit nicht nur Aktivität und soziale Interaktion fördert, sondern auch positive Auswirkungen auf die Lebensqualität, das Selbstwertgefühl und die Autonomie der Betroffenen hat. Die Forschungsergebnisse betonen die große Bedeutung von Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen am Arbeitsleben im Gesamtprozess der Rehabilitation. Dabei zeigt sich, dass wettbewerbsfähige Beschäftigung, insbesondere Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt, eine besondere Rolle spielt, im Vergleich zu anderen Formen der Arbeit (Eklund et al. 2004; Mueser et al. 1997; Bond et al. 2001).

4.3.1.1.3.2 Ansätze beruflicher Rehabilitation

Die Begriffe "Arbeitsrehabilitation" und "berufliche Rehabilitation" (die im Folgenden synonym verwendet werden) beziehen sich hier auf psychosoziale Interventionen, die gezielt darauf abzielen, die Arbeits- und Beschäftigungssituation von Menschen mit psychischen Störungen zu verbessern (Reker und Eikermann 2004). Seit 2009 ist das Recht auf gleichberechtigte berufliche Teilhabe für Menschen mit Behinderungen auch gesetzlich in Deutschland verankert,

wie es die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen festlegt. Es ist wichtig zu beachten, dass nicht alle Menschen mit psychischen Störungen sofort eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt anstreben (Gühne et al. 2017), daher sollten die Präferenzen der Betroffenen bei der Zieldefinition berücksichtigt werden.

In englischsprachigen Ländern werden zwei Hauptmethoden der Arbeitsrehabilitation unterschieden, die auch in der folgenden Darstellung verwendet werden:

1. Pre-Vocational-Training (vorbereitendes Arbeits-Training als berufliche Rehabilitation):

Dieser Ansatz umfasst berufsvorbereitende Maßnahmen mit dem Ziel, die Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt vorzubereiten. Diese Maßnahmen können Aktivitäten wie Arbeitstherapie, Bewerbungstraining und zeitlich begrenzte Beschäftigung in einem geschützten Arbeitsumfeld umfassen (Reker und Eikelmann 2004; Matschnig et al. 2008). Die Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt erfolgt erst nach diesem Training unter "geschützten" Bedingungen („First-Train-Then-Place“). Manchmal endet die Unterstützung bereits mit Abschluss des Trainingsprogramms, und nicht alle Programme dieses Typs bieten Unterstützung bei der Jobsuche, während der Einarbeitungszeit und langfristige Betreuung am Arbeitsplatz an (Reker und Eikelmann 2004). Eine besondere Variante des Pre-Vocational-Training ist das Klubhouse-Modell, das auf professionell unterstützter Selbsthilfe basiert und seinen Mitgliedern die Möglichkeit bietet, sich auf die Anforderungen kompetitiver Beschäftigung vorzubereiten (Schonebaum et al. 2006; Crowther et al. 2001; McKay et al. 2018).

2. Supported Employment (SE, unterstützte Beschäftigung):

Dieser Ansatz folgt einem umgekehrten Vorgehen. Bei ausreichender Motivation und psychopathologischer Stabilität wird der Betroffene ohne (längere) Vorbereitungszeit direkt auf den ersten Arbeitsmarkt platziert und dort durch spezialisierte Dienste wie Employment Specialist oder Job Coach unterstützt („First-Place-Then-Train“). Diese direkte Unterstützung am Arbeitsplatz durch einen Job Coach ist zeitlich nicht begrenzt, und das Ziel ist eine dauerhafte Beschäftigung in einem normalen Arbeitsumfeld. Die Ansätze des Supported Employment haben ihren Ursprung in den USA, wo sie in den 1980er-Jahren entwickelt wurden (Bond et al. 1997). Eine der am besten erforschten Formen und eine manualisierte Version des Supported Employment ist das Individual Placement and Support (IPS), das auf acht Kernprinzipien beruht (Drake et al. 2012).

In Deutschland werden bisher hauptsächlich arbeitsrehabilitative Programme verwendet, die dem First-Train-Then-Place-Ansatz folgen (Gühne und Riedel-Heller 2015). Es ist jedoch ein Trend erkennbar, dass in viele dieser Programme zunehmend Elemente des IPS integriert werden. Oft handelt es sich daher um "Mischformen" zwischen Pre-Vocational-Training und IPS. Diese Mischformen betonen trotz eines kurzen vorbereitenden Trainings eine klare Ausrichtung auf eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt, beispielsweise durch frühzeitige Praktika in Betrieben des ersten Arbeitsmarktes, die von Anfang an auf eine Festanstellung ausgerichtet sind.

Seit etwa 20 Jahren wurden in Deutschland im Rahmen von Modellprojekten Elemente der unterstützten Beschäftigung nach dem Vorbild des amerikanischen IPS eingeführt. Um eine stärkere Umsetzung zu fördern, wurde Anfang 2009 die Maßnahme "Unterstützte Beschäftigung" im § 38a des SGB IX gesetzlich verankert (Doose 2012).

Die Evidenz des Pre-Vocational-Training und des Supported Employment werden in aller Ausführlichkeit ab Kapitel 10.4.2f. in der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen dargestellt. Die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen verweist darauf, dass die Umsetzung von Maßnahmen zur berufli-

chen Rehabilitation frühzeitig erfolgen sollte und auf den Grundsätzen einer personenzentrierten, auf individuelle Bedürfnisse zugeschnittenen Unterstützung basieren. Diese Maßnahmen sollten in enger Abstimmung und Koordination mit verschiedenen Leistungsbereichen und -trägern (Krankenversicherung, Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, Jobcenter, Integrationsämter, Sozialämter) durchgeführt werden. Um eine personenzentrierte Abstimmung der Unterstützung sicherzustellen, ist eine persönliche Ansprechpartner:in beim Rehabilitationsträger erforderlich und eine enge Verknüpfung der sozialpsychiatrischen Gesamthilfeplanung mit der Teilhabeplanung.

Bei der Auswahl von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollten die Eignung, Neigung und bisherige berufliche Tätigkeit der Personen, die von einer psychischen Störung betroffen sind oder von Behinderung bedroht sind, angemessen berücksichtigt werden. Dies sollte in Einklang mit der aktuellen Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt stehen. Um den unterschiedlichen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Interessen der Rehabilitanden gerecht zu werden, sollte ein differenziertes System von Angeboten mit variierenden Anforderungsprofilen zur Verfügung stehen. Besonderes Augenmerk sollte auf eine individuelle und zielgerichtete berufliche Beratung gelegt werden, die frühzeitig im Behandlungs- und Rehabilitationsprozess erfolgt. Die erfolgreiche berufliche Integration sollte als fester Bestandteil des gesamten Behandlungs- und Rehabilitationsprozesses etabliert werden.

Die Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation sollten in der Nähe des Wohnorts oder des Arbeitsplatzes verfügbar sein. Eine enge Integration von psychiatrischen und berufsrehabilitativen Diensten sollte angestrebt werden. Grundsätzlich sollten berufliche Rehabilitationsmaßnahmen so gestaltet sein, dass ein ausreichendes Angebot an begleitenden Hilfen (z. B. Wohnmöglichkeiten, Tagesstätten) in ihrer Umgebung vorhanden ist. Die Förderung des Supported Employment (SE) Konzepts in seiner ursprünglichen Form sollte Vorrang haben und flächendeckend umgesetzt werden. Aktuelle Studien zeigen, dass die Effektivität von SE umso höher ist, je mehr Kriterien des Konzepts in der praktischen Umsetzung Anwendung finden. Das bedeutet, dass eine höhere Modelltreue zu einer Steigerung der Wiedereingliederungsraten auf dem ersten Arbeitsmarkt führt.

Nicht außer Acht gelassen werden darf jedoch, dass Ansätze des SE nicht für alle Menschen mit SBPF geeignet sind (vgl. Stengler et al. 2021). Auch hier gilt die individuelle Feststellung des Bedarfs und die Findung passgenauer Leistungsangebote zur beruflichen Teilhabe.

Für Deutschland wird ein dringender Bedarf an weiterführender Forschung festgestellt (vgl. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen). All diese Ausführungen können auch für den Personenkreis der Menschen mit SBPF bezogen werden, da aus der Literaturrecherche keine Studien zur beruflichen Teilhabe von Menschen mit SBPF hervorgingen. Neben den bisher beschriebenen evidenzbasierten Maßnahmen der beruflichen Teilhabe existieren im deutschen Versorgungssystem vielfältige Leistungsträgerschaften mit verschiedensten beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit psychischen Störungen und damit auch für Menschen mit SBPF. Beispielhaft zu nennen sind:

- Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)
- Berufsbildungswerke (BBW)
- Berufsförderungswerke (BFW)
- Berufliche Trainingszentren (BTZ)
- Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)
- Unterstützte Beschäftigung nach § 55 SGB IX
- Andere Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX
- Budget für Arbeit nach § 61 SGB IX

- Budget für Ausbildung nach § 61a SGB IX
- Inklusionsbetriebe
- Zuverdienst- und Beschäftigungsangebote

Die Effekte dieser beruflichen Rehabilitationsangebote sind bisher kaum erforscht. Einen ausführlicheren Überblick über die bestehenden beruflichen Rehabilitationsangebote und deren Besonderheiten gibt die Arbeitshilfe Rehabilitation und Teilhabe psychisch erkrankter und beeinträchtigter Menschen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. aus dem Jahr 2020: <https://www.bar-frankfurt.de/service/publikationen/produktdetails/produkt/154.html>.

9.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Modifiziert Stand 2018
Empfehlungsgrad: A	Menschen mit SBPF und dem Wunsch nach einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sollen im Rahmen der Förderung beruflicher Teilhabe Programme mit dem Ziel einer raschen Platzierung direkt auf einen Arbeitsplatz des Allgemeinen Arbeitsmarktes und notwendiger Unterstützung (Supported Employment) angeboten werden.	
Leitlinienadaptation Qualität der Evidenz: ⊕⊕⊕⊖ (Aufgrund von Indirektheit herabgestuft)	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 18, S. 192): <i>Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und dem Wunsch nach einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sollen im Rahmen der Förderung beruflicher Teilhabe Programme mit dem Ziel einer raschen Platzierung direkt auf einem Arbeitsplatz des allgemeinen Arbeitsmarktes und notwendiger Unterstützung (Supported Employment) angeboten werden.</i>	
	Konsensstärke: 100%	

Die Qualität der Evidenz wurde herabgestuft, da die Zielpopulation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und Menschen mit SBPF nicht deckungsgleich ist. Gleichzeitig wurde der Empfehlung klinisch ein so hohe Bedeutung zugesprochen, dass eine „soll“ Empfehlung ausgesprochen wurde.

9.3	Evidenzbasierte Empfehlung	Modifiziert Stand 2018
Empfehlungsgrad: B	Für Menschen mit SBPF sollten auch Angebote vorgehalten werden, die nach dem Prinzip „erst trainieren – dann platzieren“ vorgehen. Diese sind insbesondere für die Teilgruppe schwer psychisch kranker Menschen ohne Präferenz für eine sofortige Beschäftigung auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt bedeutsam. Ziel ist die Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit Unterstützung.	
Leitlinienadoption Qualität der Evidenz: ⊕⊕⊕⊖ (Aufgrund von Indirektheit herabgestuft)	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 19, S. 192): <i>Für schwer psychisch kranke Menschen sollten auch Angebote vorgehalten werden, die nach dem Prinzip „erst trainieren – dann platzieren“ vorgehen. Diese sind insbesondere für die Teilgruppe schwer psychisch kranker Menschen ohne Präferenz für eine sofortige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bedeutsam. Ziel ist die Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit Unterstützung.</i>	
	Konsensstärke: 100%	

Die Qualität der Evidenz wurde herabgestuft, da die Zielpopulation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und Menschen mit SBPF nicht deckungsgleich ist.

9.4	Evidenzbasierte Empfehlung	Modifiziert Stand 2018
Empfehlungsgrad: B	Die Wirksamkeit von Ansätzen nach den Prinzipien von Supported Employment kann durch begleitende trainierende Interventionen erhöht werden. Diese sollten deshalb in Abhängigkeit der individuellen Bedarfe angeboten werden.	
Leitlinienadaptation Qualität der Evidenz: ⊕⊕⊕⊖ (Aufgrund von Indirektheit herabgestuft)	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 20, S. 192): <i>Die Wirksamkeit von Ansätzen nach den Prinzipien von Supported Employment kann durch begleitende trainierende Interventionen erhöht werden. Diese sollten deshalb in Abhängigkeit der individuellen Bedarfe Anwendung finden.</i>	
	Konsensstärke: 100%	

9.5	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	<p>Die Förderung beruflicher Teilhabe von Menschen mit SBPF sollte darauf ausgerichtet sein, den Arbeitsplatzverlust zu vermeiden. Dazu bedarf es beim Auftreten psychischer Erkrankungen eines frühzeitigen Einbezuges entsprechender Dienste bzw. Hilfen.</p> <p>Das Vorhandensein einer abgeschlossenen Ausbildung ist als Grundlage für die Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit SBPF von enormer Wichtigkeit. Daher sollten reguläre schulische, akademische, betriebliche und besondere Ausbildungsangebote wohnortnah und mit entsprechenden flankierenden Unterstützungsangeboten zur Verfügung stehen.</p> <p>Menschen mit SBPF sollte unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts frühzeitig Zugang zu passgenauen beruflichen Ausbildungs- und Rehabilitationsprogrammen zur Förderung der beruflichen Teilhabe ermöglicht werden.</p>	
Leitlinienadaptation	<p>S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 21, 22, S. 193f): <i>Die Förderung beruflicher Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen sollte darauf ausgerichtet werden, den Arbeitsplatzverlust zu vermeiden. Dazu bedarf es beim Auftreten psychischer Erkrankungen eines frühzeitigen Einbezuges entsprechender Dienste bzw. Hilfen.</i></p> <p><i>Das Vorhandensein einer abgeschlossenen Ausbildung ist als Grundlage für die Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen von enormer Wichtigkeit. Daher sollten reguläre schulische, akademische, betriebliche und besondere Ausbildungsangebote wohnortnah und mit entsprechenden flankierenden Unterstützungsangeboten zur Verfügung stehen.</i></p>	
Konsensstärke: 96%		

4.3.1.2 Einzelinterventionen

4.3.1.2.1 Psychoedukation

Psychoedukation lässt sich in stationären Behandlungskontexten integrieren, aber auch in der ambulanten Versorgung verorten. Psychoedukative Elemente sind inzwischen Bestandteil der meisten psychotherapeutischen Verfahren und Settings. Psychoedukation wird in mehreren bestehenden S3-Leitlinien bereits ausführlich beschrieben (z.B. S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen; S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen).

Bei Psychoedukation handelt es sich um die Vermittlung von Informationen und Aufklärung der Patient:innen und ihrer Zugehörigen über ihre Erkrankung, deren Ursachen und möglichen Verlauf sowie Möglichkeiten der Behandlung (vgl. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S. 88)). Psychoedukation wird auch von nicht-ärztlichen oder nicht-psychologischen Fachkräften wie z.B. Pflegefachpersonen, Therapeut:innen und Sozialarbeiter:innen durchgeführt.

Je nach Umfang und Inhalt wird Psychoedukation z.B. in der S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen in eine einfache und eine ausführliche bzw. interaktive unterteilt.

Unter einfacher Psychoedukation wird eine zeitlich umrissene und wenn möglich eine auf Patient:innen und deren Zugehörige abgestimmte Aufklärung und Informationsvermittlung verstanden. Diese kann im Einzel- oder Gruppensetting erfolgen und bis zu zehn Einheiten umfassen. Eine ausführliche und interaktive Psychoedukation wird z.B. im Zusammenhang mit bipolaren Störungen von Colom und Vieta (2006) beschrieben und umfasst Maßnahmen wie z.B.:

- Informationen zu Störung, Symptomatik, Verlauf und möglichen Ursachen
- Anleitung zur Selbstbeobachtung von bspw. Stimmung, Aktivitäten, Alltagsereignissen
- Förderung einer günstigen Alltagsstruktur;
- Reduktion von Belastungen;
- Erkennen von Frühsymptomen und Warnzeichen und Sammlung persönlich hilfreicher Maßnahmen zum Gegensteuern bei Krisen (vgl. S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (S. 88f))

In diesem Zusammenhang sei auch auf das Konsensuspapier „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“ (Bäumel und Pitschel-Walz 2008) hingewiesen, dass in der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S. 200f) zitiert wird. Im Vordergrund stehen hier u.a. die Förderung der Gesundheit, die Stärkung der Ressourcen sowie ein auf Informationen basierender selbstverantwortlicher Umgang mit der Erkrankung. Die Autoren (Bäumel und Pitschel-Walz 2008) weisen zwar darauf hin, dass die Wirkkomponenten der Psychoedukation im Einzelnen noch nicht hinreichend erforscht sind, heben jedoch die Bedeutung folgender Faktoren hervor:

- Vereinfachung komplexer Zusammenhänge mit verständlicher Vermittlung von Informationen
- Veranschaulichung des Vulnerabilitäts-Stress-Modells
- Reflexion der Auswirkungen einzelner Behandlungsverfahren
- Struktur und Ordnung in den Ablauf der einzelnen Therapiemaßnahmen
- Ressourcen-orientiertes Vorgehen
- gemeinsamer Erfahrungsaustausch und Lernen an erfolgreichen Modellen anderer Erkrankter (Bäumel et al. 2007).

Bäumel et al. (2007) weisen darüber hinaus darauf hin, dass Psychoedukation keine Psychotherapie ersetzt. Jedoch kann Psychoedukation im Rahmen psychotherapeutischer Verfahren angewandt werden. Bäumel et al. (2007) geben an, dass im Rahmen psychoedukativer Interventionen emotional belastende Themen nicht zu einer Überforderung und emotionalen Destabilisierung der Betroffenen führen sollten. Die Teilnahme an einer Psychoedukation kann Patient:innen und deren Angehörige für eine entsprechend indizierte Psychotherapie sensibilisieren (Bäumel et al. 2007).

Bäumel und Pitschel-Walz (2008) zufolge ist Psychoedukation grundsätzlich auch für Patient:innen mit schweren psychischen Störungen in allen Behandlungssettings (stationär, teilstationär, ambulant) geeignet.

Ogleich in einer Recherche keine RCTs, Reviews oder Meta-Analysen gefunden werden konnten, in welchen die Effekte psychoedukativer Interventionen bei Menschen mit SBPF in der ambulanten Begleitung untersucht wurden, ist davon auszugehen, dass bei der Fülle der mit der Beeinträchtigung einhergehenden Herausforderungen in der Alltagsbewältigung Psychoedukation und ein dadurch zugrundeliegendes Verständnis für die Erkrankung bei Menschen mit SBPF und deren Zugehörigen maßgeblich zur Bewältigung von Alltagsproblemen (z.B. in der zwischenmenschlichen Interaktion) beitragen und Stigmatisierungen und Krankheitsfolgen entgegenwirken kann.

9.6	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Menschen mit SBPF und deren Zugehörige sollte eine ausführliche, strukturierte und interaktive Psychoedukation angeboten werden. Diese kann individuell als auch in Gruppen angeboten werden. Die zeitliche Dauer, Inhalte und Struktur sollten den emotionalen und kommunikativen Bedürfnissen sowie ihren individuellen Präferenzen angepasst sein.	
	Literatur: S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen; S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (z.B. Empfehlung 24, S. 239: <i>Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen soll zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses und Krankheitsverlaufs eine strukturierte Psychoedukation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ausreichend lange und möglichst in Gruppen angeboten werden. Angehörige sollen in die psychoedukative Intervention einbezogen werden.</i>)	
	Konsensstärke: 100%	

4.3.1.2.2 Trialog

In der S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (S. 27ff) wird unter dem Konzept „Trialog“ eine gleichberechtigte Zusammenarbeit von Patient:innen und ihren Zugehörigen sowie in klinischen, rehabilitativen, ambulanten Kontexten professionell Tätigen verstanden. Folgende Merkmale und Effekte können u.a. eine trialogische Zusammenarbeit kennzeichnen (S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (S. 27)):

- Patient:innen sind „Expert:innen in eigener Sache“
- Zugehörige werden einbezogen. Sie können eine wichtige Funktion bei der Alltagsbewältigung und Rückfallverhütung haben
- Individuelle und familiäre Ressourcen können genutzt werden
- Es kann zu mehr Verantwortungsübernahme führen
- Es kann aktive Selbstbestimmung und eine Verbesserung der Fähigkeit zum Selbstmanagement bewirken
- Eine offene, vertrauensvolle und erfolgreiche Kooperation zwischen Patient:innen, Zugehörigen sowie professionell Tätigen kann entstehen
- Gemeinsame Interessen und Behandlungsziele können verfolgt werden
- Gemeinsame Kompetenzen können im trialogischen Austausch genutzt werden

Dies kann sich positiv auf den jeweiligen Krankheitsverlauf auswirken. Trialogische Zusammenarbeit nimmt der S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen zufolge einen wichtigen Stellenwert im ambulanten sowie im Home Treatment Setting ein. Der Trialog kann eine sinnvolle Ergänzung zur Therapie sein.

In der S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen werden auch die Voraussetzungen und die Bedeutung trialogischen Handelns beschrieben. Es wird darauf hingewiesen, dass trialogische Foren, Fortbildungen und Tagungen eine wichtige Vermittlungsaufgabe zukommt. Auch kann in diesem Zusammenhang der gemeinsamen Aufklärungs- und Anti-Stigma-Arbeit eine besondere Bedeutung zukommen. In der Leitlinie wird darüber hinaus an eine gut koordinierte Versorgung mit möglichst kontinuierlichen Bezugstherapeut:innen appel-

liert, um die Entwicklung wechselseitigen Vertrauens und Respekt für subjektive Erklärungsmodelle, individuelle Wünsche und soziale Ressourcen zu unterstützen. Die therapeutische Kontinuität begünstigt der Leitlinie zufolge auch dialogisches Handeln.

Auch für andere Patient:innengruppen, z.B. für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, wird dem Dialog trotz mangelnder Evidenz Bedeutung beigemessen. So lautet z.B. in der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S. 200) Statement 7:

„Im Rahmen der Informationsvermittlung, aber für die Beziehungsgestaltung im gesamten Hilfesystem ist die dialogische Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionell Tätigen besonders wichtig. Sie ist eine wesentliche Voraussetzung für eine offene, vertrauensvolle und erfolgreiche Kooperation aller Beteiligten, auf deren Basis gemeinsame Interessen und Behandlungsziele verfolgt werden können. Ergebnisse der dialogischen Zusammenarbeit beschränken sich nicht nur auf die individuelle Therapiebeziehung, sondern haben Auswirkungen auf die angemessene Darstellung der Interessen der Patienten und Angehörigen in der Öffentlichkeit und Politik, auf die Qualitätsförderung und auf die Fortentwicklung der Versorgungsstrukturen. Das sogenannte Psychoseseminar, dialogische Seminare oder Dialogforen sind dafür ein gutes Übungsfeld.“

In der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S. 200) wird der Mangel an systematischen Evaluationen durch das „Wesen des Dialogs“ begründet, das auf Manuale und Strukturvorgaben verzichtet. Dieser Mangel zeigt sich auch im Zusammenhang mit Patient:innen mit SBPF. Aufgrund der Komplexität der Beeinträchtigung ist dennoch davon auszugehen, dass eine dialogische Zusammenarbeit sinnvoll ist. Zwei aktuelle Studien bestätigen die Wirksamkeit der Intervention Dialog (Burr Christian et al. 2021; Schaefer et al. 2021).

9.7	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Eine dialogische Zusammenarbeit zwischen Patient:innen mit SBPF, deren Zugehörigen sowie professionell Tätigen sollte angeboten werden. Der dialogische Aspekt sollte in professionellen Fort- und Weiterbildungen und Seminaren berücksichtigt werden, u. a. durch direkte Beteiligung Betroffener und Zugehöriger. Patient:innen mit SBPF und deren Zugehörigen sollten Dialogforen angeboten werden.	
	Literatur: S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen; S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen	
	Konsensstärke: 100%	

4.3.1.2.3 Weitere Psychosoziale Therapien

Künstlerische Therapien¹

Zu Fachbereichen Künstlerischer Therapien zählen Kunst-, Musik-, Tanz-, Theatertherapie und andere. Gemeinsam ist den einzelnen Fachbereichen der Einsatz künstlerischer Medien in Diagnostik und Therapie, welche innerhalb einer therapeutischen Beziehung im Einzel- oder Gruppensetting durchgeführt werden. In den einzelnen Fachbereichen werden gezielt produktive sowie rezeptive Medien und Prozesse eingesetzt. Künstlerische Therapien werden in klinischen, rehabilitativen, ambulanten und pädagogischen Bereichen angewandt.

Der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S. 254) zufolge liegen den unterschiedlichen Fachbereichen vor allem psychotherapeutische Theorie-Praxis-Modelle unterschiedlicher Schulausrichtungen zugrunde. Diese sind für die künstlerisch-therapeutische Praxis modifiziert und weiterentwickelt (Karkou und Sanderson 2006). Weitere Bezugswissenschaften bilden unter anderem theoretische Konzepte aus der Psychosomatik, Neurologie, Neurobiologie, der Bindungs-, Säuglings- sowie der Kognitions- und Gedächtnisforschung.

Künstlerische Therapien sind personenzentriert auf aktuelle Ereignisse innerhalb der therapeutischen Beziehung ausgerichtet. Patient:innen sind daher unmittelbar an der Regulation und Bestimmung des therapeutischen Prozesses beteiligt. Patient:innen können im Sinne der Selbstaktualisierung, Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortung eine positive Forderung erfahren (Goodill 2005).

Übergreifende Wirkfaktoren stimmen in Künstlerischen Therapien mit psychotherapeutischen Wirkfaktoren überein. Zu nennen sind unter anderem die Qualität der therapeutischen Beziehung und therapeutische Rahmenbedingungen, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung und motivationale Klärung (Strauß und Wittmann 2000).

Durch prozessuale und perzeptuelle Aktivierungen werden insbesondere Inhalte und Prozesse des impliziten und emotionalen Gedächtnisses angesprochen (Grawe 2000; Fuchs 2009). Durch künstlerische Prozesse und mittels gestalterischer Medien können innerpsychische Prozesse zum Ausdruck gebracht, wahrgenommen, reflektiert und (re-)integriert werden. Je nach Fachbereich werden Kommunikationsprozesse jenseits konventioneller Sprachhandlungen ange-regt, um so zur Wahrnehmung und zum Ausdruck emotionaler und kognitiver Inhalte zu befähigen. Ein wesentliches Merkmal Künstlerischer Therapien besteht darin, dass innerhalb des therapeutischen Prozesses ein künstlerisches Produkt oder Werk entsteht. Im Rahmen der therapeutischen Beziehung kann eine nachfolgende Betrachtung des entstandenen Werkes und dessen Wirkung eine intersubjektive Auseinandersetzung mit intrapsychischen Inhalten ermöglichen.

Als Kontraindikationen für Künstlerische Therapien (insbesondere im Gruppensetting) werden akupsychothische Phasen angeführt (Smeijsters 1999; Oerter et al. 2001) wie auch eine unzureichende Bereitschaft der Patient:innen am therapeutischen Geschehen aktiv mitzuwirken, das vor allem durch aktivierende künstlerisch-therapeutische Interventionen charakterisiert ist (Born 2002; Glöckler et al. 1991).

In der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S. 258ff) wird auf systematische Übersichtsarbeiten zu verschiedenen Fachrichtungen der Künstlerischen Therapien bei Patient:innen mit schweren psychischen Erkrankungen verwiesen und eine

¹ Künstlerische Therapien sind umfassend in der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. 2018 beschrieben. Die Ausführungen hier gehen auf das Kapitel 11.3.1 der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. 2018 (S. 254ff) zurück.

Empfehlung für künstlerische Therapien mit Empfehlungsgrad B und Evidenzebene Ia-Ib abgeleitet (S. 270).

Im Rahmen einer Recherche konnten keine RCTs, systematische Reviews oder Meta-Analysen gefunden werden, in welchen die Wirksamkeit Künstlerischer Therapien bei Patient:innen mit SBPF in der ambulanten Begleitung untersucht wurde.

Einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand hinsichtlich von der Wirksamkeit Künstlerischer Therapien auf das emotionale Erleben, die Emotions- und Verhaltensregulation sowie die Reduzierung von Aggressionen bei Patient:innen mit Persönlichkeitsstörungen geben Haeyen und Dimaggio (2024) und beziehen sich dabei auf drei RCTs (Haeyen et al. 2018a; Haeyen et al. 2018b; van den Broek et al. 2011). In der Übersichtsarbeit von Haeyen (2022) wurde auch auf Nutzen und Wirkung Künstlerischer Therapien im ambulanten Bereich hingewiesen, ebenfalls bei Patient:innen mit Persönlichkeitsstörungen. Zuletzt beschreibt eine quantitative Umfrage von Haeyen et al. (2020), die über einen Zeitraum von 3 Monaten durchgeführt wurde ($n = 539$), Nutzen und Wirkung Künstlerischer Therapien bei Patient:innen mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen. Auch wenn diese Studien nicht direkt Patient:innen mit SBPF untersuchen kann doch angenommen werden, dass es große Überschneidungen in den Populationen gibt, weshalb auf diese Studien hingewiesen wird (vgl. Kapitel 3.2 und Wendt et al. 2024b).

Ergotherapie

Ergotherapie ist ein klient:innenzentrierter Gesundheitsberuf, der sich mit der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden durch Betätigung befasst (Übersetzung basierend auf der Definition des Weltverbandes der Ergotherapeuten (WFOT 2012)). Sie unterstützt und begleitet alle Menschen, deren Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht ist, um sie bei der Durchführung von Betätigungen in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken (DVE 2007). Im weiteren Verlauf wurden auf Grund mangelnder Literatur für SBPF die S3-Leitlinie Schizophrenie sowie die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen als Grundlage genutzt.

Ziele der Ergotherapie sind folglich eine für die Patient:in zufriedenstellende Ausführung und Einbindung in individuelle Betätigungen (= Handlungen/Aktivitäten), denen Sinn und Bedeutung zugemessen wird. Damit in Verbindung steht die selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben (inklusive Arbeit und Bildung) sowie eine für die Person erlebbare, zufriedenstellende Lebensqualität. Hierzu werden mit jeder Klient:in - auf Grundlage der Diagnose und der ergotherapeutischen Diagnostik - die für den persönlichen Alltag relevanten (Behandlungs-)Ziele und mögliche Wege, diese zu erreichen, erarbeitet und vereinbart. Durch ergotherapeutische Interventionen, d. h. das Ausführen/Üben konkreter Betätigungen, durch manualisierte Programme (inkl. Prävention), Umwelтанpassung, Training/Üben, z. B. neuer Handlungsstrategien, Beratung, arbeitsplatzbezogene Maßnahmen, Jobcoaching usw., werden diese unterstützend umgesetzt. In der Ergotherapie werden verschiedene Betätigungsbereiche im Leben und Alltag unterschieden (u. a. nach der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit [ICF], dem Canadian Model of Occupational Performance & Engagement (Polatajko et al. 2007) etc.):

- Selbstversorgung (z. B. Körperpflege, sich anziehen, Nahrungsaufnahme)
- Freizeit (z. B. Familie/Freunde treffen, Hobbys ausüben)
- Produktivität: (z. B. Haushaltsführung, Ehrenamt, [Aus-]Bildung/Berufstätigkeit)

Die ergotherapeutischen Methoden und Verfahren, die im Rahmen der Therapie zum Einsatz kommen, sind vielfältig. Sie lassen sich grob unterscheiden in „Methoden und Ansätze zur

Kompetenzförderung“ (z. B. Erlernen von Bewältigungsstrategien, Üben von Alltagsaktivitäten, kognitive Trainings, emotionale sowie soziale Kompetenzförderung) sowie „Methoden und Ansätze zum Aktivitätsaufbau“ (z. B. Verhaltensaktivierung/Behavioral Activation, Interventionen zur Zeitnutzung) sowie subjektbezogene-ausdruckszentrierte Methoden (handwerklich-gestalterische Inhalte) und soziozentrierte-interaktionelle Methoden und Ansätze. Für eine genauere Beschreibung der einzelnen Methoden wird auf das Ergotherapie-Kapitel der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen verwiesen.

Ergotherapie ist ein anerkanntes, gesetzlich verankertes Heilmittel und eine wissenschaftlich fundierte Therapieform. Sie befasst sich mit den Auswirkungen und der gegenseitigen Beeinflussung von individuellen Betätigungen auf Mensch und Umwelt. Der persönlichen sowie gesellschaftlichen Bedeutung einer Aktivität kommt dabei ein hoher Stellenwert zu. Ergotherapie basiert u. a. auf den Bezugswissenschaften Medizin, Sozialwissenschaften (z. B. Psychologie und Pädagogik) und Gesundheitswissenschaften sowie den Grundsätzen der Occupational Science (Yerxa 1990).

Zu explizit von Ergotherapeut:innen durchgeführten Maßnahmen/Interventionen für Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der PF konnte kaum Evidenz gefunden werden. Auf Grundlage der angenommenen Korrelation zwischen Beeinträchtigungen der PF und bestimmten Diagnosen (z. B. Schizophrenie, dissoziale Persönlichkeitsstörungen; siehe Kapitel 0 und Wendt et al. 2024b) wurde eine Recherche durchgeführt. Eine Auswahl erfolgte hinsichtlich Studiendesign, Outcome, Übertragbarkeit auf Deutschland sowie Passung auf die vorliegende Leitlinie.

Ergotherapie, als vergleichsweise junge Disziplin, befindet sich in einem dynamischen Entwicklungsprozess. Frühere Konzepte und Interventionsformen psychiatrischer Ergotherapie der 1980er und 1990er Jahre haben sich gewandelt und entsprechen nicht mehr heutigen Vorstellungen und dem aktuellen ergotherapeutischen Paradigma.

In die Evidenzbewertung wurden daher deutsch- und englischsprachig publizierte Studien ab dem Jahr 2012 einbezogen. Recherchen erfolgten in den Datenbanken Medline (via Pubmed), CINAHL, den ergotherapiespezifischen Datenbanken OTseeker und OTDBase sowie bei Epistemonikos. Gefunden und eingeschlossen wurden im Rahmen der Recherche 1 Meta-Analyse, 2 RCTs sowie 2 Prä-Post-Untersuchungen. Die Meta-Analyse (Ikiugu et al. 2017) umfasst 11 RCT (N=520), welche die klinische Wirksamkeit von theoriegeleiteter Ergotherapie bezüglich der Betätigungsperformanz sowie des Wohlbefindens untersuchten. Einschlusskriterien bez. der Einzelstudien waren dabei psychiatrische Erkrankungen der Studienteilnehmenden, die Nutzung eines ergotherapeutischen Modells oder Bezugsrahmens sowie als Outcome die Betätigungsperformanz und/oder das Wohlbefinden. Es zeigte sich ein mittlerer positiver Effekt theoriegeleiteter Ergotherapie auf die Betätigungsperformanz sowie ein leichter positiver Effekt auf das Wohlbefinden.

Beide RCTs untersuchten die Wirksamkeit von Ergotherapie in Bezug auf Betätigungsperformanz und soziale Teilhabe anhand eines klient:innenzentrierten Assessments. Ein RCT (n= 60) befasst sich mit der Wirksamkeit von Ergotherapie (COPM, Planung und Durchführung konkreter Aktivitäten) in Kombination mit Sozialem Kompetenztraining bei Menschen mit Schizophrenie (Ercan Doğu et al. 2021). Die Ergebnisse zeigen, dass die kombinierte Intervention im Vergleich zur Kontrollgruppe (ausschließlich Soziales Kompetenztraining) eine signifikante Verbesserung der Betätigungsperformanz in für die Klient:innen relevanten Bereichen erzielte (sowohl in der Post-Messung als auch in der Follow-Up-Untersuchung nach 6 Monaten). Ein weiterer RCT (n = 60) untersuchte die Wirksamkeit von ergotherapeutischen Hausbesuchen in Bezug auf die soziale Teilhabe bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Japan (Mashimo et al. 2020). Eingeschlossen wurden dabei Erkrankungen aus dem schizophrenen

(F20-F29) sowie affektiven Diagnosespektrum (F30-F39). Die Interventionsgruppe erhielt dabei Interventionen im Rahmen eines Programms, welches die klient:innenzentrierte Zielformulierung in den Fokus nimmt (Identifizierung von Betätigungsanliegen → Evaluation von förderlichen und hinderlichen Faktoren anhand der ICF → gemeinsame Zielvereinbarung und Therapieplanung). Die Kontrollgruppe erhielt die Standardbehandlung (TAU). Die Ergebnisse zeigt eine signifikant höhere Verbesserung der GAF (Global Assessment of Functioning)-Werte bei den Interventionsgruppen-Teilnehmenden.

Die beiden Prä-Post Studien untersuchten die Auswirkungen von Ergotherapie im ambulanten Setting auf die Betätigungsperformanz (Lindström et al. 2012: $n = 17$; Wasmuth et al. 2021: $n = 27$). Lindström et al. (2012) befassten sich dabei mit Menschen, die in Wohnheimen oder im betreuten Wohnen leben. Beide Studien hatten Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie und schizoaffektive Störungen als Teilnehmende. Wasmuth et al. (2021) inkludiert zudem Menschen mit Persönlichkeitsstörungen und schwerer Depression. Beide konnten eine Verbesserung der Betätigungsperformanz der Teilnehmenden nach 12 Wochen bis zu 6 Monaten feststellen.

Bezüglich der Wirksamkeit von Ergotherapie für Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der PF wird (weiterführend) auf die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, als diagnoseübergreifender Leitlinie für den psychiatrischen Bereich verwiesen. Für die derzeit (2024) ebenfalls laufende Aktualisierung erfolgte eine neue Recherche zu ergotherapeutischen Interventionen. Zudem enthält sie auch Evidenzkapitel zu arbeitsbezogenen Maßnahmen und Trainings von Alltags- und sozialen Fertigkeiten, die ebenfalls zum ergotherapeutischen Maßnahmenspektrum gehören. Auch die S3-Leitlinie Schizophrenie wird derzeit überarbeitet und in eine Living Guideline transformiert. Inwieweit sich auch das bisherige Ergotherapie-Kapitel verändert, dass sich bezüglich seiner Ergotherapie-Empfehlung ebenfalls an der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen orientiert hat, bleibt abzuwarten.

Bewegungs- und Sporttherapien

Erklärungsansätze für Effekte von Sport und Bewegungen auf schwere Beeinträchtigung der PF lassen sich grob in physiologische und psychologische Erklärungsansätze differenzieren. Die im Einzelnen vermuteten Wirkmechanismen sind sehr vielfältig und können auf die Persönlichkeit jedes Einzelnen angewandt werden. Bei den physiologischen Erklärungsansätzen gibt es, wie in der bisherigen S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen wiedergegeben, zunächst die Endorphinspiegel sowie die erhöhte Ausschüttung von Botenstoffen wie Noradrenalin, Serotonin und Dopamin (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S. 284)). Da depressive Zustände mit einem Mangel an diesen Substanzen in Verbindung gebracht werden, sollte gerade bei depressiven Patient:innen durch Ausdauertraining eine Stimmungsaufhellung erreichbar sein. So können Persönlichkeitsmerkmale wie die Aufmerksamkeit und die Erinnerungsleistung (Buschert et al. 2019) gesteigert oder Schlafstörungen und ein wie bei der PTBS bekanntes Vermeidungsverhalten (Whitworth et al. 2019) vermindert werden. Da bezüglich der Effektivität von Bewegungs- und Sporttherapien auf Patient:innen mit SBPF keine Studien gefunden wurden, wird auf Ergebnisse zu Persönlichkeitsstörungen zurückgegriffen. So kann ein Kraft- oder Ausdauertraining auf Personen mit bestimmten Persönlichkeitsstörungen Einfluss nehmen und dadurch für eine Teilhabe am Leben förderlich sein (Szuhany und Otto 2020).

Obwohl das Forschungsgebiet der Bewegungs- und Sporttherapie relativ jung ist, kann die Sport- und Bewegungstherapie eine positive Rolle bei der Behandlung einer SBPF spielen, insbesondere als ergänzende Maßnahme zu anderen Therapieformen. Bei Menschen mit SBPF

und Störungen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum können Sport und Bewegung Stress und Angst reduzieren. Regelmäßige Bewegung kann die Freisetzung von Endorphinen fördern, was die Stimmung und das Wohlbefinden von Menschen verbessern kann, die z.B. an PTBS oder Depression leiden (Buschert et al. 2019; Kerling et al. 2015; Mota-Pereira et al. 2011; Olson et al. 2017; Szuhany und Otto 2020; Gordon et al. 2021; Goldstein et al. 2018; Whitworth et al. 2019). Bewegung und Sport können das Denkvermögen bei Menschen mit einer schweren Beeinträchtigung der PF und Störungen im internalisierenden HiTOP-Spektrum verbessern und ihr Selbstwertgefühl und ihr Selbstvertrauen verbessern, da sie häufig mit negativem Selbstbild und Selbstzweifeln zu kämpfen haben (Mota-Pereira et al. 2011; Szuhany und Otto 2020; Whitworth et al. 2019). Sport hilft Menschen, ihre Gefühle besser zu kontrollieren. Dies kann bei der Behandlung von Impulsivität und emotionaler Instabilität hilfreich sein, die mit bestimmten Störungen im enthemmt-externalisierendes HiTOP-Spektrum einhergehen (Buschert et al. 2019; Kerling et al. 2015; Mota-Pereira et al. 2011; Olson et al. 2017; Szuhany und Otto 2020; Goldstein et al. 2018; Whitworth et al. 2019). Außerdem fördert Sport, insbesondere in Gruppen, die soziale Integration und die Entwicklung sozialer Fähigkeiten. Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen und soziale Isolation zu überwinden was gerade bei Patient:innen mit Störungen im enthemmt-externalisierendes HiTOP-Spektrum sehr vom Vorteil sein kann (Mota-Pereira et al. 2011). Bewegung kann hierbei besonders für Menschen mit schizotypischer Persönlichkeitsstörung wichtig sein, da sie dazu beitragen kann, soziale Interaktion zu fördern und soziale Isolation zu verringern (Firth et al. 2017; Dauwan et al. 2016; Curcic et al. 2017). Kognitive Funktionen wie Konzentration und Aufmerksamkeit können durch Bewegung verbessert werden. Dies kann im anatonistisch-externalisierenden HiTOP-Spektrum helfen, Verhaltens- und Denkmuster zu ändern. (Buschert et al. 2019; Kerling et al. 2015). Sport- und Bewegungstherapie sollte jedoch nicht als einzige Methode zur Behandlung einer schweren Beeinträchtigung der PF angesehen werden. Sie funktioniert am besten, wenn sie Teil eines ganzheitlichen Therapieansatzes ist, der auch psychotherapeutische Interventionen umfasst (Schüler et al. 2020).

Es ist wichtig zu betonen, dass Sport- und Bewegungstherapie nicht als Haupttherapie für Persönlichkeitsstörungen oder SBPF verwendet wird. Es ist ratsam, sie als Teil eines umfassenden Behandlungsplans zu betrachten, der auch Medikamente, Psychotherapie und andere Interventionen umfassen kann. Die genaue Anwendung hängt von den Bedürfnissen und Vorlieben der Patient:innen ab und sollte von einer qualifizierten Fachkraft geleitet werden.

9.8	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	<p>Patient:innen mit SBPF sollten Künstlerische Therapien im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans sowohl im stationären als auch ambulanten Setting angeboten werden.</p> <p>Ergotherapie sollte Menschen mit SBPF im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes sowohl im stationären als auch ambulanten Setting und orientiert an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen angeboten werden.</p> <p>Sport- und Bewegungstherapie sollte bei Menschen mit SBPF im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und orientiert an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Patient:innen sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting angeboten werden.</p>	
Leitlinienadaptation	<p>Literatur: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen – Empfehlung 29, S. 270: <i>Künstlerische Therapien: Musiktherapie, Kunsttherapie bzw. Dramatherapie, sollten im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und gemessen an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Betroffenen zur Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik angeboten werden</i>; Empfehlung 30, S. 281: <i>Ergotherapeutische Interventionen sollten bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und orientiert an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen des Patienten angeboten werden</i></p> <p>Siehe auch: Lindström et al. 2012; Ercan Doğu et al. 2021; Mashimo et al. 2020; Wasmuth et al. 2021; Ikiugu et al. 2017</p>	
Konsensstärke: 100%		

4.3.1.2.4 Gesundheitsfördernde Interventionen

Wie u.a. aus der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S. 311ff) hervorgeht, sind im Kontext schwerer psychischer Erkrankungen gesundheitsfördernde Interventionen, insbesondere in Bezug auf Ernährung und körperliche Aktivität, aufgrund der Studienlage klar indiziert. Auch bei Menschen mit SBPF ist davon auszugehen, dass sie aufgrund von maladaptiven Funktionen des Selbst, u.a. der Identität und Selbststeuerung (American Psychiatric Association 2013) über körperliche und psychische Komorbiditäten verfügen.

So wird bspw. im Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen eine erhöhte Komorbiditätsrate in Bezug auf psychische Erkrankungen berichtet (Beckwith et al. 2014). Darüber hinaus gehen aus Studien eine Häufung von komorbiden somatischen Erkrankungen (Doering 2019; Keuroghlian et al. 2013; Roininen et al. 2019) und eine deutlich erhöhte Mortalitätsrate (Kjær et al. 2020; Temes et al. 2019) bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen hervor. Dies wird auch im Rahmen eines Übersichtsartikels von Jacobi et al. (2021) bestätigt, in dem z.B. kardiovaskuläre Erkrankungen, Schlaganfälle, Stoffwechselerkrankungen und Arthritis in Literaturreviews und Meta-Analysen identifiziert wurden. Insbesondere Frauen mit einer Borderline-Störung verfügen einer Studie von Greggersen et al. (2011) zufolge über ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen gegenüber Frauen, die nicht an einer Borderline-Störung leiden. Eine Studie von Shen et al. (2017) zeigt, dass somatische Erkrankungen bei Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung häufiger vorkommen als bei Menschen mit

anderen psychischen Erkrankungen. Das Vorliegen somatischer und psychischer Komorbiditäten wird in der S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung zwar aufgegriffen und deren Behandlung empfohlen (Empfehlung 31, S. 78), auf gesundheitsfördernde Interventionen wird dort aber nicht näher eingegangen.

Laut zwei Statements in der S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (S. 349f) kommen auch im Zusammenhang mit bipolaren Störungen komorbide psychische und somatische Erkrankungen häufig vor, die berücksichtigt werden müssen. Zudem werden strukturierte nicht-pharmakologische Interventionen zur Modifikation von Lifestyle und Gesundheitsverhalten mit edukativen, beratenden und/oder psychotherapeutischen Elementen zur Verbesserung des kardiovaskulären Risikoprofils mit dem Empfehlungsgrad 0 empfohlen (S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen, Empfehlung 22).

Zusammenfassend wird durch die Ausführungen die These gestützt, dass Menschen mit SBPF häufig über komorbide somatische und psychische Erkrankungen verfügen. Kardiovaskuläre Erkrankungen scheinen in dem Zusammenhang von zentraler Bedeutung zu sein. Für Menschen mit erhöhtem kardiovaskulären Risiko wird in der S3-Leitlinie Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention (S. 37) eine verhaltensorientierte Lebensstilberatung, insbesondere gesundheitsbezogene Verhaltensweisen in Bezug auf Bewegung, Ernährung und Rauchstopp, empfohlen.

9.9	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Menschen mit SBPF sollten zu ihren somatischen Gesundheits- und Krankheitsrisiken beraten werden und es sollten darauf abgestimmte gesundheitsfördernde Interventionen angeboten werden.	
	Vgl. Literatur: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, (Empfehlung 33, S. 334): <i>Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollen multimodale gesundheitsfördernde Interventionen mit den Schwerpunkten gesunde Ernährung und körperliche Aktivität angeboten werden.</i>	
	Konsensstärke: 96%	

4.3.2 Schlüsselfrage 7: Ist Psychotherapie mit Behandlungsvertrag bei Patient:innen mit SBPF wirksamer als ohne Behandlungsvertrag?

Für diese Schlüsselfrage ergaben sich:

1 konsensbasierte Empfehlung

Bei dieser Fragestellung wurden klinische Empfehlungen und den Autoren bedeutsame, bekannte Literatur einbezogen.

4.3.2.1 Verwendung von Behandlungsverträgen

Während Vorsätze bzw. Absprachen in der Regel verbale Vereinbarungen zwischen Therapeut:in und Patient:in sind, handelt es sich bei Behandlungsverträgen um meist schriftlich fixierte Vereinbarungen. Allgemeine Behandlungsverträge werden in der Therapie bei der Organisation von Rahmenbedingungen (Erscheinen in Therapie, generelle Verhaltensregeln, etc.) genutzt. Im Sinne der Patient:innenrechte sind bei Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie im Sinne der Richtlinienpsychotherapie zahlreiche Aufklärungen (z.B. erwünschte und mögliche unerwünschte Wirkungen der Behandlung) der Patient:in mitzuteilen. „Alle gegebenen

Hinweise sollte die Therapeutin oder der Therapeut in der Patientenakte dokumentieren. Die Aufklärung sollte mit Auflistung der besprochenen Themen schriftlich von der Patientin oder vom Patienten bestätigt werden, wenn der Behandlungsvertrag nicht ohnehin schon schriftlich festgehalten wurde“ (Faber und Haarstrick 2021, S. 111). Spezifischere Verträge betreffen therapeutische Inhalte und Themen, z.B. Suizidgefährdung (Lebens- oder Antisuiizidverträge), therapieschädigendes Verhalten, Selbstverletzungen, Verhaltensexzesse (Suchtverhalten, Essverhalten etc.) sowie den Aufbau von funktionalem Verhalten wie z.B. der Planung von Aktivitäten oder dem Überwinden von Prokrastination (Fehm und Helbig-Lang 2020; Siegl und Wendler 2019).

Ein Vertrag ist unilateral, wenn sich die Patient:in zu gewissen Handlungen unabhängig von der Beteiligung anderer Personen verpflichtet. Bilaterale Kontrakte betreffen wechselseitige Vereinbarungen mit anderen Personen (z.B. Partnerschaft, Therapiebeziehung).

10.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Patient:innen mit SBPF soll im Rahmen von Psychotherapien ein spezifischer Behandlungsvertrag angeboten werden.	
	Konsensstärke: 100%	

Begründung der Empfehlung/Spezifizierung

Behandlungs-, Therapie- und Verhaltensverträge in mündlicher und/oder in schriftlicher Form können ohne Kontraindikationen eingesetzt werden, wenn sie umsichtig verwendet werden (präzise definiert, gut eingebettet, engmaschig begleitet, angepasst an die Patient:in und die Problematik sowie die Ziele) und eine gute Balance zwischen der Berücksichtigung der Autonomie der Patient:in und der therapeutischen Begleitung durch die Therapeut:in gewährleisten. Das Versorgungssystem bzw. Vertrauenspersonen der Patient:innen sollten nach Möglichkeit nach dem Prinzip der partizipativen Entscheidungsfindung mit einbezogen werden. Zudem sollten die Verträge im Idealfall auch in leichter Sprache verfügbar sein. Auch wenn spezifische Studien zur Wirksamkeit der Verträge fehlen, gibt es dennoch klare Indizien, dass Verträge effektiv und wirksam sind und bei der Etablierung stabiler Veränderungen hilfreich sind. Die bisherigen Erfahrungen legen nahe, dass sowohl Verhaltens-, Therapie- als auch Behandlungsverträge zu einer personenzentrierten und patient:innenorientierten Behandlung und Versorgung beitragen können. Im Vorfeld der Vertragsbesprechung muss die Vertragsfähigkeit der Patient:in eingeschätzt werden und/oder geeignete Rahmenbedingungen für die aktive Beteiligung der Patient:in an der Vertragsbesprechung hergestellt werden (z. B. genügend Zeit, Beteiligung einer Vertrauensperson, Dolmetscher:in).

In der Verhaltenstherapie werden sowohl allgemeine Behandlungsverträge, als auch spezifische Verhaltensverträge häufig genutzt und deren Einsatz in der Literatur explizit beschrieben (Siegl und Wendler 2019). Epstein und Wing (1979) sowie Kirschenbaum und Flanery (1983) berichten in Überblicksartikeln über den erfolgreichen Einsatz von Contract Management bei zahlreichen komorbiden Problemstellungen wie Sucht, Essstörungen oder Depressionen. Für Essstörungen fanden Solanto et al. (1994) eine Effektivität von Verhaltensverträgen für Verhaltensänderungen. Bei der Therapie von Substanzabhängigkeit wurde durch Contract Management eine Erhöhung der Compliance sowie eine Reduktion der Rückfallraten erreicht (Calsyn et al. 1994). Eine Cochrane Review mit 30 Studien ergab bei der Hälfte der Studien mit Bedingungen mit Verhaltensverträgen bei mindestens einem Outcome-Maß signifikant bessere Ergebnisse (Bosch-Capblanch et al. 2007). Verhaltensverträge wurden aber nur selten als eigenständige

Interventionen evaluiert, da sie in der Regel Bestandteil komplexerer Programme sind und es fehlen weiterhin qualitativ gute Studien die Verträge explizit untersuchen.

In der psychodynamischen Psychotherapie ist es im Grundsatz nicht vorgesehen, dass neben verbalen Vereinbarungen zwischen Therapeut:in und Patient:in schriftliche spezifische Behandlungsverträge geschlossen werden müssen. Zu diesem Umstand trägt sicherlich bei, dass insbesondere die analytische Therapie einen öffnenden Freiraum im sehr klaren Setting die „Bewusstmachung einer unbewussten neurotischen Psychodynamik und Integration ‚abgespaltenener‘ Persönlichkeitsanteile zur Beseitigung oder Veränderung intrapsychischer und interpersoneller Konfliktfelder“ (Faber und Haarstrick 2021, S. 45) zum Ziel hat. Im Rahmen modifizierter analytischer Therapieverfahren und insbesondere im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ist durch die konkrete Zielsetzung/Fokussetzung eine explizit konsensuell getroffene Formulierung der Therapieziele und –inhalte – auch häufig im Sinne von Behandlungsverträgen – gängige Praxis. Hierbei beziehen sich Behandlungsverträge einerseits auf allgemeine und spezifische Inhalte (z.B. Fokus bei der Arbeit an der Veränderung der Symptome und Beschwerden, der intrapsychischen Einstellungen, Haltungen und Gefühlen, interpersonellen Verhaltens- und Erlebensweisen, siehe z.B. Boll-Klatt et al. 2021, S. 543). Besonders hervorzuheben ist, dass die Mehrzahl der manualisierten und evidenzbasierten psychodynamischen Weiterentwicklungen explizit spezifische Behandlungsverträge vorsehen (siehe 4.3.2.2). So sehen es die manualisierten Verfahren zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen (vgl. 4.3.2.2) und die für die meisten störungsspezifischen Manuale grundlegende Supportiv-Expressive Therapie (Luborsky und Crits-Christoph 1990; Albani et al. 2008) vor, bei welcher im Zuge der Definition des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas Problemverständnis und Zielvorstellungen definiert und schriftlich festgelegt werden.

In der Systematischen Therapie spielt die „Auftragsklärung“, an deren Ende im Idealfall ein „Kontrakt“ steht, immer eine zentrale Rolle. Schriftlich festgehalten werden solche Kontrakte i.d.R. nur, wenn unterschiedliche Ziele und Aufträge im Raum sind (vgl. Schweitzer und Schlippe 2015, S. 180) und Interessenkonflikte zu erwarten sind, was z.B. bei BPS, Essstörungen und Sucht häufig der Fall ist. Den Autor:innen sind keine Studien bekannt, die einen Zusammenhang zwischen Behandlungsvertrag/Kontrakt in der Systematischen Therapie und deren Wirksamkeit untersucht.

4.3.2.2 Behandlungsverträge in manualisierten Verfahren zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen

In den manualisierten Verfahren zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) nach Linehan (1993), der Mentalisierungsbasierten Psychotherapie (MBT) nach Bateman und Fonagy (2007), der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP) nach Clarkin et al. (2008) sowie der Schemafokussierten Therapie nach Young et al. (2008) spielen Therapieverträge routinemäßig eine Rolle. Aktuell besteht hierzu klinischer Konsens, jedoch keine empirische Evidenz: Zur Wirksamkeit der Behandlungsverträge bei den vier genannten manualisierten Verfahren für den Behandlungsverlauf und -erfolg konnte bei einer umfassenden Literaturrecherche aktuell (April 2023) keine Studie gefunden werden. Allerdings konnten einige Studien gefunden werden, die auf Behandlungsverträge als Bestandteil der Therapie sowie des Studiendesigns eingehen.

Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan (1993). Im DBT-Manual zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Linehan 1993) wird auf die Relevanz der Ver-

einbarung von Behandlungsverträgen eingegangen. In aktuellen Studien werden Vertragsvereinbarungen bei der ambulanten Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) (Bernheim et al. 2019; Heerebrand et al. 2021; Salamin et al. 2021), der stationären Behandlung der BPS (Kröger et al. 2014), der Kombination von Einzel- und Gruppenbasierter DBT bei der BPS (Andión et al. 2012), der App-basierten Behandlung der BPS (Helweg-Jørgensen et al. 2020), bei der Adaptation der DBT für Essstörungen (Klein et al. 2013; Federici und Wisniewski 2013), bei der Behandlung von Adoleszenten mit Emotionsregulationsstörungen, Traumasymptomen sowie Selbstverletzungen und Suizidalität (Geddes et al. 2013; Berk et al. 2020) sowie bei kognitiv beeinträchtigten Personen mit Selbstverletzungen (Rosendahl-Santillo et al. 2023) benannt.

Mentalisierungsbasierten Psychotherapie (MBT) nach Bateman und Fonagy (2007). Auch im Manual der MBT nach Bateman und Fonagy (2007) werden Vertragsvereinbarungen erläutert, und in einer aktuellen Studie zur stationären Anwendung der MBT bei Adoleszenten (Tromp et al. 2021) wird auf Vertragsvereinbarungen eingegangen.

Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) nach Clarkin, Yeomans und Kernberg (2001). Im Manual und in Publikationen (z.B. Yeomans et al. 2017) wird die Vertragsvereinbarung sowie der standardmäßige Einsatz von Behandlungsverträgen erläutert, aber in Studien nicht explizit hinsichtlich der Wirksamkeit der Behandlung untersucht.

Strukturbezogene Therapie (Rudolf et al., 2010). Im Manual wird die „strukturelle Diagnostik und Festlegung des Therapiefokus“ (Rudolf und Henningsen 2010, S. 252) auch in Rückbezug auf die in vielen weiteren störungsspezifisch gebräuchlichen psychodynamischen Manualen angewendete Supportiv-Expressive Therapie (Luborsky und Crits-Christoph 1990) beschrieben, jedoch wurde die Wirkung dieses expliziten Fokus im Sinne eines Behandlungsvertrages bisher nicht untersucht.

Schemafokussierte Therapie nach Young (2008). Im Manual (Young et al. 2008) wird die Vertragsvereinbarung erläutert, aber in Studien nicht explizit hinsichtlich der Wirksamkeit der Behandlung untersucht.

4.3.2.3 Spezielle Verträge (Antisuiizidverträge, Behandlungsverträge, ambulante vs. stationäre Behandlungen)

Neben den psychotherapiebezogenen Verträgen bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen oder anderen schweren psychischen Erkrankungen kommen in der Behandlung auch spezielle Verträge zur Vermeidung von Suizidalität oder zur Förderung einer personenzentrierten Behandlung in Krisensituationen zum Einsatz deren Wirksamkeit im Folgenden näher thematisiert wird.

Behandlungsverträge und Krisenpässe

Um die Selbstbestimmung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Zuge der UN-Behindertenrechtskonvention insbesondere in Krisensituationen zu fördern, wird seit einigen Jahren der Einsatz von sogenannten Behandlungsvereinbarungen oder Krisenpässen in der Behandlung thematisiert (Scholten et al. 2019). Ähnlich wie im somatischen Behandlungskontext handelt es sich hierbei um Instrumente zur gesundheitlichen Vorausplanung der psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsmodalitäten, die entweder unilateral oder

bilateral zwischen Patient:innen und Behandlungsteam schriftlich vereinbart werden (Radenbach und Simon 2016). Die Anwendung und Verbreitung von Behandlungsvereinbarungen in Deutschland lässt sich bisher als sehr gering einschätzen (Borbé et al. 2012; Weide et al. 2023). Vor allem zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen werden hierzulande Behandlungsvereinbarungen und Krisenpässe diskutiert. In einer bundesweiten Befragung im Jahr 2009 gaben jedoch nur 8% der Kliniken an routinemäßig Behandlungsvereinbarungen anzuwenden.

Die bisher größte randomisiert kontrollierte Studie zur Evidenz von Behandlungsvereinbarungen aus Großbritannien konnte positive Effekte auf die therapeutische Beziehung durch Behandlungsvereinbarungen, nicht jedoch auf die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen oder -behandlungen nachweisen (Farrelly et al. 2015; Thornicroft et al. 2013). In einem aktuellen Cochrane-Review wurden allgemein keine Behandlungseffekte durch Behandlungsvereinbarungen festgestellt (Campbell und Kisely 2009). Dagegen wiesen Henderson et al. (2004) in einer randomisierten Studie einen signifikanten Effekt auf die Reduktion von Zwangseinweisungen und stationären Behandlungstagen durch Behandlungsvereinbarungen nach. In einer ersten multizentrischen randomisierten Studie aus Deutschland wurden ebenfalls nur positive Effekte im Bereich der Beziehung zum Behandlungsteam sowie in der aktiven Mitgestaltung der Behandlung gefunden (Rixe et al. 2023). Den positiven Einfluss von Behandlungsvereinbarungen auf die Selbstbestimmung und auf die Beziehung zwischen Betroffenen und Behandlungsteam bestätigten auch Lequin et al. (2021) in einer explorativen qualitativen Studie mit Patient:innen und Professionellen. Studien, die sich mit dem Einsatz von Behandlungsvereinbarungen speziell bei Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung beschäftigen, liegen bisher nicht vor. Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Behandlungsvereinbarungen oder Krisenpässe die Beziehung und das Vertrauen gegenüber den Behandlungsangeboten positiv beeinflussen und dadurch zu einer personenzentrierten Versorgung beitragen können. Direkte Effekte auf das Behandlungsergebnis wie Verringerung der Behandlungszeit, Verbesserung der Recovery, Reduktion von Klinikeinweisungen oder Vermeidung von Zwangsmaßnahmen durch Behandlungsvereinbarungen oder Krisenpässe lassen sich derzeit jedoch nicht bestätigen.

Non-Suizid-Verträge/Antisuizidverträge

Mit einer Lebenszeitprävalenz von 2% kann das Suizidrisiko bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen im Vergleich zu anderen Patient:innengruppen als eher gering eingeschätzt werden (Duberstein und Witte 2009). Dennoch weisen Betroffene mit stark ausgeprägten impulsiven Symptomen und Störungen der Emotionsregulation mit etwa 4% ein erhöhtes Suizidrisiko in der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen auf (Duberstein und Witte 2009). In diesem Zusammenhang werden auch der Einsatz von Non-Suizid-Verträgen oder Antisuizidverträgen bei suizidalen Krisen während der Behandlung thematisiert.

Die Verwendung von Verträgen zur Vermeidung von akuten suizidalen Krisen wird allgemein in der Fachwelt kontrovers diskutiert (Dormann 2005). In narrativen Übersichtsarbeiten konnte bis heute keine Wirksamkeit beim standardisierten Einsatz von Non-Suizid-Verträgen in suizidalen Krisen gefunden werden (Lewis 2007; McMyler und Prymachuk 2008; Gerstl 2019). Studien zum Einsatz von Non-Suizid-Verträgen speziell in der Behandlung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen liegen bisher nicht vor. Lediglich die Nützlichkeit zur Aufrechterhaltung und Förderung der Interaktion mit suizidalen Patient:innen oder zur Einschätzung des Su-

izidrisikos wird betont (Gerstl 2019). In diesem Kontext wird jedoch der Einsatz von vorformulierten Verträgen nicht empfohlen, sondern die individuelle Ausgestaltung der Verträge im direkten Kontakt mit Patient:innen bevorzugt (Teismann und Dormann 2014).

4.3.2.4 Offene Forschungsfragen

Es liegen bisher keine Studien zur Wirksamkeit eines Behandlungsvertrags bei der Therapie von Persönlichkeitsstörungen oder anderen schweren psychischen Störungen vor. Daher basiert die Empfehlung auf klinischem Konsens. Weitere Studien sind notwendig, insbesondere zu Behandlungsverträgen im direkten Zusammenhang mit SBPF. Komponentenstudien zum Therapieoutcome mit vs. ohne Behandlungsvertrag wären zur Beantwortung dieser Fragen sinnvoll.

4.3.3 Schlüsselfrage 8: Wann sollten Patient:innen mit SBPF (teil-)stationär aufgenommen werden?

Für diese Schlüsselfrage ergaben sich:

4 konsensbasierte Empfehlungen

Dieses Kapitel behandelt die Indikationen für eine (teil-)stationäre Aufnahme von Patient:innen mit SBPF.

Für diese Fragestellung wurde Bezug auf angrenzende nationale und internationale Leitlinien, Empfehlungen, Meta-Analysen und Übersichtsarbeiten sowie den Autor:innen bekannte Literatur genommen. Die folgenden Statements und Empfehlungen basieren auf einer gründlichen Durchsicht der genannten Literatur.

4.3.3.1 (Teil-)Stationäre Aufnahme

4.3.3.1.1 Allgemeines zur (teil-)stationären Aufnahme

Die hohe Anzahl (teil-)stationärer Behandlungsplätze in der Psychiatrie & Psychotherapie sowie der Psychosomatischen Medizin & Psychotherapie ist ein historisch gewachsenes und viel diskutiertes Qualitätsmerkmal des deutschen Gesundheitssystems, dessen Versorgungsmöglichkeiten aufgrund gestufter, differenzierter und vielfältiger Behandlungsstrukturen im internationalen Vergleich einmalig ist. In Deutschland stehen schätzungsweise 40.000 stationär-psychotherapeutische Behandlungsplätze in psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Akut-, Rehabilitations- und Suchtkliniken zur Verfügung. Stationär können ca. 450.000 Patient:innen jährlich psychotherapeutisch behandelt werden, wovon Rehabilitationseinrichtungen ca. ein Drittel übernehmen. Während es deutliche Überschneidungen hinsichtlich der soziodemographischen und klinischen Merkmale der jeweiligen Patient:innen und der Methoden dieser Versorgungsbereiche gibt, besteht der Hauptunterschied im primären Therapieziel, das im Falle der Krankenhausbehandlung in der kurativen Therapie einer krankheitswertigen Störung und im Falle der Rehabilitation in der Abwendung einer drohenden Erwerbsunfähigkeit besteht.

Die folgenden Aussagen und Empfehlungen beziehen sich zunächst sehr global auf teil- und vollstationären Krankenhausbehandlungen. Wenn innovative Versorgungsformen (z.B. stationsäquivalente Behandlung [StäB], weitere multiprofessionelle aufsuchende Angebote, Institutsambulanzen, die multimodal psychotherapeutisch arbeiten) als Alternative zur Verfügung

stehen, können diese als mindestens gleichwertige Behandlung angeboten werden. Das Unterkapitel 4.3.3.1.4 behandelt die (teil-)stationäre Rehabilitation und im abschließenden Unterkapitel 4.3.3.1.5 werden kritische Aspekte dieses Themenfeldes diskutiert.

Nach dem 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) haben Versicherte grundsätzlich „Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst ärztliche einschließlich psychotherapeutische Behandlung“ (§ 27, SGB V). Die vollstationäre Krankenhausbehandlung ist dabei an die Notwendigkeit geknüpft, dass „das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann“ (§ 39, SGB V).

Diese gesetzlichen Bestimmungen gelten natürlich auch für Patient:innen mit SBPF. Derzeit lassen sich keine evidenzbasierten Statements oder Empfehlungen aus der Literatur für spezifische Indikationen einer (teil-)stationären Behandlung für die Therapie der heterogenen Kernsymptomatik einer SBPF ableiten.

Je nach individueller Symptomatik sowie klinischer und Versorgungssituation kann eine (teil-)stationäre Behandlung sinnvoll sein, wobei die Ziele dieser Maßnahme sorgfältig abzuwägen sind und nicht durch ambulante Interventionen erreicht werden können.

Die Krankenhausbehandlungen in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Abteilungen unterscheiden sich innerhalb der Fachgebiete und zwischen den Fachgebieten sehr erheblich und bedingen aufgrund ihrer Struktur, der angestrebten Therapieziele und der Therapie sehr unterschiedliche Indikationen und Kontraindikationen. So stellt z.B. die komorbide Suchterkrankung, wenn die Abstinenz ambulant nicht sichergestellt werden kann, eine Indikation für eine stationäre Suchtbehandlung dar, aber eine Kontraindikation für eine stationäre psychosomatische Behandlung. Bei der Indikationsstellung zur Krankenhausbehandlung ist somit sehr sorgfältig zu prüfen, ob die angestrebten Therapieziele mit den jeweiligen stationären Behandlungsmöglichkeiten der Klinik in Übereinstimmung stehen.

4.3.3.1.2 Allgemeine Indikationskriterien für eine (teil-)stationäre Behandlung

Unabhängig von der klassifikatorischen Diagnose nach ICD-10/ICD-11 oder einer Differenzierung nach HiTOP-Spektren existieren grundsätzliche Indikationen für eine (teil-)stationäre Behandlung, die auch für Menschen mit SBPF gelten.

Neben eindeutigen Notfallindikationen, z.B. einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung, gibt es weitere Indikationen, bei denen eine stationäre Behandlung hilfreich sein kann, aber nicht zwingend notwendig ist. Dies ist immer dann der Fall, wenn eine ambulante Therapie nicht die in der individuellen Situation erforderliche multidisziplinäre und engmaschige Behandlung gewährleisten kann, um definierte Behandlungsziele im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans zu erreichen oder um eine (weitere) Dekompensation hin zur Notfallsituation zu verhindern. Auch angesichts schwerwiegender psychosozialer Faktoren kann eine stationäre Behandlung geprüft werden, etwa wenn die äußeren Lebensumstände (z. B. schwere familiäre Konflikte, häusliche Gewalt, drohender Verlust von Arbeitsplatz oder Wohnung) eine weitere psychische Destabilisierung zur Folge haben und den Erfolg einer ambulanten Behandlung behindern, z.B. bei Gefahr einer krankheitsbedingten Isolation oder in der Entwicklung und Chronifizierung der Störung wesentlich beteiligter äußerer Lebensumstände. Die Indikationsstellung zu einer stationären Behandlung auch bei Patienten mit SBPF resultiert aus der Bewertung und Verknüpfung der Wechselwirkung von Krankheitsbild, Persönlichkeitsfunktionen, psychosozialen Umständen, Behandlungszielen und Versorgungsrealität.

Eine primäre Einweisung in somatische Kliniken soll erfolgen, wenn eine leitliniengerechte Indikation zur Behandlung der somatischen Komorbidität im Vordergrund steht und der vorrangigen Behandlung bedarf (siehe auch Tabelle 13).

Die konsensbasierte Empfehlung beruht auf Sicherheitsaspekten und guter klinischer Praxis; sie orientiert sich an anderen Leitlinien, die explizit genannt sind.

11.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	<p>Bei Vorliegen einer SBPF kann eine stationäre oder teilstationäre Behandlung aus diagnostischen und/oder therapeutischen Gründen sinnvoll sein. Dabei sollte unter Wahrung der partizipativen Entscheidungsfindung dem Grundsatz gefolgt werden: ambulant vor teilstationär vor vollstationär. Bei der Indikationsstellung zur Krankenhausbehandlung sollte gemeinsam sorgfältig geprüft werden, ob die angestrebten Therapieziele mit den jeweiligen Behandlungsmöglichkeiten der Institution in Übereinstimmung stehen.</p> <p>Eine stationäre Einweisung soll entsprechend den in Tabelle 13 aufgeführten Indikationen geprüft oder im Notfall veranlasst werden.</p>	
	<p>Literatur: S3-Leitlinie Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression; S3-Leitlinie Schizophrenie; S3-Leitlinie Zwangsstörungen; S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen; S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung; S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen; S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen; S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden; S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie; S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörungen</p>	
	Konsensstärke: 100%	

Tabelle 13: Indikationen für eine stationäre Behandlung

Notfallindikation¹
<ul style="list-style-type: none"> ▪ akute Selbst- oder Fremdgefährdung ▪ Stupor, Katatonie und andere notfallpsychiatrisch relevante Syndrome und Störungen
Einweisungen prüfen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ wenn nach einem Suizidversuch medizinische Versorgung notwendig ist ▪ wenn eine hinreichend zuverlässige Einschätzung des Weiterbestehens der Suizidalität nicht möglich ist ▪ wenn die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung nicht gelingt und die Person trotz initialer Behandlung suizidal bleibt ▪ bei Therapieresistenz trotz leitliniengerechter ambulanter Therapie ▪ bei ausgeprägter Psychopathologie, die ambulant nicht ausreichend behandelbar ist ▪ bei vorübergehend krankheitsbedingt nicht gewährleisteter Ernährung und/oder Pflege ▪ bei der starken Gefahr einer (weiteren) Chronifizierung trotz leitliniengerechter ambulanter Therapie ▪ bei so schweren Krankheitsbildern, dass die ambulanten Therapiemöglichkeiten nicht ausreichen

- bei drohender krankheitsbedingter Isolation, Verwahrlosung und anderen schwerwiegenden psychosozialen Faktoren
- bei den Therapieerfolg hochgradig behindernden äußeren Lebensumständen (z. B. häusliche Gewalt oder Abstinenzsicherung bei schweren Suchterkrankungen und daraus resultierender erforderlicher Milieuänderung) oder
- bei Lebensumständen der Patient:in, die pathogenetisch für die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Störung wesentlich sind
- wenn die Therapieziele im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nur mit den Mitteln des Krankenhauses erreichbar sind.
- bei komorbiden Suchterkrankungen, wenn die Abstinenz ambulant nicht sichergestellt werden kann oder bei unklaren somatischen Komorbiditäten
- bei diagnostischem Klärungsbedarf insbesondere bei psychosomatischen und somato-psychischen Krankheitsbildern
- zum Aufbau einer adäquaten Therapiemotivation und zur Entwicklung eines psychosozialen Krankheitsverständnisses
- bei einer komorbiden somatischen Erkrankung

¹ Fehlen bei Vorliegen einer Notfallindikation sowohl Bereitschaft zur stationären Aufnahme als auch Absprachefähigkeit, kann bzw. muss eine stationäre Einweisung gegen den Willen der Patient:innen erfolgen

4.3.3.1.3 Spezifische Indikationskriterien für eine (teil-)stationäre Behandlung

Das zentrale Behandlungselement von Patient:innen mit SBPF ist Psychotherapie. Stationäre Psychotherapie ist effektiv, wie eine Meta-Analyse, die 154 Stichproben mit insgesamt über 28.000 Patient:innen berücksichtigt, schlussfolgert (Doering et al. 2023; Liebherz und Rabung 2013). Über verschiedene Ergebnismaße wie psychische und körperliche Symptomatik oder sozialkommunikative Aspekte sowie das Allgemeinbefinden hinweg wurde eine Prä-Post-Gesamteffektstärke (Hedges' g) von 0.71 als Veränderung zwischen stationärer Aufnahme und Entlassung ermittelt. Katamnestic (im Durchschnitt nach 12 Monaten) war sogar eine leichte Steigerung der Behandlungseffekte zu beobachten (Prä-Katamnese-Effektstärke $d = 0.80$), so dass von mittel- bis langfristig stabilen Ergebnissen auszugehen ist. Die größten Effekte fanden sich für die psychische Symptombelastung und das Allgemeinbefinden, die geringsten für den sozialkommunikativen Bereich. Alle genannten Befunde waren dabei unabhängig von der psychotherapeutischen Grundorientierung und davon, ob diagnosen-übergreifend oder störungsspezifisch behandelt wurde. Hervorzuheben sind zudem meta-analytische Hinweise, dass gruppenpsychotherapeutische Ansätze innerhalb der stationären Psychotherapie den Behandlungserfolg erhöhen (Kösters et al. 2006). Dementsprechend kann man davon ausgehen, dass eine (teil-)stationäre Behandlung von Patient:innen mit SBPF die vorrangig auf Psychotherapie fokussiert, wirksam ist. Mögliche unerwünschte Wirkungen stationärer und teilstationärer Behandlungen werden im Absatz „4.3.3.1.5 Problematische Aspekte bei (teil-)stationären Behandlungen“ diskutiert.

Jenseits der allgemeinen und unspezifischen Feststellungen zur (teil-)stationären Psychotherapie lassen sich derzeit keine evidenzbasierten Statements oder Empfehlungen aus der Literatur für spezifische Indikationen einer (teil-)stationären Behandlung ableiten, die sich allein aus der heterogenen Kernsymptomatik einer SBPF ableiten ließen. Zu bedenken ist, dass das Konzept der SBPF möglicherweise in Zukunft hilfreich sein könnte, um gerade auch Populationen zu charakterisieren, welche durch das klassische medizinische Versorgungssystem nicht erreicht werden. Ansonsten verweisen wir hier – orientiert an den entsprechenden HiTOP-Spektren –

bei Vorliegen einer entsprechenden komorbiden Störung auf die Empfehlungen der bestehenden S3-Leitlinien zu funktionellen Körperbeschwerden (somatoformes Spektrum: S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden) Borderline-Persönlichkeitsstörung (internalisierendes und externalisierendes Spektrum: S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung) sowie Schizophrenien (Denkstörungen: S3-Leitlinie Schizophrenie) und psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen). Bei Patient:innen mit SBPF, die dem rein internalisierenden Spektrum zugeordnet werden können, sind keine spezifischen Indikationskriterien für eine (teil-)stationäre Behandlung zu formulieren, die über die allgemeinen Empfehlungen (siehe Abschnitt 4.3.3.1.2) hinausgehen.

11.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	<p>Für die stationäre Aufnahme von Patient:innen mit SBPF und Erkrankungen aus dem somatoformen Spektrum, Mischbildern aus internalisierendem und externalisierendem Spektrum sowie dem Spektrum der Denkstörungen nach HiTOP sollten darüber hinaus grundsätzlich die gleichen Kriterien berücksichtigt werden wie in den entsprechenden Leitlinien beschrieben:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Somatoformes Spektrum: S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden, Version 2.0 vom 18.07.2018 [Empfehlung 21 (S. 182f)] ▪ Mischbilder aus internalisierendem und externalisierendem Spektrum: S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung, Version 2.0 vom 14.11.2022 [Empfehlung 32.2, 32.3 & 33 (S. 82)] ▪ Denkstörungen: S3-Leitlinie Schizophrenie, Version 2.0 vom 15.03.2019 [Empfehlung 156 (S. 233); 157 (S. 234); 155 (S. 233); 152 (S. 230); 153 (S. 230); 150 (S. 227); 151 (S. 227)] sowie S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, Version 2.0 vom 02.10.2018 [S. 365ff] 	
	Konsensstärke: 87%	

4.3.3.1.4 (Teil-)Stationäre Rehabilitation

Eine medizinische Rehabilitation erfolgt nicht in erster Linie diagnoseorientiert (ICD), sondern orientiert sich an psychosozialen Aspekten und den Konsequenzen der Erkrankung (biopsychosoziales Modell, ICF). Somit ist das Ziel rehabilitativer Maßnahmen nicht die Besserung oder Heilung der Erkrankung, sondern die Verbesserung von Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, insbesondere in Familie, Arbeit und Beruf. Entsprechend besteht die Indikation für eine psychosomatische bzw. psychiatrische Rehabilitation dann, wenn die Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben gefährdet oder beeinträchtigt ist und ein Verlust der selbstständigen Lebensführung droht.

Gemäß SGB IX ist eine Indikation für eine stationäre oder ganztägig ambulante Rehabilitationsbehandlung v. a. dann gegeben, wenn die Therapieziele in der Festigung von Behandlungserfolgen, der Behandlung von Krankheitsfolgen, der Verbesserung des Umgangs mit der (chronischen bzw. chronifizierten) Erkrankung oder der Verbesserung oder Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit bestehen. Die wichtigsten Voraussetzungen für die Bewilligung einer stationären bzw. ganztägig ambulanten Reha-Maßnahme sind der nachgewiesene Reha-Bedarf (er-

heblich gefährdete oder bereits geminderte Erwerbsfähigkeit), eine vorhandene Reha-Fähigkeit, erreicht durch eine adäquate Akutbehandlung (ambulant, tagesklinisch oder stationär), sowie eine positive Reha-Prognose. Insbesondere nach einer längeren Arbeitsunfähigkeit ist die Hürde für den Wiedereinstieg in den Beruf hoch, auch weil eine geordnete Tagesstruktur verloren gegangen ist. Zudem entwickeln viele Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen Symptome, die ihr selbstständiges Leben bedrohen. Eine medizinische Rehabilitation kann dazu beitragen, bei diesen Patient:innen die soziale Teilhabe zu verbessern. Andere Patient:innen lehnen infolge eines mangelnden Selbstschutzes oder einer pathologischen Leistungsmotivation eine Arbeitsunfähigkeit strikt ab. Hier besteht die Gefahr einer Dekompensation bis hin zu Suizidalität. Auch bei diesen Patient:innen kann eine medizinische Rehabilitation hilfreich sein.

11.3	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	<p>Patient:innen mit SBPF sollte eine (teil-)stationäre Rehabilitation bei vorhandener Rehabilitationsfähigkeit (Motivation/Motivierbarkeit, Belastbarkeit) und positiver Rehabilitationsprognose empfohlen werden, wenn einzelne oder mehrere der folgenden Kriterien erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (drohende) erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit ▪ (drohender) Verlust der Fähigkeit zur selbstbestimmten und selbstständigen Lebensführung, ▪ (drohende) Teilhabebeeinträchtigungen oder Erhöhung der Teilhabebeeinträchtigung <p>Ausschlusskriterien sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ akute Selbst- oder Fremdgefährdung ▪ unzureichende Belastbarkeit für die Rehabilitationsbehandlung, z.B. wegen ausgeprägter Selbststeuerungsunfähigkeit ▪ primär substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen (ggf. mit Indikation für eine qualifizierte Entzugsbehandlung) ▪ ausgeprägter kognitiver Einschränkungen (z. B. Demenz) ▪ schwerer akuter somatischer Erkrankungen <p>ausgeprägter Psychopathologie, z. B. wahnhafte Symptomatik</p>	
	Vgl. Literatur: S3-Leitlinie Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (Empfehlung 13-1, S.193)	
	Konsensstärke: 94.4%	

In stationären Einrichtungen der psychosomatischen oder psychiatrischen Rehabilitation erhalten die Patient:innen psychotherapeutische Angebote, psychosoziale Interventionen wie Ergotherapie oder Künstlerische Therapien sowie Sport- und Bewegungstherapien; hinzu kommen klinische Sozialarbeit und psychoedukative Maßnahmen.

Behandlungsziele und -aufträge einer Akut- und Rehabilitationsbehandlung unterscheiden sich grundsätzlich, wenngleich beide auf dem Ansatz einer multimodalen, multiprofessionellen partizipativ gestalteten Behandlung im interdisziplinären Team basieren und es auch inhaltlich Überschneidungen gibt:

Im Zentrum der Akutbehandlung (ambulant oder stationär) steht die kurativ ausgerichtete Therapie, d. h. sie ist auf Heilung und Linderung ausgerichtet und kausal – aus der Perspektive von Krankheitsursache (Ätiologie) und Krankheitsentstehung (Pathogenese) – orientiert.

Eine medizinische Rehabilitationsbehandlung beinhaltet hingegen Maßnahmen, deren Ziele in der Verhütung bzw. Verringerung, Besserung oder Vermeidung von Verschlimmerung von Beeinträchtigungen durch Funktionsstörungen liegen. Behandlungsziel der Rehabilitation ist der Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, insbesondere in Familie, Arbeit und Beruf, d. h. Funktionsstörungen zu vermindern, Beeinträchtigungen von Aktivitäten auszugleichen und die Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltag wiederherzustellen. Weiterhin können auch berufliche Rehabilitationen in der Behandlung von Menschen mit SBPF eine wichtige Rolle spielen.

Zukünftig könnten auch ambulante und aufsuchende Rehabilitationsangebote eine gute Alternative darstellen, zu denen jedoch noch Forschungsbedarf besteht, dazu verweisen wir auch auf die Kapitel 4.3.1.1.3.2 und 4.2.7.

4.3.3.1.5 Problematische Aspekte bei (teil-)stationären Behandlungen

Teil- und vollstationäre Behandlungen stellen nur einen von vielen Bausteinen in der komplexen Versorgung von Patient:innen mit SBPF dar, an der viele Akteure unterschiedlicher Professionen im Gesundheitssystem beteiligt sein können. Dies ist einerseits die Voraussetzung dafür, dass den vielfältigen Versorgungsbedürfnissen entsprochen werden kann, bedingt jedoch andererseits die Herausforderung einer engen und effizienten Zusammenarbeit dieser Akteure über die Behandlungssettings und Versorgungssektoren hinweg. Eine gute Koordination ist sowohl auf der Ebene des (Gesundheits-)Systems wie auch auf der Ebene des Einzelfalls von großer Bedeutung. Auf der Einzelfallebene kann ein integrierter Behandlungsplan ebenso hilfreich sein wie strukturierte Versorgungsformen (z.B. Fallmanagement oder Collaborative Care-Modelle), die dabei helfen, dass die Versorgung von Patient:innen mit SBPF nicht unkoordiniert und fragmentiert erfolgt. Die Rolle und Bedeutung von (teil-)stationären Behandlungen sollte dabei nicht nur angemessen berücksichtigt, sondern idealiter mit den Betroffenen gemeinsam im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung erarbeitet werden. Dies kann dabei helfen, die problematischen Schnittstellen der Aufnahme in und der Entlassung aus einer (teil-)stationären gut zu bewältigen, d.h. die Kontinuität einer adäquaten Versorgung nicht zu behindern.

11.4	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	<p>Um eine kontinuierliche Versorgung der Patient:innen mit SBPF zu gewährleisten, sollten rechtzeitig vor der Entlassung aus der (teil-)stationären Behandlung im Rahmen des inter-professionellen Entlassmanagements die in Tabelle 14 aufgeführten Maßnahmen erwogen und ggf. eingeleitet werden.</p> <p>Alle an der Versorgung von Patient:innen mit SBPF beteiligten Akteure und Professionen sollten sich über die jeweiligen regionalen Versorgungsmöglichkeiten kundig machen.</p>	
Leitlinienadaptation	<p>Literatur: S3-Leitlinie Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (Empfehlung 14-5, S.208; 14-1 S.201): <i>Um eine kontinuierliche Versorgung der Patient*innen mit depressiven Störungen zu gewährleisten, sollen nach akutstationärer Behandlung im Rahmen des inter-professionellen Entlassmanagements die in Tabelle 47 aufgeführten Maßnahmen rechtzeitig vor der Entlassung durchgeführt werden; Alle an der Versorgung von Patient*innen mit depressiven Störungen beteiligten Professionen sollen sich über die jeweilige regionale Versorgungslandschaft kundig machen.</i></p> <p>Siehe auch S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen, S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung</p>	
	Konsensstärke: 100%	

Tabelle 14: Maßnahmen bei Entlassung von Patient:innen mit SBPF aus (teil-)stationärer Behandlung

Bei allen Patient:innen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ frühzeitiger Einbezug der Zugehörigen und ggf. weiterer Akteure, das Einverständnis der Patient:innen vorausgesetzt ▪ Aushändigung eines vollständigen Berichtes inkl. detailliertem Behandlungsvorschlags zur Dosierung (Auftitration, Ausschleichen) der ggf. verschriebenen Medikamente, möglichst per bundeseinheitlichem Medikationsplan ▪ Kommunikation mit weiterbehandelnden Hausarzt:innen und/oder Psychotherapeut:innen bzw. Psychiater:innen/Psychosomatiker:innen und Vereinbarung fester Termine innerhalb einer Woche zur weiteren ambulanten Behandlung. ▪ Vereinbarung und Aushändigung eines konkreten Aktions- und Notfallplans für die Patient:innen; Beratung bezüglich in der Region bestehender weiterer Behandlungs- und Versorgungsangebote
Unter Umständen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verordnung und/oder Mitgabe von Arzneimitteln für einen Übergangszeitraum ▪ Verordnung von Heilmitteln (z. B. Ergotherapie) oder Soziotherapie für einen Übergangszeitraum ▪ Verordnung von (psychiatrischer) häuslicher Krankenpflege für einen Übergangszeitraum ▪ Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit für einen Übergangszeitraum

- Prüfung der Einbindung der Patient:innen in ein strukturiertes Programm oder in komplexe Versorgungsformen, ggf. Initiierung der Einschreibung
- Planung aufsuchender Versorgungsformen, wenn die Patient:innen nicht in der Lage sind, eine ambulante Behandlung wahrzunehmen
- Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation und Teilhabe (z. B. Wiedereingliederungsmaßnahmen)
- Bahnung und ggf. Vermittlung in eine ambulante Psychotherapie oder psychiatrische oder psychosomatische Behandlung

Um die (teil-)stationäre Behandlung von Patient:innen mit SBPF bei den genannten allgemeinen und spezifischen Indikationen zum Nutzen der Patient:innen zu gestalten, ist eine angemessene Struktur- und Behandlungsqualität in der jeweiligen Institution eine zentrale Voraussetzung. Die Befunde von Studien zur Umsetzung einer leitliniengerechten stationären psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von diversen Störungsbildern, darunter die Borderline-Persönlichkeitsstörung (Bohus et al. 2016), die Zwangsstörung (Klein et al. 2016), die Schizophrenie (Mehl et al. 2016) und die (chronische) Depression (Berger et al. 2015; Schnell et al. 2016; Wiegand et al. 2020), legen leider nahe, dass die erforderliche Strukturqualität (v.a. Personalausstattung und –ausbildung) aktuell nicht flächendeckend in der Routineversorgung gegeben ist. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass eine bedeutende (personelle bzw. finanzielle) Unterdeckung für eine „State-of-the-art“-Behandlung gerade im (teil-)stationären Bereich besteht (Berger et al. 2015). Auch diese Umstände sind bei den Überlegungen zu (teil-)stationären Behandlungen von Patient:innen mit SBPF zwingend zu berücksichtigen, da durch nicht leitlinienkonforme Behandlungen die Gefahr von Zustandsverschlechterungen, Chronifizierungen und anderen Nebenwirkungen steigt.

Wenn eine (teil-)stationäre Behandlung nicht allein oder primär der Krisenintervention dient, sondern als kurative Maßnahme erwogen wird, sollte diese in Einrichtungen mit störungsspezifischen respektive –orientierten bzw. therapiezielorientierten Behandlungsprogrammen erfolgen. Zu deren Charakteristika zählen eine klare (zeitliche) Struktur, die Entwicklung eines Behandlungsfokus und einer Therapieplanung sowie eine Entlassungsorientierung; diese Aspekte wirken der Gefahr von Hospitalisierungen bzw. Tendenzen zur Verantwortungsabgabe und Regression entgegen.

Bzgl. stationärer und teilstationärer Behandlung von Menschen mit SBPF besteht ein großer **Forschungsbedarf**: Die Nebenwirkungen von stationären Behandlungen wie zum Beispiel die genannten Gefahren von Hospitalisierung bzw. Tendenzen zur Verantwortungsabgabe und Regression sind aktuell noch nicht ausreichend erforscht. Ebenso besteht Forschungsbedarf bezüglich der Langzeitwirkung und bzgl. Konzepten, durch welche Maßnahmen eine Wirkung am besten über die Dauer des Aufenthaltes hinaus erhalten werden kann. Ein drittes wichtiges Forschungsfeld sollten Konzepte zu Ersatz und Ambulantisierung stationärer und teilstationärer Behandlungen darstellen: Wie lassen sich die Vorteile von (teil-)stationären Behandlungsformen wie z.B. intensive, multimodale therapeutische Angebote und kontinuierliche Ansprechpartner:innen bei Krisen und herausfordernden therapeutischen Situationen (z.B. permanent ansprechbares Pflegepersonal, Dienstärzt:innen) realisieren und die Nachteile wie hohe Kosten für Räumlichkeiten, Verpflegung, Angebote ggf. weit entfernt vom Lebensumfeld, Abbruch der therapeutischen Beziehung mit Ende der (teil-)stationären Therapie etc. umgehen? Neue Konzepte der Regelversorgung wie die stationsäquivalente Behandlung sind nicht auf eine intensive psychotherapeutische Behandlung ausgerichtet, so dass es hier innovativer Konzepte in

der Versorgung von Menschen mit SBPF bedarf, welche die starren Sektorgrenzen (teil-)stationär/ambulant überwinden helfen und zugleich die knappen finanziellen Ressourcen besser als im bisherigen (teil-)stationären Angeboten für den Wirkfaktor Therapie statt Krankenhausversorgung einsetzen.

Wichtige Forschungsfragen in diesem Feld sind:

Welche spezifische Berechtigung haben (teil-)stationäre Angebote in der Versorgung und für welche Patient:innen mit SBPF sind welche längerfristig angelegten störungs-orientierten (teil-)stationäre Angebote indiziert?

Welche Nebenwirkungen von (teil-)stationären Behandlungen treten wie häufig in der Routineversorgung von Menschen mit SBPF auf?

Wie ist die Langzeitwirkung von (teil-)stationären Behandlungen bei Menschen mit SBPF und durch welche Maßnahmen lässt sie sich erhöhen?

Durch welche Konzepte ließen sich (teil-)stationäre Behandlungen ergänzen und ggf. ersetzen, um ambulant bisher nicht mögliche intensive multimodale Psychotherapiephasen mit kontinuierlichen Ansprechpartner:innen bei Krisen anzubieten und zugleich Ressourcen von den Fixkosten stationärer Institutionen hin zum Wirkfaktor Therapie bewegen zu können?

Welche spezifischen Behandlungseffekte haben die multimodalen Behandlungsansätze im (teil-)stationären Bereich und welche Wirkfaktoren lassen sich ermitteln?

4.3.4 Schlüsselfrage 10: Haben Patient:innen mit SBPF, die langfristige/kontinuierliche hausärztliche Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die keine Gespräche erhalten?

Für diese Schlüsselfrage ergaben sich:

2 konsensbasierte Empfehlungen

Die Mehrzahl der Menschen mit psychischen Störungen, auch solchen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, wird hausärztlich behandelt (Linden et al. 1996; Linden 2001; Wittchen 2000; Linden 2004; Linden et al. 2000; Wittchen und Jacobi 2001; Dittmann et al. 1997; Wittchen et al. 1999). Andersherum weist eine hohe Zahl der Patient:innen in hausärztlicher Behandlung psychische Störungen auf (Linden et al. 1996; Wittchen und Jacobi 2001; Jacobi et al. 2014). Eine nennenswerte Zahl schwer psychisch erkrankter Menschen wird – aus unterschiedlichen Gründen – für lange Zeit oder dauerhaft sogar überwiegend oder ausschließlich hausärztlich behandelt (Linden et al. 1996; Linden et al. 2016; Heuft et al. 2014; Herzog et al. 2012). Eine Besonderheit der hausärztlichen Versorgung ist die langfristige bzw. kontinuierliche Begleitung, die alle Aspekte von Gesundsein und Kranksein, inklusive der Lebens- und Krankheitsbewältigung, mit einbezieht. Insofern stellt sich die Frage des Stellenwertes dieser Versorgung für das Outcome der Patient:innen mit SBPF.

Die Bearbeitung dieser Fragestellung erfolgte auf Basis langjähriger klinischer Expertise sowie einer Literaturrecherche in der Datenbank PubMed, zu den Suchstichworten primary care, personality disorders, chronic illness/disorders.

12.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Patient:innen mit SBPF soll eine kontinuierliche hausärztliche Langzeitbegleitung empfohlen werden.	
	Die Behandlung von Patient:innen mit SBPF soll kooperativ unter Einbeziehung der hausärztlichen Langzeitbegleitung erfolgen.	
	Die bewusste, verlässliche, aktive und strukturierende Gestaltung der Patient-Arzt-Beziehung und Patient-Behandlungsteam-Beziehung ist ein entscheidender Wirkfaktor in der Langzeitbegleitung von Patient:innen mit SBPF. Dies sollte in hausärztlicher Forschung, Fort- und Weiterbildung adressiert werden.	
	Konsensstärke: 100%	

Alle deutschen Versorgungsleitlinien, die sich mit der Versorgung schwerer psychischer Störungen befassen, die einhergehen mit SBPF, betonen den Stellenwert hausärztlicher Beteiligung an Früherkennung und Koordination und den Stellenwert der interdisziplinären und interprofessionellen sowie settingübergreifenden Kooperation und Abstimmung (siehe Tabelle 15; Linden et al. 2016; Muschalla und Linden 2019). Dies umso dringender, je schwerer die vorliegenden Störungen sind. Betrachtet man die Mortalität schwer psychisch erkrankter Menschen in Deutschland, so wird deren deutliche Lebenszeitverkürzung in Übereinstimmung mit internationalen Daten, vor allem durch ihre erhöhten somatischen Krankheits- und Mortalitätsrisiken bedingt, was den Stellenwert interdisziplinärer Kooperation unterstreicht (Schneider et al. 2019; Basu et al. 2019).

In diesem Zusammenhang ist kritisch zu bewerten, dass neu etablierte Versorgungsmodelle wie die ambulante Komplexversorgung gemäß KSVPsych-RL (G-BA 2021) Hausärzt:innen gar nicht mit einbeziehen.

Tabelle 15: Themenrelevante deutsche Leitlinien:

Leitlinien:
▪ S3-Leitlinie Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression
▪ S2k-Leitlinie Diagnostik und Behandlung des Depersonalisations-Derealisationserleben
▪ S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden
▪ S3-Leitlinie Angststörungen
▪ S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen
▪ S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
▪ S3-Leitlinie Schizophrenie
▪ S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen
▪ S3-Leitlinie Zwangsstörungen
▪ S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung
▪ S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen Kapitel "Insomnie bei Erwachsenen"
▪ S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörungen
▪ S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen, Diagnostik
▪ S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen, Therapie
▪ S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen

- S3-Leitlinie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
- S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen

12.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	<p>Die kontinuierliche Beobachtung der Patient:innen und deren Interaktion mit dem gesamten hausärztlichen Praxisteam stellt eine Grundlage für das Erkennen von SBPF dar. Im Gespräch können dann Beschwerden, Probleme, interpersonelle Konflikte sowie dysfunktionale Beziehungsgestaltung weiter exploriert und ggf. im Verlauf eine differenzielle Diagnostik initiiert werden.</p> <p>Für ein gelingendes Management insbesondere akuter Krisen (suizidale Krisen, psychotische Krisen, Beziehungskrisen, Krisen im Rahmen akuter Traumatisierung u.a.) ist die Kenntnis der lokalen Unterstützungsangebote und eine aktive Vernetzung und (z.B. fallbezogener) Austausch lokaler und regionaler Leistungserbringender hilfreich und entlastend.</p>	
	Konsensstärke: 100%	

Kennzeichen der hausärztlichen Versorgung sind ein niederschwelliger Zugang, eine große Diversität nahezu unbegrenzter und nicht selektierter Beratungsanlässe und idealerweise eine lange Kontinuität im Rahmen langjähriger Begleitung. Auch Diagnostik erstreckt sich als teils lange dauernder longitudinaler Prozess und ist geprägt durch eine Mischung aus strukturiert erhobener und erlebter Anamnese, die auch Settings wie Hausbesuche mit einbezieht. In der psychosomatischen Grundversorgung besteht die Möglichkeit, in regelmäßigeren, geplanten Kontakten von etwa 15 Minuten Dauer longitudinal und fokussiert zusammenzuarbeiten (Reddemann et al. 2022; Reddemann 2023).

Aufwändige strukturierte Interviews sind im hausärztlichen Versorgungssetting regelhaft nicht praktikabel umsetzbar. Zusätzlich ist die klinische Validität von im Forschungskontext wertvollen strukturierten Interviews nicht notwendigerweise gegeben (Linden und Muschalla 2012). Hinweisend auf das Vorliegen einer durch SBPF mitbedingte Beeinträchtigung werden also zunächst andere Kriterien sein, wie sie in Tabelle 16 zu finden sind.

Tabelle 16: mögliche Hinweise auf relevante Einschränkungen der Persönlichkeitsfunktionen im hausärztlichen Setting, die eine dezidiere Abklärung in Betracht ziehen lassen:

- Zahl der Diagnosen? Auch bzgl. komorbiden somatischen Erkrankungen? Chronischer Schmerz?
- Häufige Besuche in der Hausarztpraxis? Ständige Lifetime-Ereignisse?
- Anamnestisch viele „kritische Lebensereignisse“?
- Wiederholte Beziehungsprobleme und -abbrüche, auch bei Ärzten? Z.B. Anzahl bisheriger Behandler und abgebrochener Behandlungen? Zu welchen Behandlern kehren Patient:innen dann doch wieder zurück?
- Wiederholte Probleme mit dem Einhalten von Terminen, dem Befolgen von medizinischen Empfehlungen, verbunden mit ärgerlichen oder rückzügigen Interaktionen mit dem Praxisteam?
- Beobachtung starker eigener emotionaler Reaktionen auf das Interaktionsverhalten von Patient:innen ?

Für die weitere diagnostische Einordnung in der Hausarztpraxis können auch die in der gekürzten Form der „Level of Personality Functioning Scale“ (Hummelen et al. 2021) gelisteten Kriterien hilfreich sein. Die genauere Einordnung wird dann im Regelfall in Zusammenarbeit mit Spezialist:innen erfolgen. Für die hausärztliche Begleitung ist der frühe Hinweis auf das Vorliegen einer Einschränkung der Persönlichkeitsfunktionen aber für die prognostische Einschätzung und die langfristige Behandlungs- und Begleitungsplanung von großer Bedeutung.

Zur Bedeutung der langfristigen therapeutischen Beziehung und entsprechender Evidenz aus dem Kontext insbesondere psychotherapeutischer Versorgung verweisen wir auf Kapitel 4.2.8.1. Für das hausärztliche Setting ist es wahrscheinlich, dass viele der Befunde und daraus abgeleiteten Vorgehensweisen grundsätzlich übertragbar sind. Es herrscht diesbezüglich aber eindeutig großer Forschungsbedarf, insbesondere, da settingbedingt (siehe oben) die konkrete interventionelle Umsetzung und Ausgestaltung der Wirkfaktoren guter therapeutischer Beziehung möglicherweise in einer Hausarztpraxis anders aussehen wird als in einer psychotherapeutischen Praxis (Reddemann et al. 2022). Unter „strukturierend“ versteht die Autorengruppe, dass sich die ärztlichen und anderen Mitglieder des versorgenden Teams einer Praxis der Strukturdefizite der Patient:innen mit SBPF bewusst sind und (nachbeeltern) einerseits wo erforderlich Verantwortung für den zeitlichen und sonstigen Rahmen, die Steuerung von Gesprächsverlauf und Gesprächsende, aber auch den Umgang mit Konflikten übernehmen, um im Verlauf bewusst die Entwicklungsherausforderungen zu thematisieren durch Techniken wie Spiegeln, Einordnen, Mentalisieren, vorsichtiges Konfrontieren und gemeinsames Reflektieren in der wachsenden sicheren Beziehung, um so bewusst auch im zeitlich begrenzten Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung heilsame neue Beziehungserfahrungen zu ermöglichen. Die erfahrungsgemäß oft langsamen Entwicklungen in der Beziehung werden gemeinsam reflektiert und der entsprechende Kompetenzzuwachs der Patient:innen explizit wertgeschätzt. Dies ist grundsätzlich bereits Gegenstand der Weiterbildung in der psychosomatischen Grundversorgung, verdient aber sicher – gerade mit Blick auf die beträchtliche Zahl komplex multimorbider Patient:innen – eine regelmäßige Auffrischung und Mitberücksichtigung auch in vordergründig somatisch ausgerichteten Fortbildungskontexten.

Die Kenntnisse der lokalen und regionalen Versorgungssituation kann nur vor Ort aktiv erlangt und die Vernetzung nur durch persönliches Engagement vorangetrieben werden. Orientierung können teilweise Dachorganisationen oder bundesweit agierende Akteure bieten (siehe Tabelle 17). Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Möglichkeit auch für Hausärzt:innen, in akuten Krisen für einen begrenzten Zeitraum von immerhin 6 Wochen ambulante psychiatrische Krankenpflege verordnen zu dürfen (siehe Kapitel 4.3.1.1.2). Soziotherapie kann nur von Hausärzt:innen mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie verordnet werden.

Tabelle 17: Dachorganisationen und bundesweit operierende Hilfsdienste für Hilfe in akuten Krisen

Unterstützende Institutionen	Link, Adresse
Beratung in Krisensituationen, bei Suizidalität, Krisendienste	www.suizidprophylaxe.de www.telefonseelsorge.de www.nummergegenkummer.de www.mano-beratung.de www.u25-deutschland.de
Beratung für Opfer von Straftaten	www.odabs.org www.opferhilfen.de

	www.weisser-ring.de www.verband-brg.de (Opfer rassistisch motivierter Gewalt) (regional abhängig)
Beratung nach Trauerfällen, Trauerbegleitung	
Beratung für traumatisierte Geflüchtete, bzw. Opfer von Folter	www.baff-zentren.org
Beratungsstellen gegen häusliche und sexuelle Gewalt	<i>Zielgruppe Kinder und Jugendliche:</i> www.kinderschutz-zentren.org www.nummergegenkummer.de <i>Zielgruppe Frauen und Mädchen:</i> www.hilfetelefon.de www.frauenhaus-koordinierung.de www.frauen-gegen-gewalt.de www.hilfeportal-missbrauch.de <i>Zielgruppe Männer:</i> www.maennerberatung.de www.maennerberatungsnetz.de
Spezielle Opferthemen	www.divo.de (Zielgruppe Verkehrstopfer) www.angriff-auf-die-seele.de (Zielgruppe Angehörige der Bundeswehr)
Sozialpsychiatrischer Dienst	www.sozialpsychiatrische-dienste.de
Sucht- und Drogenberatungsstellen	www.dhs.de
Täterberatung	www.taeterarbeit.de www.kein-taeter-werden.de

4.3.5 Schlüsselfrage 12: Bestehen bei SBPF Indikationen für eine psychopharmakologische Therapie und wenn ja welche?

Für diese Schlüsselfrage ergaben sich keine Empfehlungen oder Statements.

Für diese Fragestellung wurde keine Literaturrecherche durchgeführt, sondern Bezug zu angrenzenden nationalen und internationalen Leitlinien genommen. Die folgenden Statements und Empfehlungen basieren auf einer gründlichen Durchsicht, ob aus den Literaturrecherchen und den Empfehlungen dieser Leitlinien Schlüsse zur medikamentösen Behandlung von Menschen mit SBPF abgeleitet werden können. Weiterhin wurde diskutiert, ob die Empfehlungen in ein dimensionales Modell, basierend auf den 2 Achsen SBPF und HiTOP, überführt werden könnten.

Es wurden folgende Leitlinien untersucht:

- S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung
- S3-Leitlinie Schizophrenie
- S3-Leitlinie Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression
- S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen
- S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörungen
- S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden
- S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen

- S3-Leitlinie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

Aus diesen Leitlinien lassen sich grundsätzlich keine Medikationsempfehlungen in Abhängigkeit von einer möglicherweise (und ggf. zusätzlich zur primären Störung nach ICD-10, auf welche sich die Quell-Leitlinie bezieht) vorliegenden Störung der Persönlichkeitsfunktionen ableiten.

Versuche einer Translation der an kategorialen Diagnosekonzepten orientierten Leitlinien-Empfehlungen in ein dimensionales Modell basierend auf den zwei Achsen SBPF und HiTOP bergen zum aktuellen Zeitpunkt die Gefahr nicht durch Evidenz gedeckter Indikationsausweitungen.

Bereiche von besonderem Forschungs-Interesse bzgl. SBPF und Medikation bestehen da, wo aufgrund der klinischen Symptomatik eine Wirksamkeit von Psychopharmaka vermutet werden könnte, jedoch aufgrund der aktuellen Evidenzlage kein Statement möglich ist:

- Psychosenahes/paranoides Erleben bei schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen beziehungsweise bei Vorliegen eines Borderline-Musters. Hierzu wurde in der S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung keine Evidenz gefunden.
- Psychosenahes/paranoides Erleben bei schwerer Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS). Hierzu wurde in der S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörungen keine Evidenz gefunden.
- Konzeptuell und Differentialdiagnostisch ist die Abgrenzung zwischen schwerer Impulsivität bei SBPF (wo es nach aktuellem Stand keine Indikation für eine Medikation gibt) versus Impulsivität bei ADHS (wo entsprechend der aktuellen S3-Leitlinie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend und Erwachsenenalter eine Indikation zu einer medikamentösen Therapie besteht) im klinischen Alltag herausfordernd und es besteht weiterer Forschungsbedarf.

5 Offene Forschungsfragen

In der LL-SBPF sind zahlreiche Forschungsfragen aufgeworfen worden, die die einzelnen Schlüsselfragen direkt betreffen. An dieser Stelle wird auf den zugrunde liegenden Mangel an Studien zu PF eingegangen.

Wie im Kapitel 4.2.2 zur dimensionalen Diagnostik ausgeführt, gelten die Erhebungsinstrumente für PF als gut validiert. Jedoch wurden diese bisher in nicht ausreichendem Maße in RCTs eingesetzt. Mit Umsetzung des ICD-11 werden PF für die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen zwangsläufig erfasst werden. Beeinträchtigungen in PF können jedoch über Persönlichkeitsstörungen hinaus eine interne Ursache für psychische Erkrankungen (im Sinne einer Vulnerabilität) darstellen (vgl. Kapitel 2.3.1). Somit bieten PF einen Behandlungsansatz für Patient:innen mit komplexem Behandlungsbedarf. Daher sollten in künftigen Wirksamkeitsstudien, nicht nur bei Persönlichkeitsstörungen, PF mittels der beschriebenen Diagnostikinstrumente erfasst werden. Dies könnte künftig Indikationsstellungen von Ausmaß der Persönlichkeitsfunktionsbeeinträchtigungen abhängig machen. So ist vorstellbar, dass Patient:innen mit extremer Beeinträchtigung der PF von anderen Interventionen profitieren als Patient:innen mit mittelgradiger Beeinträchtigung der PF. Mithilfe von Wirksamkeitsstudien ließen sich die meisten aufgeworfenen Fragestellungen der LL-SBPF beantworten. Verknüpft werden sollten diese Wirksamkeitsstudien mit qualitativen Untersuchungen, die Präferenzen von Patient:innen mit SBPF erfassen, sowie deren Erleben von Interventionen, die auf PF abzielen.

Neben Wirksamkeitsstudien sollten auch die PF selbst weiter untersucht werden. So ist offen, ob PF eine kausale Bedeutung für die Entstehung psychischer Störungen zukommt; hierzu sind längsschnittliche Untersuchungen hilfreich. Weiterhin sind epidemiologische Fragestellungen offen. Beispielsweise ist noch wenig erforscht, wie sich PF über die Lebensspanne entwickeln und inwiefern Früherkennungen von SBPF möglich sind.

6 Evidenztabellen

6.1 Evidenztabellen Schlüsselfrage 1

Schlüsselfrage 1: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante Psychotherapie erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Psychosoziale Funktionsfähigkeit						
Vergleich mit Treatment as usual						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Psychosoziale Funktionsfähigkeit nach Intervention¹	nicht einzeln angeben	nicht einzeln angeben	Hedge's g 0.26 (95% Konfidenzintervall 0.08 – 0.43) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein geringer ² Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit Treatment as usual auf die psychosoziale Funktionsfähigkeit.	Laws et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 1155$ • Meta-Analyse aus $k = 19$ Randomisierten kontrollierten Studien • (frühe) Psychose (4 Studien), Schizophrenie (15 Studien) • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 91% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	⊕⊕⊖⊖ ^{5,6}

¹Messung anhand verschiedener Erhebungsinstrumente .

²Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: <https://rpsychologist.com/cohend/>

³Basierend auf Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

⁴Einschätzung der Persönlichkeitsfunktionen basierend auf der Annahme, dass bei allen Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorliegt. Einschlusskriterium der Meta-Analyse war jedoch lediglich, dass in den jeweiligen Einzelstudien bei der Mehrheit der Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorlag.

⁵Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (6 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt, z. B. keine Bewertung der eingeschlossenen Studien).

⁶Herabstufung wegen Fehlender Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

Schlüsselfrage 1: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **ambulante Psychotherapie** erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Psychosoziale Funktionsfähigkeit						
Vergleich mit aktiver Kontrollgruppe						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Psychosoziale Funktionsfähigkeit nach Intervention¹	nicht einzeln angeben	nicht einzeln angeben	Hedge`s g 0.22 (95% Konfidenzintervall -0.07 – 0.52) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich die Tendenz zu einem geringen ² Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit einer aktiver Kontrollgruppe (Befriending, soziale Aktivitätstherapie, Kognitive Remediation) auf die psychosoziale Funktionsfähigkeit.	Laws et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 549$ • Meta-Analyse aus $k = 7$ Randomisierten kontrollierten Studien • frühe Psychose (1 Studie), Schizophrenie (6 Studien) • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 91% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	⊕⊕⊕⊕ ^{5,6,7}

¹Messung anhand verschiedener Erhebungsinstrumente.

²Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: <https://rpsychologist.com/cohend/>

³Basierend auf Ergebnis der Expertenbefragung zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

⁴Einschätzung der Persönlichkeitsfunktionen basierend auf der Annahme, dass bei allen Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorliegt. Einschlusskriterium der Meta-Analyse war jedoch lediglich, dass in den jeweiligen Einzelstudien bei der Mehrheit der Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorlag.

⁵Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (6 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt, z. B. keine Bewertung der eingeschlossenen Studien).

⁶Herabstufung, da ein hoher mit Studiendifferenzen zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien ($I^2 > 50\%$) vorlag.

⁷Herabstufung wegen Fehlender Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

Schlüsselfrage 1: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **ambulante Psychotherapie** erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Störungsspezifische Symptome

Vergleich mit Treatment as usual

Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
---------	-----------------------	----------------------------	------------------	--------------------	--------------	----------------------

Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum

Auditive Halluzinationen nach Intervention¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Hedge`s g 0.35 (95% Konfidenzintervall 0.18 – 0.52) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein geringer ² Effekt von Psychotherapie für Psychose (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit Treatment as usual auf auditive Halluzinationen. <i>Wurden nur die 14 Studien mit geringem Biasrisiko einbezogen, ergab sich keine wesentliche Änderung des Effektschätzers (Hedge`s g 0.41, 95% Konfidenzintervall 0.19 – 0.63).</i>	Turner et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 1833$ • Meta-Analyse aus $k = 22$ Randomisierten kontrollierten Studien • Psychose/Psychotische Symptome/Psychotisches Spektrum nicht näher bezeichnet (13 Studien), Schizophrenie/-spektrum nicht näher bezeichnet (7 Studien), Halluzinationen (1 Studie), Wahnvorstellungen (1 Studie) • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 88% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,7}
Wahnvorstellungen nach Intervention¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Hedge`s g 0.36 (95% Konfidenzintervall 0.20 – 0.52) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein geringer ² Effekt von Psychotherapie für Psychose (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit Treatment as usual auf Wahnvorstellungen.	Turner et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> • Meta-Analyse aus $k = 22$ Randomisierten kontrollierten Studien, keine Informationen zur Gesamtfallzahl vorliegend • Psychotische Erkrankung • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,7,9}

			<p>Wurden nur die 16 Studien mit geringem Biasrisiko einbezogen, ergab sich keine wesentliche Änderung des Effektschätzers (Hedge's g „32, 95% Konfidenzintervall 0.15 – 0.49).</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 85% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	
<p>Wahnvorstellungen nach Intervention¹</p>	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	<p>Mean population effect size 0.27 (95% Konfidenzintervall 0.08 – 0.47) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein geringer² Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit Treatment as usual auf Wahnvorstellungen. Eine Trimm-and-Fill-Analyse zur Berücksichtigung von Publikationsbias ergab eine Reduktion des Effektschätzers auf Mean Population Effect Size 0.14.</p>	<p>Mehl et al. (2015) bzw. Mehl et al. (2019) (Corrigendum)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 1227$ • Meta-Analyse aus $k = 13$ Randomisierten kontrollierten Studien • Schizophrenie (13 Studien), Schizoaffective Störung (13 Studien), wahnhaftige Störung (12 Studien), Psychose/psychotische Störung (5 Studien), schizophre-nieforme Störung (1 Studie) • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 89% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	<p>⊕⊕⊕⊕^{5,8,9}</p>
<p>Wahnvorstellungen nach 47 Wochen¹</p>	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	<p>Mean population effect size 0.16 (95% Konfidenzintervall -0.03 – 0.35) Nach 47 Wochen zeigte sich die Tendenz zu einem geringen² Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit Treatment as usual auf Wahnvorstellungen.</p>	<p>Mehl et al. (2015) bzw. Mehl et al. (2019) (Corrigendum)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 1524$ • Meta-Analyse aus $k = 12$ Randomisierten kontrollierten Studien • Schizophrenie (12 Studien), Schizoaffective Störung (11 Studien), Wahnhaftige Störung (10 Studien), Psychose (4 Studien), Schizophrenieforme Störung (1 Studie) 	<p>⊕⊕⊕⊕^{5,8}</p>

					<ul style="list-style-type: none"> • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 94% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	
Borderline-Persönlichkeitsstörung						
Borderline-Persönlichkeitsstörungssymptome nach Intervention¹	nicht einzeln angeben	nicht einzeln angeben	Hedge`s g 0.72 (95% Konfidenzintervall 0.41 – 1.04) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein moderater ² Effekt von Gruppentherapie im Vergleich mit Treatment as usual auf die Borderline-Symptomatik. <i>Eine Trimm-and-Fill-Analyse zur Berücksichtigung von Publikationsbias ergab eine Reduktion des Effektschätzers auf Hedge`s g 0.44 und somit einem geringen² Effekt.</i>	McLaughlin et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 962$ • Meta-Analyse aus $k = 13$ Randomisierten kontrollierten Studien • Borderline-Persönlichkeitsstörung • Antagonistisch externalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 90% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,7,9}
Para-/Suizidalität nach Intervention¹	nicht einzeln angeben	nicht einzeln angeben	Hedge`s g 0.46 (95% Konfidenzintervall 0.22 – 0.71) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein moderater ² Effekt von Gruppentherapie im Vergleich mit Treatment as usual auf Para-/Suizidalität. Zudem wurde 6 Monate nach Behandlungsende ein moderater ² Effekt von Gruppentherapie im Vergleich mit Treatment as usual ange-	McLaughlin et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 1258$ • Meta-Analyse aus $k = 19$ Randomisierten kontrollierten Studien • Borderline-Persönlichkeitsstörung • Antagonistisch externalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 90% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,7,9}

			geben (Hedge`s g 0.52, 95% Konfidenzintervall 0.01 – 1.02, basierend auf 6 Randomisierten kontrollierten Studien angegeben, ohne Angaben zur Anzahl der Studienteilnehmer:innen).			
Behandlungsresistente Depression						
Änderung Symptom-schwere nach Intervention¹	nicht einzeln angeben	nicht einzeln angeben	Hedge`s g -0.13 (95% Konfidenzintervall -0.30 – 0.05) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein trivialer, nicht statistisch signifikanter Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie bzw. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy) im Vergleich mit Treatment as usual (hier: Medikation) auf die Änderung der Symptomschwere der Depression. <i>Eine Sensitivitätsanalyse, bei der nur Studien mit geringem Biasrisiko eingingen, zeigte keine Änderung des Effektschätzers.</i>	van Bronswijk et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 636$ • Meta-Analyse aus $k = 3$ Randomisierten kontrollierten Studien • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 51% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	⊕⊕⊕⊖ ⁸
Änderung Symptom-schwere nach Intervention¹	nicht einzeln angeben	nicht einzeln angeben	Hedge`s g 0.42 (95% Konfidenzintervall 0.29 – 0.54) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein geringer ² Effekt von Psychotherapie (Kognitiver Verhaltenstherapie, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, Interpersonelle Psychotherapie, Psychodynamische Psychotherapie, körperorientierte Psychotherapie, Dialektische Verhaltenstherapie,	van Bronswijk et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 2883$ • Meta-Analyse aus $k = 20$ Randomisierten kontrollierten Studien • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 51% 	⊕⊕⊕⊖ ⁷

			<p>kurze Supportive Psychotherapie) zusätzlich zu Treatment as usual im Vergleich mit Treatment as usual (hier: Medikation) allein auf die Symptomschwere der Depression. Dies bedeutet, dass es bei Personen, die Treatment as usual und zusätzlich Psychotherapie erhielten, eine mittelgradig größere Veränderung des Scores für Depressionsschwere im Vergleich zwischen vor und nach der Intervention gab als bei Personen ohne zusätzliche Psychotherapie.</p> <p><i>Eine Sensitivitätsanalyse, bei der nur Studien mit geringem Biasrisiko eingingen, zeigte keine Änderung des Effektschätzers.</i></p>		<p>der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4}</p>	
<p>Symptom-schwere nach 12 Monaten¹</p>	<p>nicht einzeln angegeben</p>	<p>nicht einzeln angegeben</p>	<p>Standardised Mean Difference -0.29 (95% Konfidenzintervall -0.43 – -0.16)</p> <p>Nach 12 Monaten zeigte sich ein geringer² Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit Treatment as usual auf die Symptomschwere der Depression.</p>	<p>Li et al. (2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 863$ • Meta-Analyse aus $k = 2$ Randomisierten kontrollierten Studien • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 51% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	<p>⊕⊕⊕⊖⁶</p>

<p>Depressive Symptome short term Messung nach weniger als 6 Monaten</p>	<p>nicht einzeln angegeben</p>	<p>nicht einzeln angegeben</p>	<p>Mean Difference -4.07 (95% Konfidenzintervall -7.07 – -1.07) Nach bis zu 6 Monaten hatten Personen, die zusätzlich zu usual care Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Dialektische Verhaltenstherapie, Interpersonelle Psychotherapie) erhielten, einen durchschnittlich um 4 Punkte reduzierten Score im Beck Depression Inventory¹⁰ im Vergleich mit Personen, die nur usual care erhielten. <i>Eine Sensitivitätsanalyse, bei der nur Studien mit geringem Biasrisiko eingingen, zeigte keine Änderung des Effektschätzers (Mean Difference -4.66, 95% Konfidenzintervall -7.94 – -1.37).</i></p>	<p>Ijaz et al. (2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 575$ • Meta-Analyse aus $k = 5$ Randomisierten kontrollierten Studien • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 51% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	<p>⊕⊕⊖⊖^{6,8}</p>
<p>Depressive Symptome short term Messung nach weniger als 6 Monaten</p>	<p>nicht einzeln angegeben</p>	<p>nicht einzeln angegeben</p>	<p>Mean Difference -4.66 (95% Konfidenzintervall -8.72 – -0.59) Nach bis zu 6 Monaten hatten Personen, die zusätzlich zu usual care Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, intensive Kurzzeit dynamische Psychotherapie) erhielten, einen durchschnittlich um 5 Punkte reduzierten Score im Patient Health Questionnaire 9¹¹ im Vergleich mit Personen, die nur usual care erhielten.</p>	<p>Ijaz et al. (2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 482$ • Meta-Analyse aus $k = 2$ Randomisierten kontrollierten Studien • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 51% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	<p>⊕⊖⊖⊖^{6,7,8}</p>

Depressive Symptome short term¹ Messung nach weniger als 6 Monaten	nicht einzeln angeben	nicht einzeln angeben	Standardised Mean Difference -0.4 (95% Konfidenzintervall -0.65 – -0.14) Nach bis zu 6 Monaten zeigte sich ein geringer ² Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Dialektische Verhaltenstherapie, Interpersonelle Psychotherapie, intensive Kurzzeit dynamische Psychotherapie) zusätzlich zu usual care im Vergleich mit usual care allein auf depressive Symptome.	Ijaz et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 635 • Meta-Analyse aus k = 6 Randomisierten kontrollierten Studien • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 51% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊖⊖ ^{6,8}
Depressive Symptome short term Messung nach weniger als 6 Monaten	nicht einzeln angeben	nicht einzeln angeben	Mean Difference -3.28 (95% Konfidenzintervall -5.71 – -0.85) Nach bis zu 6 Monaten hatten Personen, die zusätzlich zu usual care Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, intensive Kurzzeit dynamische Psychotherapie, Dialektische Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie) erhielten, einen durchschnittlich um 3 Punkte reduzierten Score im Hamilton Depression Rating Scale ¹² im Vergleich mit Personen, die nur usual care erhielten.	Ijaz et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 193 • Meta-Analyse aus k = 4 Randomisierten kontrollierten Studien • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 51% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊕⊖ ⁶
Depressive Symptome medium term Messung nach 7-12 Monaten	nicht einzeln angeben	nicht einzeln angeben	Mean Difference -3.40 (95% Konfidenzintervall -7.21 – 0.4) Nach 7-12 Monaten hatten Personen, die zusätzlich zu usual care Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) erhielten, einen durchschnittlich um 3 Punkte reduzierten	Ijaz et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 475 • Meta-Analyse aus k = 2 Randomisierten kontrollierten Studien • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP-Spektrum 	⊕⊕⊖⊖ ^{6,8}

			Score im Beck Depression Inventory ¹⁰ im Vergleich mit Personen, die nur usual care erhielten.		<ul style="list-style-type: none"> • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 51% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	
--	--	--	---	--	---	--

¹Messung anhand verschiedener Erhebungsinstrumente.

²Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: <https://rpsychologist.com/cohend/>

³Basierend auf Ergebnis der Expertenfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

⁴Einschätzung der Persönlichkeitsfunktionen basierend auf der Annahme, dass bei allen Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorliegt. Einschlusskriterium der Meta-Analyse war jedoch lediglich, dass in den jeweiligen Einzelstudien bei der Mehrheit der Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorlag.

⁵Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (7 oder weniger von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt).

⁶Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (mindestens eine Randomisierte Kontrollierte Studie der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Biasrisiko“ bewertet).

⁷Herabstufung, da ein hoher mit Studiendifferenzen zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien ($I^2 > 50\%$) vorlag.

⁸Herabstufung wegen Fehlender Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

⁹Herabstufung, da mit Publikationsbias zu rechnen ist.

¹⁰Beck et al. (1961): An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry 1961;4:561-71, Beck et al. (1996): Beck Depression Inventory - second edition: manual. San Antonio: The Psychological Corporation, 1996.

¹¹Kroenke und Spitzer (2002): The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure Psychiatric Annals, 32 (2002), pp. 509-521.

¹²Hamilton (1960): A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 1960;23:56-62.

Schlüsselfrage 1: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **ambulante Psychotherapie** erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Störungsspezifische Symptome						
Vergleich mit aktiver Kontrollbedingung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum						
Auditive Halluzinationen nach Intervention¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Hedge`s g 0.34 (95% Konfidenzintervall 0.15 – 0.53) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein geringer ² Effekt von Psychotherapie für Psychose (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit einer aktiven Kontrollbedingung (supportive counseling, prolongierte Exposition) auf auditive Halluzinationen. <i>Wurden nur die 5 Studien mit geringem Biasrisiko einbezogen, ergab sich keine wesentliche Änderung des Effektschätzers (Hedge`s g 0.42, 95% Konfidenzintervall 0.20 – 0.64).</i>	Turner et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 678$ • Meta-Analyse aus $k = 8$ Randomisierten kontrollierten Studien • Psychose/Psychotische Symptome (3 Studien), Schizophrenie/-spektrum nicht näher bezeichnet (5 Studien) • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 88% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊕⊖ ⁶
Wahnvorstellungen nach Intervention¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Hedge`s g 0.23 (95% Konfidenzintervall -0.19 – 0.55) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein tendenziell geringer ² Effekt von Psychotherapie für Psychose (Kognitive Verhaltenstherapie) im	Turner et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 526$ • Meta-Analyse aus $k = 7$ Randomisierten kontrollierten Studien • Psychose/Psychotische Symptome (2 Studien), Schizophrenie/Schizophrenie Spektrum nicht näher bezeichnet (5 Studien) 	⊕⊖⊖⊖ ^{6,7,8,9}

			Vergleich mit einer aktiven Kontrollbedingung (supportive counseling, prolongierte Exposition). <i>Wurden nur die 3 Studien mit geringem Biasrisiko einbezogen, ergab sich keine wesentliche Änderung des Effektschätzers (Hedge's g 0.30, 95% Konfidenzintervall -0.25 – 0.85).</i>		<ul style="list-style-type: none"> • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 89% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	
Wahnvorstellungen nach Intervention¹	nicht einzeln angeben	nicht einzeln angeben	Mean population effect size 0.16 (95% Konfidenzintervall -0.13 – 0.44) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich die Tendenz eines geringen ² Effekts von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit einer aktiven Kontrollbedingung (andere psychologische Interventionen) auf Wahnvorstellungen.	Mehl et al. (2015) bzw. Mehl et al. (2019) (Corrigendum)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 894$ • Meta-Analyse aus $k = 8$ Randomisierten kontrollierten Studien • Schizophrenie (7 Studien), Schizoaffektive Störung (5 Studien), Psychose (2 Studien), Schizophrenieform Störung (1 Studie) • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 90% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	⊕⊕⊖⊖ ^{5,8}
Wahnvorstellungen nach 35 Wochen¹	nicht einzeln angeben	nicht einzeln angeben	Mean population effect size -0.04 (95% Konfidenzintervall -0.26 – 0.17) Nach 35 Wochen zeigte sich ein trivialer, nicht statistisch signifikanter Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit aktiver Kontrollbedingung (andere psychologische Interventionen) auf Wahnvorstellungen.	Mehl et al. (2015) bzw. Mehl et al. (2019) (Corrigendum)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 815$ • Meta-Analyse aus $k = 5$ Randomisierten kontrollierten Studien • Schizophrenie (5 Studien), Schizoaffektive Störung (4 Studien), Wahnhafte Störung (3 Studien), Psychose (2 Studien), Schizophrenieform Störung (1 Studie) • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen 	⊕⊕⊖⊖ ^{5,8}

					<ul style="list-style-type: none"> • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 90% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	
Posttraumatische Belastungsstörung						
Symptomreduktion nach Intervention¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Hedge`s g -0.34 (95% Konfidenzintervall -0.65 – -0.02) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein geringer ² Effekt von Psychotherapie (Narrative Expositionstherapie) im Vergleich mit aktiver Kontrollbedingung (alternative psychologische Behandlung). <i>Eine Trimm-and-Fill-Analyse zur Berücksichtigung von Publikationsbias ergab eine Reduktion des Effektschätzers auf Tendenz zu einem marginalen Effekt (Hedge`s g -0.16, 95% Konfidenzintervall -0.49 – 0.16).</i>	Wei und Chen (2021)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 571$ • Meta-Analyse aus $k = 11$ randomisierten, quasi-randomisierten oder cluster-randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	⊕⊖⊖⊖ ^{6,7,8,9}
Symptomreduktion nach Intervention¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Standardised Mean Difference -0.16 (95% Konfidenzintervall -0.62 – 0.30) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich die Tendenz zu einem geringen ² Effekt von Psychotherapie (Eye Movement Desentization and Reprocessing, prolongierte Expositionstherapie) im Vergleich mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern.	Sonis und Cook (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 351$ • Meta-Analyse aus $k = 4$ Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊖⊖⊖ ^{6,7,8}

			<p>Wurden nur die 2 Studien mit geringem Biasrisiko einbezogen, ergab sich keine wesentliche Änderung des Effektschätzers (Standardised Mean Difference 0.08, 95% Konfidenzintervall -0.48 – 0.64).</p>			
<p>Symptom-schwere nach Intervention¹</p>	nicht einzeln angeben	nicht einzeln angeben	<p>Hedge`s g 0.26 (95% Konfidenzintervall 0.04 – 0.48) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein geringer² Effekt von Psychotherapie (Cognitive Processing Therapy) im Vergleich mit aktiver Kontrollbedingung (Dialogische Expositionstherapie, Erinnerungstraining, Prolongierte Expositionstherapie, Schreib-Expositions-therapie). <i>Eine Trimm-and-Fill-Analyse zur Berücksichtigung von Publikationsbias ergab keine wesentliche Änderung des Effektschätzers (Hedge`s g 0.27, 95% Konfidenzintervall 0.08 – 0.46).</i></p>	<p>Asmundson et al. (2019)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 407$ • Meta-Analyse aus $k = 4$ Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	<p>⊕⊕⊖⊖^{5,8}</p>
<p>Symptom-schwere nach Intervention¹</p>	nicht einzeln angeben	nicht einzeln angeben	<p>Standardised Mean Difference -0.05 (95% Konfidenzintervall -0.31 – 0.21) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein trivialer, nicht statistisch signifikanter Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Eye Movement Desentization and Reprocessing, prolongierte Expositionstherapie) im Vergleich mit pharmakologischer Behandlung.</p>	<p>Merz et al. (2019)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 329$ • Meta-Analyse aus $k = 4$ Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% 	<p>⊕⊕⊖⊖^{6,8}</p>

			Zur besseren Vergleichbarkeit werden hier die Ergebnisse der paarweisen Meta-Analyse berichtet.		der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind. ³	
Symptom-schwere nach Intervention¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Standardised Mean Difference -0.07 (95% Konfidenzintervall -0.26 – 0.13) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein trivialer, nicht statistisch signifikanter Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, prolongierte Expositionstherapie, Expositionstherapie) in Kombination mit pharmakologischer Behandlung im Vergleich mit pharmakologischer Behandlung allein. Zur besseren Vergleichbarkeit werden hier die Ergebnisse der paarweisen Meta-Analyse berichtet.	Merz et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 411$ • Meta-Analyse aus $k = 5$ Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊖⊖ ^{6,8}
Symptom-schwere bei Follow-Up¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Hedge's g 0.17 (95% Konfidenzintervall -0.02 – 0.37) Es zeigte sich die Tendenz eines geringen ² Effekts bei Follow-Up von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit aktiver Kontrollbedingung (Behandlung mit Theorie- oder Empirie-basierten Komponenten). Die Follow-Up Zeitpunkte lagen zwischen 3 und 9 Monate nach Baseline. <i>Eine Trimm-and-Fill-Analyse zur Berücksichtigung von Publikationsbias ergab keine wesentliche Änderung des Effektschätzers (Hedge's g</i>	Asmundson et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 407$ • Meta-Analyse aus $k = 4$ Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊖⊖ ^{5,8}

			<i>0.18, 95% Konfidenzintervall -0.01 – 0.37).</i>			
Symptom-schwere bei Follow-Up¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Standardised Mean Difference -0.63 (95% Konfidenzintervall -1.18 – -0.09) Es zeigte sich ein moderater ² Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Eye Movement Desentization and reprocessing, prolongierte Expositionstherapie) im Vergleich mit pharmakologischer Behandlung am spätmöglichen Follow-Up Zeitpunkt (6 bis 12 Monate). Zur besseren Vergleichbarkeit werden hier die Ergebnisse der paarweisen Meta-Analyse berichtet.	Merz et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 203$ • Meta-Analyse aus $k = 3$ Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,7,8}
Symptom-schwere bei Follow-Up¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Standardised Mean Difference -1.02 (95% Konfidenzintervall -2.77 – 0.72) Es zeigte sich die Tendenz eines deutlichen ² Effekts von Psychotherapie (prolongierte Expositionstherapie, Expositionstherapie) in Kombination mit pharmakologischer Behandlung im Vergleich mit pharmakologischer Behandlung allein am spätmöglichen Follow-Up Zeitpunkt (12 Monate). Zur besseren Vergleichbarkeit werden hier die Ergebnisse der paarweisen Meta-Analyse berichtet.	Merz et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 89$ • Meta-Analyse aus $k = 2$ Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,7,8}
Symptom-schwere bei Follow-Up¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Standardised Mean Difference -0.03 (95% Konfidenzintervall -0.21 – 0.14)	Thompson et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 524$ 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,8}

			<p>Es zeigte sich ein trivialer, nicht statistisch signifikanter Effekt von traumafokussierter Psychotherapie im Vergleich mit alternativer psychologischer Intervention bis zu 4 Monate nach Behandlungsende. Ohne Angabe der Anzahl eingeschlossener Studienteilnehmer:innen wurde für den Zeitraum 5 bis 8 Monate nach Behandlungsende Standardised Mean Difference 0.11 (95% Konfidenzintervall -0.13 – 0.35) sowie für den Zeitraum 9-12 Monate nach Behandlungsende Standardised Mean Difference -0,86 (95% Konfidenzintervall -1.50 – -0.22) angegeben. Dies entspricht ebenfalls einem trivialen, nicht statistisch signifikanten Effekt 5 bis 8 Monate später, jedoch einem deutlichen² Effekt von Psychotherapie 9-12 Monate nach Behandlungsende.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Meta-Analyse aus $k = 7$ Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	
Erfüllen der Diagnosekriterien nach Intervention¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	<p>Relatives Risiko 1.74 (95% Konfidenzintervall 1.03 – 2.92) Die Wahrscheinlichkeit, die Diagnosekriterien nicht mehr zu erfüllen, war bei Personen, die Psychotherapie (Narrative Expositionstherapie) erhielten, 74% höher als bei Personen mit aktiver Kontrollbedingung (alternative psychologische Behandlung). Vermutlich handelt es sich um den</p>	Wei und Chen (2021)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 502$ • Meta-Analyse aus $k = 9$ randomisierten, quasi-randomisierten oder cluster-randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,7,8,9}

			Zeitpunkt direkt nach der Intervention.		<ul style="list-style-type: none"> • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	
Posttraumatische Belastungsstörung und/oder Depression						
Symptomreduktion bei Follow-Up¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Standardised Mean Difference -0.25 (95% Konfidenzintervall -0.61 – 0.10) Es zeigte sich die Tendenz zu einem geringen ² Effekt von Psychotherapie (interpersonelle Psychotherapie) im Vergleich mit aktiver Kontrollbedingung (alternative psychologische Behandlung oder Medikation) (keine Angabe zu Messzeitpunkt).	Althobaiti et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 274$ • Meta-Analyse aus $k = 4$ Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung (4 Studien), davon in 3 Studien zusätzlich Depression • internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 53% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊕⊖ ⁸

¹Messung anhand verschiedener Erhebungsinstrumente.

²Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: <https://rpsychologist.com/cohend/>

³Basierend auf Ergebnis der Expertenurfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

⁴Einschätzung der Persönlichkeitsfunktionen basierend auf der Annahme, dass bei allen Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorliegt. Einschlusskriterium der Meta-Analyse war jedoch lediglich, dass in den jeweiligen Einzelstudien bei der Mehrheit der Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorlag.

⁵Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (7 oder weniger von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt).

⁶Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (mindestens eine Randomisierte Kontrollierte Studie der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Biasrisiko“ bewertet).

⁷Herabstufung, da ein hoher mit Studiendifferenzen zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien ($I^2 > 50\%$) vorlag.

⁸Herabstufung wegen Fehlender Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

⁹Herabstufung, da mit Publikationsbias zu rechnen ist.

Schlüsselfrage 1: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante Psychotherapie erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Störungsspezifische Symptome						
Vergleich mit inaktiver Kontrollbedingung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Posttraumatische Belastungsstörung						
Symptomreduktion nach Intervention¹	nicht einzeln angeben	nicht einzeln angeben	Hedge's g -1.03 (95% Konfidenzintervall -1.62 – -0.44) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein deutlicher ² Effekt von Psychotherapie (Narrative Expositionstherapie) im Vergleich mit inaktiver Kontrollbedingung (Warteliste oder Symptom-Monitoring).	Wei und Chen (2021)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 278$ • Meta-Analyse aus $k = 7$ randomisierten, quasi-randomisierten oder cluster-randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,9}
Symptomschwere nach Intervention¹	nicht einzeln angeben	nicht einzeln angeben	Hedge's g 1.24 (95% Konfidenzintervall 0.80 – 1.67) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein deutlicher ² Effekt von Psychotherapie (Cognitive Processing Therapy) im Vergleich mit inaktiver Kontrollbedingung (Warteliste oder psychologisches Placebo). <i>Eine Trimm-and-Fill-Analyse zur Berücksichtigung von Publikationsbias ergab keine wesentliche Änderung des Effektschätzers</i>	Asmundson et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 841$ • Meta-Analyse aus $k = 8$ Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind. 	⊕⊕⊕⊕ ^{5,7}

			<i>(Hedge`s g 1.38, 95% Konfidenzintervall 0.89 – 1.88).</i>			
Symptom-schwere bei Follow-Up¹	nicht einzeln angeben	nicht einzeln angeben	Hedge`s g 0.90 (95% Konfidenzintervall 0.57 – 1.23) Es zeigte sich ein deutlicher ² Effekt bei Follow-Up von Psychotherapie (Cognitive Processing Therapy) im Vergleich mit inaktiver Kontrollbedingung (Warteliste oder psychologisches Placebo). Die Follow-Up Zeitpunkte lagen zwischen 1 und 12 Monate nach Baseline.	Asmundson et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 689$ • Meta-Analyse aus $k = 6$ Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind. 	⊕⊕⊖⊖ ^{5,7}
Erfüllen der Diagnosekriterien nach Intervention¹	nicht einzeln angeben	nicht einzeln angeben	Relatives Risiko 4.69 (95% Konfidenzintervall 1.43 – 15.42) Die Wahrscheinlichkeit, die Diagnosekriterien nicht mehr zu erfüllen, war bei Personen, die Psychotherapie (Narrative Expositionstherapie) erhielten, mehr als 4 Mal höher als bei Personen mit inaktiver Kontrollbedingung (Warteliste oder Symptom-Monitoring). Vermutlich handelt es sich um den Zeitpunkt direkt nach der Intervention.	Wei und Chen (2021)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 148$ • Meta-Analyse aus $k = 3$ randomisierten, quasi-randomisierten oder cluster-randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	⊕⊕⊖⊖ ^{6,9}

¹Messung anhand verschiedener Erhebungsinstrumente.

² Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: <https://rpsychologist.com/cohend/>

³Basierend auf Ergebnis der Expertenbefragung zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

⁴Einschätzung der Persönlichkeitsfunktionen basierend auf der Annahme, dass bei allen Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorliegt. Einschlusskriterium der Meta-Analyse war jedoch lediglich, dass in den jeweiligen Einzelstudien bei der Mehrheit der Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorlag.

⁵Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (7 oder weniger von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt).

⁶Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (mindestens eine Randomisierte Kontrollierte Studie der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Biasrisiko“ bewertet).

⁷Herabstufung, da ein hoher mit Studiendifferenzen zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien ($I^2 > 50\%$) vorlag.

⁸Herabstufung wegen Fehlender Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

⁹Herabstufung, da mit Publikationsbias zu rechnen ist.

Schlüsselfrage 1: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **ambulante Psychotherapie** erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

Vergleich mit Treatment as usual

Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Hospitalisierungen nach Intervention	nicht einzeln angeben	nicht einzeln angeben	Hedge`s g 0.19 (95% Konfidenzintervall -0.01 – 0.39) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich die Tendenz eines geringen ¹ Effekts auf die Hospitalisierungen zwischen Personen mit Gruppentherapie und Personen mit Treatment as usual.	McLaughlin et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 687$ • Meta-Analyse aus $k = 8$ Randomisierten kontrollierten Studien • Borderline-Persönlichkeitsstörung • Antagonistisch externalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 90% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{2,3} 	⊕⊕⊕⊕ ^{4,5}
Aufsuchen der Notaufnahme nach Intervention	nicht einzeln angeben	nicht einzeln angeben	Hedge`s g 0.01 (95% Konfidenzintervall -0.19 – 0.23) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein trivialer, nicht statistisch signifikanter Effekt auf die Frequenz des Aufsuchens der Notaufnahme zwischen Personen mit Gruppentherapie und Personen mit Treatment as usual.	McLaughlin et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 431$ • Meta-Analyse aus $k = 5$ Randomisierten kontrollierten Studien • Borderline-Persönlichkeitsstörung • Antagonistisch externalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 90% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{2,3} 	⊕⊕⊕⊕ ^{4,5}

¹ Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: <https://rpsychologist.com/cohend/>

²Basierend auf Ergebnis der Expertenurfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

³Einschätzung der Persönlichkeitsfunktionen basierend auf der Annahme, dass bei allen Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorliegt. Einschlusskriterium der Meta-Analyse war jedoch lediglich, dass in den jeweiligen Einzelstudien bei der Mehrheit der Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorlag.

⁴Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (mindestens eine Randomisierte Kontrollierte Studie der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Biasrisiko“ bewertet).

⁵Herabstufung wegen Fehlender Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

6.2 Evidenztabellen Schlüsselfrage 2

Schlüsselfrage 2: Haben Patient*innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die online Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung erhalten, ein schlechteres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Psychosoziale Funktionsfähigkeit						
Vergleich mit Warteliste						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Psychosoziale Funktionsfähigkeit anhand Sheehan Disability Scale (SDS) ¹	Mittelwert des SDS Scores Post-treatment 10.5 (Standardabweichung 8.3) bei der Warteliste-Kontrollbedingung sowie 5.2 (Standardabweichung 4.9) bei begleiteter internetbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie.	Mittelwert des SDS Scores Post-treatment 6.2 (Standardabweichung 6.4).	Cohen`s d 0.58 (95% Konfidenzintervall 0.08 – 1.07) Es zeigte sich ein mittlerer ² post-treatment-Effekt von unbegleiteter internetbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie im Vergleich zu Warteliste-Kontrollbedingung. Bei begleiteter internetbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie zeigte sich ein deutlicherer Effekt mit Cohen`s d 0.77 (95% Konfidenzintervall 0.25 – 1.27) gegenüber der Warteliste Kontrollbedingung.	Hedman et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>n</i> = 127 (alle, die post-treatment teilgenommen haben) • 1 Randomisierte kontrollierte Studie • überwiegend Somatisierungsstörung • Somatoformes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 48% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊖⊖⊖ ⁴
	Differenz Der Mittelwert des Scores in der Interventionsgruppe ist 4.3 Punkte geringer als in der Warteliste-Kontrollgruppe. Der Mittelwert des Scores in der Interventionsgruppe ist 1 Punkt höher als in der Kon-					

	trollgruppe mit begleiteter internet-basierter Kognitiver Verhaltenstherapie.				
--	---	--	--	--	--

¹Sheehan (1983): The Anxiety Disease. Scribner, 1983.

²Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: <https://rpsychologist.com/cohend/>

³Basierend auf Ergebnis der Expertenurfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

⁴Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Herabstufung zu „moderat“ wegen möglichem Biasrisiko (Studienteilnehmer:innen nicht verblindet), Herabstufung zu „niedrig“ wegen Indirektheit hinsichtlich der Vergleichsgruppen (Kein direkter Vergleich zwischen unbegleiteter und begleiteter Intervention, sondern nur jeweils Vergleich gegen Warteliste) und Herabstufung zu „sehr niedrig“ aufgrund fehlender Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

Schlüsselfrage 2: Haben Patient*innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **online Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung** erhalten, ein schlechteres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Störungsspezifische Symptome

Vergleich gegen Warteliste

Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Gesundheitsangst anhand 64 item Health Anxiety Inventory (HAI) ¹	Mittelwert des HAI Scores Post-treatment 100.1 (Standardabweichung 26.1) bei der Warteliste-Kontrollbedingung sowie 69.7 (Standardabweichung 24.8) bei begleiteter internetbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie.	Mittelwert des HAI Scores Post-treatment 68.3 (Standardabweichung 35.6).	Cohen`s d 1.02 (95% Konfidenzintervall 0.49 – 1.53) Es zeigte sich ein deutlicher ² post-treatment-Effekt von unbegleiteter internetbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie im Vergleich zu Warteliste-Kontrollbedingung. Bei begleiteter internetbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie zeigte sich ein etwas stärkerer ¹ Effekt mit Cohen`s d 1.27 (95% Konfidenzintervall 0.72 – 1.79) gegenüber der Warteliste Kontrollbedingung.	Hedman et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 127 (alle, die post-treatment teilgenommen haben) • 1 Randomisierte kontrollierte Studie • überwiegend Somatisierungsstörung • Somatoformes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 48% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊖⊖ ⁴
	Differenz Der Mittelwert des Scores in der Interventionsgruppe ist 31.8 Punkte geringer als in der Warteliste-Kontrollgruppe. Der Mittelwert des Scores in der Interventionsgruppe ist 1.4 Punkte geringer als in der Kontrollgruppe mit begleiteter internetbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie.					

¹Salkovskis et al. (2002): The health anxiety inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med* 2002; 32: 843–53.

²Cohen (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: <https://rpsychologist.com/cohend/>

³Basierend auf Ergebnis der Expertenbefragung zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

⁴Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Herabstufung zu „moderat“ wegen möglichem Biasrisiko (Studienteilnehmer:innen nicht verblindet), Herabstufung zu „niedrig“ wegen Indirektheit hinsichtlich der Vergleichsgruppen (Kein direkter Vergleich zwischen unbegleiteter und begleiteter Intervention, sondern nur jeweils Vergleich gegen Warteliste).

Schlüsselfrage 2: Haben Patient*innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **online Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung** erhalten, ein schlechteres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Störungsspezifische Symptome						
Vergleich gegen Transkranielle Magnetstimulation						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Symptom-schwere der Depression anhand Hamilton Depression Scale (HAMD) ¹	Mittelwert des HAMD Scores bei Entlassung 8.89 (Standardabweichung 5.83).	Mittelwert des HAMD Scores bei Entlassung 9.97 (Standardabweichung 7.03).	Analysis of Covariance $F = 0.15(1) p = 0.7$ Es zeigte sich kein Hinweis auf einen Unterschied zwischen Personen mit internet-basierter Kognitiver Verhaltenstherapie zusätzlich zu transkranieller Magnetstimulation im Vergleich zu nur transkranieller Magnetstimulation.	Adu et al. (2023)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 70$ (alle, für die HAMD Baseline Score vorlag) • 1 Randomisierte kontrollierte Studie • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 73% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.² 	⊕⊕⊖⊖ ³
	Differenz Der Mittelwert des Scores in der Interventionsgruppe ist 1.08 Punkte höher als in der Kontrollgruppe.					

¹Hamilton (1960): A rating scale for depression. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 1960, 23, 56.

²Basierend auf Ergebnis der Expertenurfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

³Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Herabstufung zu „moderat“ wegen möglichem Biasrisiko (Studienteilnehmer:innen nicht verblindet) und Herabstufung zu „niedrig“ wegen Indirektheit hinsichtlich der Intervention (Onlineintervention wurde zusätzlich zu transkranieller Magnetstimulation verabreicht).

Schlüsselfrage 2: Haben Patient*innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **online Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung** erhalten, ein schlechteres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Störungsspezifische Symptome

Vergleich gegen Dialektische Verhaltenstherapie

Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
<p>Häufigkeit Suizidalen Verhaltens anhand des Self-injurious thoughts and behaviors interview (SITBI)¹</p>	<p>Dargestellt ist die durchschnittliche Reduktion der Häufigkeit suizidalen Verhaltens zwischen vor und nach Erhalt von Dialektischer Verhaltenstherapie. Die Häufigkeit von bspw. Suizidgedanken hat sich während des letzten Monats zwischen vor und nach Erhalt der Therapie durchschnittlich um 1 reduziert.</p>	<p>Dargestellt ist die durchschnittliche Reduktion der Häufigkeit suizidalen Verhaltens zwischen vor und nach Erhalt von Dialektischer Verhaltenstherapie und App. Die Häufigkeit von bspw. Suizidgedanken hat sich während des letzten Monats zwischen vor und nach Erhalt der Therapie und App durchschnittlich um 1.88 reduziert.</p>	<p>Es wurde berichtet, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, dass die durchschnittliche Häufigkeit suizidalen Verhaltens im letzten Monat niedriger ist ($p(\text{diff}>0)$) bei Personen, die zusätzlich zu Dialektischer Verhaltenstherapie eine App verwendeten im Vergleich zu Personen, die nur Dialektische Verhaltenstherapie erhielten. Die Bayesianischen Kreditintervalle beschreiben die Differenz zwischen den Mittelwerten der Reduktion (siehe Spalten links) zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.</p> <p>Bei Suizidgedanken sowie suizidaler Geste zeigte sich die Tendenz einer hohen Wahrscheinlichkeit für eine Reduktion Suizidalen Ver-</p>	<p>Rodante et al. (2022)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 18$ • 1 Cluster Randomisierte Studie • Suizidales oder selbstverletzendes Verhalten • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 90% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.² 	<p>⊕⊕⊕⊕³</p>

			haltens bei Personen, die zusätzlich eine App verwendeten. Alle Kreditabilitätsintervalle enthielten jedoch die 0, somit kann nicht ausgeschlossen werden, dass es keinen Unterschied in der Reduktion suizidalen Verhaltens zwischen den Gruppen gab.			
	<u>Suizidgedanken</u> Mittelwert = 1.00 (Standardabweichung 2.39)	<u>Suizidgedanken</u> Mittelwert = 1.88 (Standardabweichung 3.44)	<u>Suizidgedanken</u> $p(\text{diff}>0) = 0.64$ (85% Bayesian Credibility Interval -1.83 – 2.90)			
	Differenz Personen in der Interventionsgruppe hatten nach der Intervention durchschnittlich 1.88 Suizidgedanken pro Monat weniger als vor der Intervention und damit eine um 0.88 höhere Reduktion von Suizidgedanken als Personen in der Kontrollgruppe.					
	<u>Suizid Plan</u> Mittelwert = 0.71 (Standardabweichung 1.38)	<u>Suizid Plan</u> Mittelwert = 0.38 (Standardabweichung 0.52)		<u>Suizid Plan</u> $p(\text{diff}>0) = 0.32$ (85% Bayesian Credibility Interval -1.34 – 0.73)		
	Differenz					

<p>Personen in der Interventionsgruppe hatten nach der Intervention durchschnittlich 0.38 Suizidpläne pro Monat weniger als vor der Intervention und damit eine um 0.33 geringere Reduktion von Suizidplänen als Personen in der Kontrollgruppe.</p>				
<p><u>Suizidale Geste</u> Mittelwert = -0.67 (Standardabweichung 0.58)</p>	<p><u>Suizidale Geste</u> Mittelwert = 0.50 (Standardabweichung 1.00)</p>	<p><u>Suizidale Geste</u> $p(\text{diff}>0) = 0.81$ (85% Bayesian Credibility Interval -0.71 – 3.82)</p>		
<p>Differenz Personen in der Interventionsgruppe hatten nach der Intervention durchschnittlich 0.5 Suizidale Gesten pro Monat weniger als vor der Intervention und damit eine um 1.17 höhere Reduktion von Suizidalen Gesten als Personen in der Kontrollgruppe.</p>			<p><u>Suizidversuch</u> keine Wahrscheinlichkeit angegeben</p>	
<p><u>Suizidversuch</u> Median = 0.29 (Interquartilsabstand 0.95)</p>	<p><u>Suizidversuch</u> Median = 0.00 (Interquartilsabstand 0.00)</p>			
<p>Differenz Personen in der Interventionsgruppe hatten nach der Intervention im Median 0 Suizidversuche pro</p>				

<p>Monat und damit eine um 0.29 höhere Reduktion von Suizidversuchen als Personen in der Kontrollgruppe.</p>	<p><u>Gedanken an nichtsuizidale Selbstverletzung</u> Mittelwert = 4.43 (Standardabweichung 8.94)</p>	<p><u>Gedanken an nichtsuizidale Selbstverletzung</u> Mittelwert = 0.13 (Standardabweichung 2.42)</p>	<p><u>Gedanken an nichtsuizidale Selbstverletzung</u> $p(\text{diff}>0) = 0.20$ (85% Bayesian Credibility Interval -9.07 – 2.79)</p>			
<p>Differenz Personen in der Interventionsgruppe hatten nach der Intervention durchschnittlich 0.13 Gedanken an nichtsuizidale Selbstverletzung pro Monat weniger als vor der Intervention und damit eine um 4.3 geringere Reduktion von Gedanken an nichtsuizidale Selbstverletzung als Personen in der Kontrollgruppe.</p>	<p><u>Nichtsuizidale Selbstverletzung</u> $p(\text{diff}>0)=0.18$ (85% Bayesian Credibility Interval -3.08 – 0.72)</p>					
<p><u>Nichtsuizidale Selbstverletzung</u> Mittelwert = 1.00 (Standardabweichung 2.20)</p>	<p><u>Nichtsuizidale Selbstverletzung</u> Mittelwert = -0.25 (Standardabweichung 1.91)</p>					
<p>Differenz Personen in der Interventionsgruppe hatten nach der Intervention durchschnittlich 0.25 Gedanken an</p>						

	<p>nichtsuizidale Selbstverletzung pro Monat mehr als vor der Intervention und damit eine um 1.25 geringere Reduktion von Gedanken an nichtsuizidale Selbstverletzung als Personen in der Kontrollgruppe.</p>				
--	---	--	--	--	--

¹García-Nieto et al. (2013): Translation and validation of the “Self-injurious thoughts and behaviors interview” in a Spanish population with suicidal behaviour. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 6(3), 101–108. Nock et al. (2007): Self-injurious thoughts and behaviors interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*, 19(3), 309–317.

²Basierend auf Ergebnis der Expertenurfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

³Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Herabstufung zu „moderat“ wegen möglichem Biasrisiko (Studienteilnehmer:innen nicht verblindet) und Herabstufung zu „niedrig“ wegen Inkonsistenz (Wahrscheinlichkeiten für reduziertes suizidales Verhalten reichen von 0.18 bis 0.81). Weitere Herabstufung zu „sehr niedrig“ aufgrund fehlender Präzision aufgrund der geringen Stichprobengröße von $n = 18$.

Schlüsselfrage 2: Haben Patient*innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **online Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung** erhalten, ein schlechteres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Gesundheitsbezogene Lebensqualität						
Vergleich mit Transkranieller Magnetstimulation						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Gesundheitsbezogene Lebensqualität anhand Qualität of Life Visual Analogue Scale (EQ-VAS) ¹	Mittelwert des EQ-VAS Scores bei Entlassung 64.42 (Standardabweichung 18.13).	Mittelwert des EQ-VAS Scores bei Entlassung 60.90 (Standardabweichung 21.45).	Analysis of Covariance $F = 0.46(1) p = 0.5$ Es zeigte sich kein Hinweis auf einen Unterschied zwischen Personen mit internet-basierter Kognitiver Verhaltenstherapie zusätzlich zu transkranieller Magnetstimulation im Vergleich zu nur transkranieller Magnetstimulation.	Adu et al. (2023)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 70$ (alle, für die EQ-VAS Baseline Score vorlag) • 1 Randomisierte kontrollierte Studie • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 73% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.² 	⊕⊕⊖⊖ ³
	Differenz Der Mittelwert des Scores in der Interventionsgruppe ist 3.52 Punkte geringer als in der Kontrollgruppe.					

¹van Reenen und Janssen (2019): EQ-5D-5L User Guide: Basic Information on How to Use the EQ-5D-5L Instrument; EuroQol Research Foundation: Rotterdam, The Netherlands, 2015.

²Basierend auf Ergebnis der Expertenfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

³Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Herabstufung zu „moderat“ wegen möglichem Biasrisiko (Studienteilnehmer:innen nicht verblindet) und Herabstufung zu „niedrig“ wegen Indirektheit hinsichtlich der Intervention (Onlineintervention wurde zusätzlich zu transkranieller Magnetstimulation verabreicht).

6.3 Evidenztabellen Schlüsselfrage 3

Schlüsselfrage 3: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulant und stationär abgestimmte Versorgung erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Psychosoziales Funktionsniveau						
Vergleich mit Standardversorgung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Psychosoziales Funktionsniveau anhand Global Assessment of Functioning Scale (GAF) ¹	nicht angegeben	Verbesserung des Funktionsniveaus zwischen Baseline und nach 12 Monaten (Baseline 41.1; nach 12 Monaten 52.6; $p < 0.05$).	nicht angegeben	Müller et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 26$ • 1 Quasi-experimentelle Längsschnittstudie • Schizophrenie oder schwere psychotische Störung • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 84% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.² 	⊕⊖⊖⊖ ³

¹Hilsenroth et al. (2000): Reliability and validity of DSM-IV axis V. American Journal of Psychiatry 2000; 157: 1858–1863.

²Basierend auf Ergebnis der Expertenbefragung zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

³Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung zu „sehr niedrig“ vorgenommen, da für dieses Outcome keine Kontrollgruppe vorhanden ist.

Schlüsselfrage 3: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **ambulant und stationär abgestimmte Versorgung** erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Subjektive Lebensqualität						
Vergleich mit Standardversorgung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Subjektive Lebensqualität anhand Modularem System zur Lebensqualität (MSLQ-R) ¹	nicht angegeben	Keine Änderung der Subjektiven Lebensqualität in 7 Subskalen zwischen Baseline und nach 12 Monaten (jeweils p-Wert nicht statistisch signifikant): <u>Körperliche Gesundheit</u> Baseline 4.6; nach 12 Monaten 3.9 <u>Vitalität</u> Baseline 4.0; nach 12 Monaten 3.5 <u>Psychosoziale Lebensqualität</u>	nicht angegeben	Müller et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 26$ • 1 Quasi-experimentelle Längsschnittstudie • Schizophrenie oder schwere psychotische Störung • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 84% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.² 	⊕⊕⊕⊕ ³

		<p>Baseline 4.4; nach 12 Monaten 4.4</p> <p><u>Materielle Versorgung</u> Baseline 4.5; nach 12 Monaten 4.7</p> <p><u>Freizeit Lebensqualität</u> Baseline 4.4; nach 12 Monaten 4.2</p> <p><u>Affektive Lebensqualität</u> Baseline 4.6; nach 12 Monaten 4.8</p> <p><u>Leben gesamt</u> Baseline 4.3; nach 12 Monaten 4.8</p>				
--	--	---	--	--	--	--

¹Pukrop et al. (1999): Das Konstrukt Lebensqualität. Metaanalytische Validierung und die Entwicklung eines modularen Erhebungssystems. Der Nervenarzt 1999; 70: 41–53.

²Basierend auf Ergebnis der Expertenbefragung zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

³Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung zu „sehr niedrig“ vorgenommen, da für dieses Outcome keine Kontrollgruppe vorhanden ist.

Schlüsselfrage 3: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **ambulant und stationär abgestimmte Versorgung** erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Veränderung der Symptomatik						
Vergleich mit Standardversorgung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Veränderung der Symptomatik anhand Clinical Global Impression Scale (CGI-Schizophrenia) ¹	nicht angegeben	Verbesserung der Symptomatik in 3 Subskalen zwischen Baseline und nach 12 Monaten: <u>Schweregrad der Krankheit</u> Baseline 5.5; nach 12 Monaten 4.7; $p < 0.01$ <u>Schweregrad positiver Symptome</u> Baseline 3.8; nach 12 Monaten 2.7; $p < 0,001$ <u>Schweregrad kognitiver Symptome</u>	nicht angegeben	Müller et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 26$ • 1 Quasi-experimentelle Längsschnittstudie • Schizophrenie oder schwere psychotische Störung • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 84% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.² 	⊕⊕⊕⊕ ³

		<p>Baseline 4.4; nach 12 Monaten 3.5; $p < 0.05$</p> <p>Verschlechterung der Symptomatik in 2 Subskalen zwischen Baseline und nach 12 Monaten:</p> <p><u>Schweregrad der Schizophrenie</u> Baseline 4.3; nach 12 Monaten 5.1; $p < 0.05$</p> <p><u>Schweregrad negativer Symptome</u> Baseline 3,6; nach 12 Monaten 4.8; $p < 0.05$</p> <p>Keine Änderung der Symptomatik in 1 Subskala zwischen Baseline und nach 12 Monaten:</p>				
--	--	---	--	--	--	--

		<u>Schweregrad depressiver Symptome</u> Baseline 3.3; nach 12 Monaten 4.0; p-Wert nicht signifikant				
--	--	--	--	--	--	--

¹Haro et al. (2003): The Clinical Global Impression–Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica 2003; 107: 16–23.

²Basierend auf Ergebnis der Expertenbefragung zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

³Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung zu „sehr niedrig“ vorgenommen, da für dieses Outcome keine Kontrollgruppe vorhanden ist.

Schlüsselfrage 3: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **ambulant und stationär abgestimmte Versorgung** erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Behandlungsdhärenz						
Vergleich mit Standardversorgung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Behandlungsdhärenz anhand Service Engagement Scale (SES) ¹	nicht angegeben	Verbesserung im „Einlassen des Patienten auf die Behandlung“ zwischen Baseline und nach 12 Monaten (Baseline 8.7; nach 12 Monaten 5.8; p < 0.05).	nicht angegeben	Müller et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 26$ • 1 Quasi-experimentelle Längsschnittstudie • Schizophrenie oder schwere psychotische Störung • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 84% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.² 	⊕⊕⊕⊕ ³

¹Tait et al. (2002): A new scale (SES) to measure engagement with community mental health services. Journal of Mental Health 2002; 11: 191–198.

²Basierend auf Ergebnis der Expertenbefragung zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

³Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung zu „sehr niedrig“ vorgenommen, da für dieses Outcome keine Kontrollgruppe vorhanden ist.

Schlüsselfrage 3: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **ambulant und stationär abgestimmte Versorgung** erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Häufigkeit der stationären Behandlung						
Vergleich mit Standardversorgung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Häufigkeit der stationären Behandlung	53.8% der Teilnehmer:innen in Kontrollgruppe wurden innerhalb von 424 Tagen stationär aufgenommen (kumulative Rate stationäre Aufnahme , entspricht 7 von 13 Personen)	15.3% der Teilnehmer:innen in Interventionsgruppe wurden innerhalb von 424 Tagen stationär aufgenommen (kumulative Rate stationäre Aufnahme , entspricht 2 von 13 Personen)	Odds Ratio 0.16 (95% Konfidenzintervall 0.02 – 1.0) Teilnehmer:innen mit integrierter Versorgung haben ein 84% geringeres Risiko einer stationären Aufnahme innerhalb von 424 Tagen als jene mit Standardversorgung.	Müller et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 26$ • 1 Quasi-experimentelle Längsschnittstudie • Schizophrenie oder schwere psychotische Störung • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 84% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.² 	⊕⊕⊕⊕ ¹
	Differenz In Interventionsgruppe um 38.5 Prozentpunkte höhere Reduktion (entspricht hier 5 von 13 bzw. 39 pro 100 Personen).					

¹Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung aufgrund fehlender Präzision des breiten Konfidenzintervalls vorgenommen.

²Basierend auf Ergebnis der Expertenfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

6.4 Evidenztabellen Schlüsselfrage 4

Schlüsselfrage 4: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die in „besonderen Wohnformen“ unter einem Dach wohnen, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Soziales Funktionsniveau						
Vergleich mit Unterstützung in eigener Wohnung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Soziales Funktionsniveau anhand Social Functioning Scale (SFS) ¹	Vergleich (vermutlich durchschnittlicher) SFS Score zwischen Baseline und t3 (zwei Jahre später): Baseline: 104.9 t3: 106	Vergleich (vermutlich durchschnittlicher) SFS Score zwischen Baseline und t3 (zwei Jahre später): Baseline: 104.8 t3: 107.5	Kein signifikanter Unterschied zwischen Personen mit permanenter Wohnunterstützung gegenüber Personen in eigener Wohnung hinsichtlich des Gesamt SFS Scores ($F = 0.23, p = 0.63, d = 0.09$) ² .	Dehn et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> $n = 124$ (Intention to treat mit Propensity Score matching) 1 prospektive quasi-experimentelle Kohortenstudie „schwere psychische Erkrankung“ Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 69% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊖⊖⊖ ⁴
	Differenz Bei Baseline ist der Mittelwert des Scores in der Interventionsgruppe 0.1 Punkte geringer als in der Kontrollgruppe, bei t3 1.5 Punkte höher.					
Soziales Funktionsniveau anhand Social Functioning Scale (SFS) ¹	Statistisch signifikante Verbesserung des SFS Scores zwischen Baseline und 2 Jahre später (keine konkreten Zahlen berichtet).	Statistisch signifikante Verbesserung des SFS Scores zwischen Baseline und 2 Jahre später (keine konkreten Zahlen berichtet).	Kein signifikanter Unterschied zwischen Personen im stationären Setting/besonderer Wohnform gegenüber Personen in eigener Wohnung (ambulant) hinsichtlich des Gesamt SFS Scores (kein Testergebnis berichtet).	Dehn et al. (2021)	<ul style="list-style-type: none"> $n = 102$ (Per protocol mit Propensity Score matching) 1 prospektive quasi-experimentelle Kohortenstudie „schwere psychische Erkrankung“ 	⊕⊖⊖⊖ ⁴

					<ul style="list-style-type: none"> • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 72% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	
--	--	--	--	--	---	--

¹Birchwood et al. (1990): The social functioning scale: the development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 157:853–859. Iffland et al. (2015): Validation of the German version of the social functioning scale (SFS) for schizophrenia. *PLoS One*.

²Berichtet werden die Kennzahlen der statistischen Analyse, bei denen die Daten aus t2 eingesetzt wurden, falls an t3 fehlende Werte vorlagen (Last Observing Carried Forward Methode).

³Basierend auf Ergebnis der Expertenurfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

⁴Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung zu „sehr niedrig“ vorgenommen, da im Abschlussbericht über das Projekt, das den beiden Publikationen zugrunde liegt, deutlich wurde, dass die Kontrollgruppe auch Wohnformen enthält, die unserer Interventionsdefinition entsprechen. Es liegt hier also eine fehlende Trennschärfe zwischen Interventions- und Kontrollgruppe vor.

Schlüsselfrage 4: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die in „besonderen Wohnformen“ unter einem Dach wohnen, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Einweisungen ins psychiatrische Krankenhaus

Vergleich mit Unterstützung in eigener Wohnung

Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Einweisungen ins psychiatrische Krankenhaus	Vergleich Prävalenz (hier definiert als Anteil der Personen in Kontrollgruppe, die in den letzten 12 Monaten eingewiesen wurden) zwischen Baseline und t3 (zwei Jahre später): Baseline: 9.7% t3: 27.4%	Vergleich Prävalenz (hier definiert als Anteil der Personen in Interventionsgruppe, die in den letzten 12 Monaten eingewiesen wurden) zwischen Baseline und t3 (zwei Jahre später): Baseline: 9.4% t3: 21%	Kein signifikanter Unterschied zwischen Personen mit permanenter Wohnunterstützung im gegenüber Personen in eigener Wohnung hinsichtlich Krankenhaus-einweisungen in den letzten 12 Monaten an t3 (zwei Jahre nach Baseline) ($\chi^2(1) = 0.70, p = 0.53, V = 0.08$).	Dehn et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 124$ (Intention to treat mit Propensity Score matching) • 1 prospektive Kohortenstudie • „schwere psychische Erkrankung“ • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 69% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.¹ 	⊕⊖⊖⊖ ²
	Differenz In der Kontrollgruppe reduzierte sich die Prävalenz um 32,3%, in Interventionsgruppe um 48.4%. In der Interventionsgruppe zeigte sich also eine um 16.1 Prozentpunkte (sprich 16 pro 100 Personen) höhere Reduktion.					
Einweisungen ins psychiatrische	Statistisch signifikante Reduktion stationärer	Statistisch signifikante Reduktion stationärer	Kein signifikanter Unterschied zwischen Personen im stationären Setting/besonderer Wohnform gegen-	Dehn et al. (2021)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 102$ (Per protocol mit Propensity Score matching) 	⊕⊖⊖⊖ ²

Krankenhaus	Aufenthalte zwischen Baseline und 2 Jahre später (keine konkreten Zahlen berichtet).	Aufenthalte zwischen Baseline und 2 Jahre später (keine konkreten Zahlen berichtet).	über Personen in eigener Wohnung (ambulant) hinsichtlich des Gesamt SFS Scores (kein Testergebnis berichtet).		<ul style="list-style-type: none"> • 1 prospektive quasi-experimentelle Kohortenstudie • „schwere psychische Erkrankung“ • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 72% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.¹ 	
--------------------	--	--	---	--	---	--

¹Basierend auf Ergebnis der Expertenfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

²Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung zu „sehr niedrig“ vorgenommen, da im Abschlussbericht über das Projekt, das den beiden Publikationen zugrunde liegt, deutlich wurde, dass die Kontrollgruppe auch Wohnformen enthält, die unserer Interventionsdefinition entsprechen. Es liegt hier also eine fehlende Trennschärfe zwischen Interventions- und Kontrollgruppe vor.

Schlüsselfrage 4: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die in „besonderen Wohnformen“ unter einem Dach wohnen, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Psychopathologische Symptomschwere

Vergleich mit Unterstützung in eigener Wohnung

Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Psychopathologische Symptomschwere anhand 9-item Symptom Checklist (SCL-K-9) ¹	Vergleich (vermutlich durchschnittlicher) SCL-K-9 Score zwischen Baseline und t3 (zwei Jahre später): Baseline: 13.1 t3: 12.7	Vergleich (vermutlich durchschnittlicher) SCL-K-9 Score zwischen Baseline und t3 (zwei Jahre später): Baseline: 11.5 t3: 9.7	Kein signifikanter Unterschied zwischen Personen mit permanenter Wohnunterstützung im gegenüber Personen in eigener Wohnung hinsichtlich des SCL-K-9 Scores ($F = 3.00, p = 0.09, d = 0.31$) ² .	Dehn et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 124$ (Intention to treat mit Propensity Score matching) • 1 prospektive Kohortenstudie • „schwere psychische Erkrankung“ • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 69% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊕⊕ ⁴
	Differenz Bei Baseline ist der Mittelwert des Scores in der Interventionsgruppe 1.6 Punkte geringer als in der Kontrollgruppe, bei t3 3 Punkte geringer.					
Psychopathologische Symptomschwere anhand 9-item Symptom Checklist (SCL-K-9) ¹	Statistisch signifikante Verbesserung des SCL-K-9 Scores zwischen Baseline und 2 Jahre später (keine konkreten Zahlen berichtet).	Statistisch signifikante Verbesserung des SCL-K-9 Scores zwischen Baseline und 2 Jahre später (keine konkreten Zahlen berichtet).	Kein signifikanter Unterschied zwischen Personen im stationären Setting/besonderer Wohnform gegenüber Personen in eigener Wohnung (ambulant) hinsichtlich des Gesamt SFS Scores (kein Testergebnis berichtet).	Dehn et al. (2021)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 102$ (Per protocol mit Propensity Score matching) • 1 prospektive quasi-experimentelle Kohortenstudie • „schwere psychische Erkrankung“ • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunkti- 	⊕⊕⊕⊕ ⁴

					onen bei 72% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind. ³	
--	--	--	--	--	---	--

¹Klaghofer und Brähler (2001): Construction and test statistical evaluation of a short version of the SCL-90-R. Z Für Klin Psychol Psychiatr Psychother 49:115–124; Prinz et al. (2008): The symptom-check-list-90-R (SCL-90-R) and its short versions: psychometric analyses of inpatients with mental disorders. Phys Med Rehabil Kurortmed 18:337–343.

²Berichtet werden die Kennzahlen der statistischen Analyse, bei denen die Daten aus t2 eingesetzt wurden, falls an t3 fehlende Werte vorlagen (Last Observing Carried Forward Methode).

³Basierend auf Ergebnis der Expertenurfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

⁴Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung zu „sehr niedrig“ vorgenommen, da im Abschlussbericht über das Projekt, das den beiden Publikationen zugrunde liegt, deutlich wurde, dass die Kontrollgruppe auch Wohnformen enthält, die unserer Interventionsdefinition entsprechen. Es liegt hier also eine fehlende Trennschärfe zwischen Interventions- und Kontrollgruppe vor.

Schlüsselfrage 4: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die in „besonderen Wohnformen“ unter einem Dach wohnen, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Lebensqualität						
Vergleich mit Unterstützung in eigener Wohnung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Lebensqualität (Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) ¹)	Vergleich (vermutlich durchschnittlicher) MANSA Score zwischen Baseline und t3 (zwei Jahre später): Baseline: 38.5 t3: 42.5	Vergleich (vermutlich durchschnittlicher) MANSA Score zwischen Baseline und t3 (zwei Jahre später): Baseline: 38 t3: 41.9	Kein signifikanter Unterschied zwischen Personen mit permanenter Wohnunterstützung gegenüber Personen in eigener Wohnung hinsichtlich des MANSA Scores ($F = 0.07, p = 0.79, d = 0.06$) ² .	Dehn et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 124$ (Intention to treat mit Propensity Score matching) • 1 prospektive Kohortenstudie • „schwere psychische Erkrankung“ • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 69% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊕⊕ ⁴
	Differenz Bei Baseline ist der Mittelwert des Scores in der Interventionsgruppe 0.5 Punkte geringer als in der Kontrollgruppe, bei t3 0.6 Punkte geringer.					
Lebensqualität (Manchester Short Assessment of Qualität of Life (MANSA) ¹)	Statistisch signifikante Verbesserung des MANSA Scores zwischen Baseline und 2 Jahre später (keine konkreten Zahlen berichtet).	Statistisch signifikante Verbesserung des MANSA Scores zwischen Baseline und 2 Jahre später (keine konkreten Zahlen berichtet).	Kein signifikanter Unterschied zwischen Personen im stationären Setting/ besonderer Wohnform gegenüber Personen in eigener Wohnung (ambulant) hinsichtlich des Gesamt SFS Scores (kein Testergebnis berichtet).	Dehn et al. (2021)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 102$ (Per protocol mit Propensity Score matching) • 1 prospektive quasi-experimentelle Kohortenstudie • „schwere psychische Erkrankung“ • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktio- 	⊕⊕⊕⊕ ⁴

					onen bei 72% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind. ³	
--	--	--	--	--	---	--

¹Priebe et al. (1999): Application and results of the manchester short assessment of quality of life (MANSA). Int J Soc Psychiatry 45:7–12.

²Berichtet werden die Kennzahlen der statistischen Analyse, bei denen die Daten aus t2 eingesetzt wurden, falls an t3 fehlende Werte vorlagen (Last Observing Carried Forward Methode).

³Basierend auf Ergebnis der Expertenfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

⁴Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung zu „sehr niedrig“ vorgenommen, da im Abschlussbericht über das Projekt, das den beiden Publikationen zugrunde liegt, deutlich wurde, dass die Kontrollgruppe auch Wohnformen enthält, die unserer Interventionsdefinition entsprechen. Es liegt hier also eine fehlende Trennschärfe zwischen Interventions- und Kontrollgruppe vor.

6.5 Evidenztabellen Schlüsselfrage 5

Schlüsselfrage 5: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulant koordinierte Versorgung erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Funktionsfähigkeit						
Vergleich mit Standardversorgung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Funktionsfähigkeit short term anhand des Durchschnittlichen Global Assessment of Functioning Scale (GAF) ¹ Scores, Messung nach weniger als 6 Monaten	nicht angegeben	nicht angegeben	Mean Difference 2.07 (95% Konfidenzintervall 0.28 – 3.86) Der GAF Score von Personen mit Intensive Case Management ist kurzfristig im Mittel 2 Punkte höher als der GAF Score der Personen mit Standardversorgung.	Dieterich et al. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 797$ • Meta-Analyse aus $k = 4$ Randomisierten kontrollierten Studien₁ • Schwere psychische Erkrankung (1 Studie), Psychotische Erkrankung (1 Studie), primäre psychiatrische Diagnose (2 Studien) • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 67% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊕⊖ ⁴
Funktionsfähigkeit medium term anhand des durchschnittlichen Global Assessment of Functioning Scale	nicht angegeben	nicht angegeben	Mean Difference 0.09 (95% Konfidenzintervall - 3.11 – 3.28) Der GAF Score von Personen mit Intensive Case Management unterscheidet sich mittelfristig nicht gegenüber	Dieterich et al. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 722$ • Meta-Analyse aus $k = 3$ Randomisierten kontrollierten Studien₁ • Psychotische Erkrankung (1 Studie), primäre psychiatrische Diagnose (2 Studien) 	⊕⊕⊖⊖ ⁵

(GAF) ¹ Scores, Mes- sung nach 7- 12 Monaten			dem GAF Score der Perso- nen mit Standard-versor- gung.		<ul style="list-style-type: none"> • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktio- nen bei 66% der Pati- ent:innen schwer beein- trächtigt sind.³ 	
Funktions- fähigkeit long term anhand des durchschnitt- lichen Global Assessment of Function- ing Scale (GAF) ¹ Scores, Mes- sung nach mehr als 12 Monaten	nicht angegeben	nicht angegeben	Mean Difference 3.41 (95% Konfidenzintervall 1.66 – 5.16) Der GAF Score von Perso- nen mit Intensive Case Ma- nagement ist langfristig im Mittel 3 Punkte höher als der GAF Score der Personen mit Standard-versorgung.	Dieterich et al. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 818$ • Meta-Analyse aus $k = 5$ Randomisierten kontrol- lierten Studien₁ • Schwere psychische Er- krankung (2 Studien), Psychotische Erkrankung (1 Studie), primäre psy- chiatrische Diagnose (2 Studien) • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktio- nen bei 67% der Pati- ent:innen schwer beein- trächtigt sind.³ 	⊕⊕⊕⊖ ⁴

¹American Psychiatric Association (1987): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.

²Davon entsprechen 2 zwei verschiedenen Studienzentren innerhalb einer Studie (wird in Cochrane Review als 2 Studien bezeichnet).

³Basierend auf Ergebnis der Expertenbefragung zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

⁴Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung zu „moderat“, da Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) im Review hohes Biasrisiko hinsichtlich Verblindung von Studienteilnehmer:innen sowie Selektivem Berichten ergab.

⁵Weitere Herabstufung zu „niedrig“ aufgrund der hohen Heterogenität der Studien ($I^2 = 55\%$).

Schlüsselfrage 5: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **ambulant koordinierte Versorgung** erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Psychische Lebensqualität						
Vergleich gegen Standardversorgung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Psychische Lebensqualität anhand 12-item Short Form (SF-12) - Mental Health oder 36-item Short Form (SF-36) - Mental Health ¹	nicht angegeben	nicht angegeben	Hedge's g 0.26 (95% Konfidenzintervall 0.02 – 0.51) Die mentale Lebensqualität unterscheidet sich in geringem ² Ausmaß zwischen Personen mit Care Management und Personen mit Standard Outpatient care.	Lim et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 304$ • Meta-Analyse aus $k = 3$ Randomisierten kontrollierten Studien • Bipolare Störung und Schizophrenie • internalisierendes und Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 75% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊖⊖ ⁴

¹Kilbourne et al. (2008): Service delivery in older patients with bipolar disorder: a review and development of a medical care model. *Bipolar Disorders*. 2008; 10:672–683.;

Montazeri et al. (2005): The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*. 2005; 14:875-82.

²Cohen (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: <https://rpsychologist.com/cohend/>

³Basierend auf Ergebnis der Expertenbefragung zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.). Einschätzung der Persönlichkeitsfunktionen basierend auf der Annahme, dass bei allen Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorliegt. Einschlusskriterium der Meta-Analyse war jedoch lediglich, dass in den jeweiligen Einzelstudien bei der Mehrheit der Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorlag.

⁴Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung zu „moderat“ aufgrund methodischer Schwächen laut AMSTAR Checkliste (Coenen et al. 2013) (z. B. fehlende Angabe des Suchzeitraums). Weitere Herabstufung zu „niedrig“ aufgrund von fehlender Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

Schlüsselfrage 5: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **ambulant koordinierte Versorgung** erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Erwerbsstatus						
Vergleich mit Standardversorgung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Erwerbsstatus medium term (Erwerbslosigkeit am Ende der Studie, Messung nach 7-12 Monaten)	461 Fälle bei 572 Teilnehmenden mit Standardversorgung (entspricht 806 Fällen auf 1000 Personen und somit Risiko von 0.81)	398 Fälle bei 564 Teilnehmenden mit Intensive Case management (entspricht 706 Fällen auf 1000 Personen und somit Risiko von 0.71)	Risk Ratio 0.89 (95% Konfidenzintervall 0.79 – 1) Personen mit Intensive Case Management haben tendenziell ein 11% geringeres Risiko mittelfristig erwerbslos zu sein als Personen mit Standardversorgung.	Dieterich et al. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 1\ 136$ • Meta-Analyse aus $k = 4$ Randomisierten kontrollierten Studien¹ • Schwere psychische Erkrankung (3 Studien), Schizophrenie oder schizophrenieähnliche Psychose (1 Studie) • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 83% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.² 	⊕⊕⊕⊕ ³
	Differenz Die Differenz entspricht 100 Fälle weniger pro 1000 Personen in der Interventionsgruppe.					
Erwerbsstatus long term (Erwerbslosigkeit am Ende der Studie, Messung nach mehr als 12 Monaten)	436 Fälle bei 569 Teilnehmenden mit Standardversorgung (entspricht 766 Fällen auf 1000 Personen und somit Risiko von 0.77)	315 Fälle bei 560 Teilnehmenden mit Intensive Case management (entspricht 563 Fällen auf 1000 Personen und somit Risiko von 0.56)	Risk Ratio 0.70 (95% Konfidenzintervall 0.49 – 1) Personen mit Intensive Case Management haben tendenziell ein 30% geringeres Risiko langfristig erwerbslos zu sein als Personen mit Standardversorgung.	Dieterich et al. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 1\ 129$ • Meta-Analyse aus $k = 4$ Randomisierten kontrollierten Studien¹ • Schwere psychische Erkrankung (2 Studien), Schizophrenie oder Bipolare Störung (1 Studie), Schizophrenie oder schizophrenieähnliche Psychose (1 Studie) 	⊕⊕⊕⊕ ³
	Differenz					

	Die Differenz entspricht 203 Fälle weniger pro 1000 Personen in der Interventionsgruppe.			<ul style="list-style-type: none"> • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 83% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.² 	
--	--	--	--	---	--

¹Davon entsprechen 2 zwei verschiedenen Studienzentren innerhalb einer Studie (wird in Cochrane Review als 2 Studien bezeichnet).

²Basierend auf Ergebnis der Expertenbefragung zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

³Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung zu „moderat“, da Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) im Review hohes Biasrisiko hinsichtlich Verblindung von Studienteilnehmer:innen sowie Selektivem Berichten ergab. Weitere Herabstufung zu „niedrig“ aufgrund von Inkonsistenz, da signifikante Heterogenität zwischen den Studien bzw. ein hoher mit Studiendifferenzen zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien (I^2 75% bzw. 94%) vorlag.

6.6 Evidenztabellen Schlüsselfrage 9

Relevanz von therapeutischer Beziehung für Patient:innen

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?							
Erfahrungen von Patient:innen und Angehörigen mit frühen Interventionsangeboten							
Zusammenfassendes Ergebnis der Meta-Analyse	Methodologische Limitationen	Kohärenz	Adäquatheit der Daten	Relevanz	Referenz	Studienbasis	GRADE-CERQual Qualität
Patient:innen und Angehörige schreiben einer engen Beziehung zu Mitarbeiter:innen der Frühinterventions-Dienste die wichtigste Rolle in ihrer Genesung zu. Eine enge therapeutische Beziehung fördert das Gefühl von Handlungsfähigkeit, die Interaktion mit Anderen und verbessert das Identitätsgefühl. Die Beziehung wird dann als besonders hilfreich empfunden, wenn sie die Mitarbeitenden ruhig, warm und nahbar sind, „einfache“ Sprache verwenden und eine	keine oder sehr geringe Bedenken Begründung: Die Autor:innen haben eine systematische Qualitätsbewertung durchgeführt, der Range geht von 18-28 (von 30), Bewertung durch 2 Autor:innen unabhängig voneinander. Der Body of Data wurde durch Thematische Analyse, basierend auf kritischem Realismus, erarbeitet. Es wurden Kernthemen und Subthemen herausgearbeitet.	keine oder sehr geringe Bedenken Begründung: Die Themen pro Studie sind übersichtlich dargestellt. Die Einzelbefunde stimmen mit dem Gesamtbefund gut überein.	keine oder sehr geringe Bedenken Begründung: Anzahl von Studien und Patient:innen sind hoch, die Richness ist mittelmäßig, aber es ist gut erklärt, wie hilfreiche Beziehungen gestaltet sein sollten (dieser Aspekt ist reichhaltig und dieser ist für unsere LL relevant).	keine oder sehr geringe Bedenken Begründung: Die Studien stammen vor allem aus Australien und UK, sind sie auf Deutschland übertragbar? --> vermutlich ja, was die Beziehung angeht; die frühen Interventionen selbst könnten hier anders aussehen. Aufgrund der hohen Relevanz für Patienten in Deutschland (siehe Rohenkohl et al. 2023) als insgesamt direkt relevant eingestuft. 4 Datenbanken wurden systematisch durchsucht.	Loughlin et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> • $k = 14$ Studien • $n = 340$ Patient:innen und Angehörige • P: Patient:innen mit Schizophrenie und/oder Bipolare Störungen 	⊕⊕⊕⊕

nicht-bewertende Haltung einnehmen.							
-------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?

Erfahrungen von Patient:innen mit Psychotherapie bei Selbstverletzungen

Zusammenfassendes Ergebnis der Meta-Analyse	Methodologische Limitationen	Kohärenz	Adäquatheit der Daten	Relevanz	Referenz	Studienbasis	GRADE-CERQual Qualität
Der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, die auf Geduld beruht und nicht bewertend ist, war für den wahrgenommenen Erfolg der Therapie entscheidend, die für jede Person einzigartig war und oft über die Reduzierung des selbstverletzenden Verhaltens hinausging. Der Prozess der Entwicklung von Vertrauen ist komplex und nicht-linear; es benötigt Zeit und Geduld, damit Patient:innen sich sicher fühlen können, wobei die Grenzen der Beziehung auch immer wieder ausgetestet werden, um ein Gefühl von Sicherheit etablieren zu können.	keine oder sehr geringe Bedenken	keine oder sehr geringe Bedenken	geringe Bedenken	keine oder sehr geringe Bedenken	Haw et al. (2023)	<ul style="list-style-type: none"> • $k = 10$ Studien • $n = 104$ Patient:innen • P: Patient:innen in Einzelpsychotherapie aufgrund von Selbstverletzungen 	⊕⊕⊕⊕
	Begründung: Qualitätsbeurteilung der Einzelstudien anhand von CASP, die Reflexivität ist hoch. Body of Data wird basierend auf gründlichem meta-ethnographischem Vorgehen erarbeitet. Das Review wurde in PROSPERO präregistriert.	Begründung: Die Themen pro Artikel sind im Anhang (Tab. 1) dargestellt. 9 von 10 Studien fanden die Beziehung wichtig als "vehicle for change". Hohe Kohärenz auch bezüglich des Themas Vertrauen als Grundlage von Veränderung. Einzelbefunde stimmen mit dem Gesamtbefund gut überein	Begründung: Die Quantität ist hoch, die Richness mittelgradig. Im Anhang finden sich noch einige Beispiele für Zitate - insgesamt eine gute Mischung aus Fülle und Prägnanz.	Begründung: 1 Studie aus Deutschland dabei, sonst aus UK, Schweden und Iran. Die Patientenpopulation passt zu unserer Fragestellung. 4 DB durchsucht, systematisches Vorgehen Einschätzung: direkte Relevanz: es sind Pat. mit SBPF betroffen			

<p>Ohne eine vertrauensvolle Beziehung wird der therapeutische Raum als unsicher erlebt und Patient:innen halten dann entweder Informationen zurück oder werden demotiviert bezüglich der Therapie. Dies kann zu verzögertem Bericht von selbstverletzenden Tendenzen führen und damit die Gefahren erhöhen.</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?

Erfahrungen von Kliniker:innen im Umgang mit Patient:innen mit SBPF

Zusammenfassendes Ergebnis der Meta-Analyse	Methodologische Limitationen	Kohärenz	Adäquatheit der Daten	Relevanz	Referenz	Studienbasis	GRADE-CERQual Qualität
Starke, vertrauensvolle Beziehungen zwischen Kliniker:innen und Patient:innen sind der Schlüssel zum Behandlungserfolg. Die Erfahrungen der Kliniker:innen mit solchen Beziehungen sind jedoch unterschiedlich. Einerseits gibt es positive Aspekte (die Patient:innen werden als "verlässlich", "ehrlich" und „kreativ“ erlebt und die eigene Rolle als hilfreich), andererseits gibt es häufig negative Gefühle und Burnout-Erfahrungen (die Pat. werden als „anspruchsvoll", "herausfordernd", "riskant", "abhängig", "selbsterstörerisch", "manipulativ", "nicht konform", "unbehandelbar" und "grenzüberschreitend" erlebt).	geringe Bedenken Begründung: Gründliche Qualitätsbeurteilung der Einzelstudien anhand von CASP, dabei zeigte sich eine teilweise geringe Qualität oder fehlende Informationen zur Einschätzung der Qualität in Einzelstudien. Der Body of Data wurde mittels thematischer Analyse mit der Software Nvivo erarbeitet. Durch dieses Vorgehen wurden Verzerrungen reduziert, aber möglicherweise auf Kosten der Tiefe der Analyse.	moderate Bedenken Begründung: Die Themen sind nicht systematisch pro Studie dargestellt; es sind einzelne Studien pro Thema referenziert, aber nicht alle.	geringe Bedenken Begründung: Die Quantität ist hoch, die Richness sehr gut.	geringe Bedenken Begründung: Es wurden 6 Datenbanken durchsucht, systematisches Vorgehen bei Ein- und Ausschluss der Artikel. Studienteilnehmende sind Kliniker:innen und Verwaltungsmitarbeitende, die mit "Patient:innen mit komplexen emotionalen Bedürfnissen" arbeiten (de facto sind es meist Pat. mit BPD); es ist keine Studie aus Deutschland dabei, sondern v.a. aus UK, Australien, Schweden, aber auch Südafrika und den USA. Allerdings wäre es überraschend, wenn die Befunde nicht auf Dtl. zutreffen würden, außer bei den Ergebnissen zu Supervision und Unterschieden zwischen Versorgungssektoren, da diese	Troup et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> • $k = 27$ Stichproben • $n = 550$ Therapeut:innen • P: Therapeut:innen von Menschen mit SBPF 	⊕⊕⊕⊖ ⁶

<p>Die Schwierigkeiten der Pat. wurden als dauerhaft und dringlich angesehen. Kliniker:innen können sich von "einem bodenlosen Pool von Bedürfnissen" überwältigt fühlen, zumal häufig auch komorbide Diagnosen und umfassendere soziale Probleme in Bezug auf Wohnung, Beschäftigung, Finanzen und soziale Netzwerke vorliegen. Kliniker:innen erleben sich häufig von den Pat. idealisiert und haben das Gefühl, dass nichts, was sie tun, gut genug ist. Während der Aufbau einer authentischen Beziehung zu den Pat. als unerlässlich angesehen wurde, gaben die Kliniker:innen auch an, dass sie befürchteten, ausgesaugt und emotional überfordert zu werden, sich verletztlich zu fühlen und gefährlich nahe daran zu sein, ihr Selbstwertgefühl zu verlieren. Supervision und bessere Ausbildung können diese</p>				<p>abhängig vom Versorgungssystem sind, daher indirekte Relevanz.</p>			
---	--	--	--	---	--	--	--

negativen Einstellungen aus Sicht der Kliniker:innen reduzieren und das Verstehen der Pat. verbessern.							
---	--	--	--	--	--	--	--

⁶Herabstufung wegen geringer Bedenken bezüglich methodologischer Limitationen, der Adäquatheit der Daten und der Relevanz. Moderate Bedenken bezüglich der Kohärenz, die aber nicht so stark ins Gewicht fallen, daher insgesamt moderate Qualität.

Therapeutische Beziehung als Zielgröße

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?						
Effekt von Shared Decision Making auf Therapeutische Beziehung						
Vergleich mit Treatment as usual						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität
Therapeutische Beziehung ¹	nicht einzeln angeben	nicht einzeln angeben	<p>Hedge's $g = 0.21$ (95% CI 0.07-0.35)</p> <p>Dies entspricht der Effektgröße nach Ausschluss einer Studie, die hohe Heterogenität verursacht hatte; nach diesem Ausschluss lag das I^2 bei 20% (entsprechend einer geringen Heterogenität).</p> <p>Interventionen zur Stärkung der partizipativen Entscheidung („Shared Decision Making“), im persönlichen Kontakt (Einzel- oder Gruppen setting) verbessern die therapeutische Beziehung, vor allem hinsichtlich der Allianz und der Qualität der Kommunikation, geringfügig² im Vergleich zu Treatment as usual.</p>	Stovell et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • $k = 11$ RCTs, Meta-Analyse • $n = 1168$ Patient:innen • P: Patient:innen mit mit Störung aus dem Schizophrenie-Spektrum 	⊕⊕⊕⊖ ^{5,6}

¹Messung anhand verschiedener Konstrukte (Allianz, Qualität der Kommunikation, Zufriedenheit mit der Gesundheitsfachkraft) und Erhebungsinstrumente.

² Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: <https://rpsychologist.com/cohend/>

⁵Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus randomisierten kontrollierten Studien handelt. Geringes Biasrisiko (10 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt).

⁶Herabstufung wegen geringer Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?

Interpersonelle Dynamiken und therapeutische Beziehung

Zusammenfassendes Ergebnis der Meta-Analyse	Methodologische Limitationen	Kohärenz	Adäquatheit der Daten	Relevanz	Referenz	Studienbasis	GRADE-CERQual Qualität
<p>Pat. erleben andere Personen häufig als unzuverlässig, d. h. als nicht verfügbar, kontrollierend und überprotektiv. Um sich an diese unzuverlässigen Personen anzupassen, versuchen sie, ihnen zu gefallen und sie zu kontrollieren, z. B. indem sie ihren Gefühlsausdruck unterdrücken. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass es für Fachkräfte im Gesundheitswesen von Vorteil wäre, eine stärker interpersonelle Perspektive auf Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation einzunehmen.</p>	<p>keine oder geringe Bedenken</p>	<p>keine oder geringe Bedenken</p>	<p>geringe Bedenken</p>	<p>moderate Bedenken</p>	<p>Krivzov et al. (2021)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • $k = 22$ Fallstudien • $n = 23$ Patient:innen • P: Patient:innen mit funktionellem somatischem Syndrom 	<p>⊕⊕⊕⊖⁶</p>
	<p>Begründung: Das Ursprungsmaterial wurde umfassend beurteilt, sehr aufwändige Datenextraktion und Ausschluss theorielastiger Sätze. Hohe Reflexivität (z. B. wurde die Gruppe der Forschenden explizit erweitert, um verschiedene Perspektiven zu berücksichtigen). Body of Data: Die Studien wurden mittels thematischer Analyse vor dem Hintergrund des Kritischen Realismus sorgfältig zusammengefasst.</p>	<p>Begründung: Die Themen pro Studie sind im Supplement auflistet. Gesamtbefund und Einzelbefunden stimmen sehr gut überein. Dabei zeigt sich eine hohe Kohärenz (z. B. dass das Gegenüber als nicht-verlässlich erlebt wird, kam in 22 von 23 der Fälle vor).</p>	<p>Begründung: Die Reichhaltigkeit der Ergebnisse ist hoch, die Quantität jedoch moderat (23 Fälle).</p>	<p>Begründung: Es ist unbekannt, aus welchem Land die Patient:innen stammen bzw. wo die Therapie stattfand. Das P ist nur teilweise passend (z. B. gibt es auch Fälle mit chronischer Fatigue), daher nur partielle Relevanz. Die Fälle wurden aus dem Single Case Archive (SCA) gewonnen, der größten Datenbank für Einzelfallbeschreibungen, die sich aus dem systematischen Screening großer begutachteter Zeitschriften speist. Auswahlkriterium war vor allem die diagnostische Passung.</p>			

⁶Herabstufung wegen geringer Bedenken bezüglich der Adäquatheit der Daten und moderater Bedenken bzgl. der Relevanz.

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?

Selbstöffnung und Unmittelbarkeit							
Zusammenfassendes Ergebnis der Meta-Analyse	Methodologische Limitationen	Kohärenz	Adäquatheit der Daten	Relevanz	Referenz	Studienbasis	GRADE-CERQual Qualität
Nachdem Therapeut:innen etwas sagen, das etwas Persönliches (jenseits der Therapie) über sie vermittelt („Selbstöffnung“), kommt es am häufigsten zu einer Stärkung der therapeutischen Beziehung, gefolgt von einer Besserung des psychischen Befindens der Patient:innen und der Einsicht. Bei einem Viertel der Fälle ist die Selbstöffnung jedoch nicht hilfreich für die Patient:in, in 5% der Fälle ist sie negativ	moderate Bedenken	keine oder geringe Bedenken	moderate Bedenken	ernsthafte Bedenken	Hill et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • $k = 21$ Studien • $n = 184$ Patient:innen • P: Patient:innen in Psychotherapie 	⊕⊕⊕⊕
	Begründung: Die Qualität der Einzelstudien wurde nur beispielhaft beurteilt. Positiv zu bewerten ist, dass Transkripte analysiert wurden. Der Body of data wurde mittels Auszählung zusammengefasst, was zwar systematisch und gut nachvollziehbar ist, aber den Vorteil von qualitativer Arbeit nivelliert.	Begründung: Die Datenextraktion pro Studie ist sehr genau aufgelistet. Die Kohärenz der Befunde bezüglich der therapeutischen Beziehung ist sehr hoch.	Begründung: Das N pro Befund ist übersichtlich dargestellt. Die Quantität ist hoch, die Tiefe der Analyse und damit die Reichhaltigkeit sind jedoch eher gering.	Begründung: Es wird nur für eine der Einzelstudien eindeutig klar, ob die Patientenpopulation für unsere LL passt, daher nur partielle Relevanz (mit Tendenz in Richtung „unklare Relevanz“). Es wurde 1 Datenbank systematisch durchsucht und Autor:innen angeschrieben. Auch unpublizierte Studien wurden berücksichtigt.			

für die Therapeut:in.							
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--

⁶ Der Hauptgrund für die als insgesamt sehr niedrig eingeschätzte Qualität ist die für die vorliegende Leitlinie unklare bzw. nur partielle Relevanz der Ergebnisse.

Merkmale der therapeutischen Beziehung als Wirkfaktoren bezogen auf das Ergebnis der Psychotherapie

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?						
Wirkfaktor Zielkonsens						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität
Ergebnis der Psychotherapie ¹	nicht zutreffend	nicht zutreffend	<p>Korrelation $r = 0.24$ (95% CI 0.19 – 0.28)</p> <p>Effektstärke $d = 0.49$ (95% CI 0.39; 0.58)</p> <p>Stimmen Therapeut:innen und Patient:innen hinsichtlich der Ziele von Psychotherapie und die Art, wie diese erreicht werden sollen, überein, dann ist das Ergebnis der Psychotherapie geringfügig besser. Bei einem Cohen's d von 0.49 werden 69% der "Behandlungs"-Gruppe über dem Mittelwert der "Kontroll"-Gruppe liegen, 81% der beiden Gruppen werden sich überschneiden, und es besteht eine 63%ige Chance, dass eine zufällig aus der "Behandlungs"-Gruppe ausgewählte Person</p>	Tryon et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • $k = 54$ Studien • $n = 7.278$ Patient:innen • P: Patient:innen in Psychotherapie 	⊕⊕⊕⊕ ^{5,6}

			ein besseres Therapieergebnis erzielt als eine zufällig aus der "Kontroll"-Gruppe ausgewählte Person. ²			
Wirkfaktor Kooperation						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität
Ergebnis der Psychotherapie¹	nicht zutreffend	nicht zutreffend	<p>Korrelation $r = 0.29$ (95% CI 0.24 - 0.34)</p> <p>Effekstärke $d = 0,61$ (95% CI 0.49; 0.72)</p> <p>Gehen Therapeut:innen und Patient:innen eine respektvolle, wechselseitig kooperative Beziehung ein, dann ist das Ergebnis der Psychotherapie moderat besser. Bei einem Cohen's d von 0.61 werden 73% der "Behandlungs"-Gruppe über dem Mittelwert der "Kontroll"-Gruppe liegen, 76% der beiden Gruppen werden sich überschneiden, und es besteht eine 67%ige Chance, dass eine zufällig aus der "Behandlungs"-Gruppe ausgewählte Person</p>	Tryon et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • $k = 53$ Studien • $n = 5.286$ Patient:innen • P: Patient:innen in Psychotherapie 	⊕⊕⊕⊕ ^{5,6}

			ein besseres Therapieergebnis erzielt als eine zufällig aus der "Kontroll"-Gruppe ausgewählte Person. ²			
--	--	--	--	--	--	--

¹Alle Outcomes wurden aggregiert. Wenn mehrere Outcomes in einer Originalarbeit untersucht wurden, haben die Autor:innen gemittelte Koeffizienten pro Studie berechnet.

²Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: <https://rpsychologist.com/cohend/>

⁵Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Beobachtungsstudien handelt.

⁶Herabstufung wegen hohem Biasrisiko (6 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt), zudem Inkonsistenz (bei beträchtlicher Heterogenität der Ergebnisse).

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?

Wirkfaktor Erwartungen an das Behandlungsergebnis						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität
Ergebnis der Psychotherapie ¹	nicht zutreffend	nicht zutreffend	<p>Korrelation $r = 0.18$ (95% CI 0.14 - 0.22)</p> <p>Effektstärke $d = 0.36$ (95% CI n.a.)</p> <p>Wenn Patient:innen vermuten, dass sie gut auf die Behandlung ansprechen werden, in der sie sich befinden oder die sie im Begriff sind zu beginnen, dann ist das Ergebnis der Psychotherapie geringfügig besser. Es wird vermutet, dass dieser Effekt durch „Re-Moralisierung“ entsteht. Bei einem Cohen's d von 0.36 werden 64% der "Behandlungs"-Gruppe über dem Mittelwert der "Kontroll"-Gruppe liegen, 86% der beiden Gruppen werden sich überschneiden, und es besteht eine 60%ige Chance, dass eine zufällig aus der "Behandlungs"-Gruppe ausgewählte Person ein besseres Therapieergebnis erzielt als eine zufällig aus der "Kontroll"-Gruppe ausgewählte Person.²</p>	Constantino et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • $k = 72$ Studien, 81 Stichproben • $n = 12.722$ Patient:innen • P: Patient:innen, mindestens 3 Sitzungen in Psychotherapie 	⊕⊕⊕⊕ ^{5,6}

¹Alle Outcomes wurden aggregiert. Wenn mehrere Outcomes in einer Originalarbeit untersucht wurden, haben die Autor:innen gemittelte Koeffizienten pro Studie berechnet.

²Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: <https://rpsychologist.com/cohend/>

⁵Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Beobachtungsstudien handelt.

⁶Herabstufung wegen hohem Biasrisiko (4 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt), zudem Inkonsistenz (bei beträchtlicher Heterogenität der Ergebnisse, $I^2=76\%$), die jedoch mittels Moderatorenanalyse adressiert wurde.

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?

Wirkfaktor Empathie						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität
Ergebnis der Psychotherapie ¹	nicht zutreffend	nicht zutreffend	<p>Korrelation $r = 0.28$ (95% CI 0.23 – 0.33)</p> <p>Effektstärke $d = 0.58$ (95% CI n.a.)</p> <p>Effekt bei schwer Erkrankten: ($k = 15$); $r = 0.32$ (95% CI n.a.)</p> <p>Wenn die therapeutische Beziehung durch Empathie geprägt ist (definiert durch: 1. empathische Resonanz der Therapeut:in auf die Pat., 2. zum Ausdruck gebrachtes Verstehen der Sicht der Patient:in und ihrer Werte und 3. das durch die Patient:in erlebte Verstandenwerden in der Therapie), dann ist das Ergebnis der Psychotherapie moderat besser.</p>	Elliott et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • $k = 82$ Stichproben • $n = 6.138$ Patient:innen • P: Patient:innen in Psychotherapie (die Ergebnisse wurden in einer Moderatorenanalyse nach der Diagnosegruppe stratifiziert) 	⊕⊕⊕⊕ ^{5,6}

			<p>Bei schwer Erkrankten ist dieser Effekt stärker ausgeprägt als bei Patient:innen mit geringerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen.</p> <p>Bei einem Cohen's <i>d</i> von 0.58 werden 72% der "Behandlungs"-Gruppe über dem Mittelwert der "Kontroll"-Gruppe liegen, 77% der beiden Gruppen werden sich überschneiden, und es besteht eine 66%ige Chance, dass eine zufällig aus der "Behandlungs"-Gruppe ausgewählte Person ein besseres Therapieergebnis erzielt als eine zufällig aus der "Kontroll"-Gruppe ausgewählte Person.²</p>			
--	--	--	---	--	--	--

¹Alle Outcomes wurden aggregiert. Wenn mehrere Outcomes in einer Originalarbeit untersucht wurden, haben die Autor:innen gemittelte Koeffizienten pro Studie berechnet.

²Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: <https://rpsychologist.com/cohend/>

⁵Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Beobachtungsstudien handelt.

⁶Herabstufung wegen hohem Biasrisiko (6 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt), zudem Inkonsistenz (bei beträchtlicher Heterogenität der Ergebnisse, $I^2=72\%$), die allerdings durch eine Moderatorenanalyse adressiert wurde.

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?

Wirkfaktor Positive Wertschätzung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität
Ergebnis der Psychotherapie ¹	nicht zutreffend	nicht zutreffend	<p>Hedges $g = 0.36$ (95% CI 0.28 - 0.44) bei Berücksichtigung der geclusterten Datenstruktur</p> <p>Der Effekt war bei schwer Erkrankten ($k = 12$) geringer als bei Patient:innen mit Angststörungen/Depression, allerdings wurden keine separaten Effektschätzer dafür angegeben.</p> <p>Wenn die therapeutische Beziehung durch Akzeptanz und positive Wertschätzung geprägt ist, dann ist das Ergebnis der Psychotherapie geringfügig besser.</p> <p>Möglicherweise „funktioniert“ dieses Verhalten bei schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen weniger gut.</p> <p>Bei einem Hedges g von 0.36 werden 64% der "Behandlungs"-Gruppe über dem Mittelwert der "Kontroll"-Gruppe liegen, 86%</p>	Farber et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • $k = 64$ Studien • $n = 3.528$ Patient:innen • P: Patient:innen in Psychotherapie 	⊕⊕⊕⊕ ^{5,6}

			<p>der beiden Gruppen werden sich überschneiden, und es besteht eine 60%ige Chance, dass eine zufällig aus der "Behandlungs"-Gruppe ausgewählte Person ein besseres Therapieergebnis erzielt als eine zufällig aus der "Kontroll"-Gruppe ausgewählte Person.²</p>			
--	--	--	--	--	--	--

¹Alle Outcomes wurden aggregiert. Wenn mehrere Outcomes in einer Originalarbeit untersucht wurden, haben die Autor:innen gemittelte Koeffizienten pro Studie berechnet.

²Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: <https://rpsychologist.com/cohend/>

⁵Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Beobachtungsstudien handelt.

⁶Herabstufung wegen hohem Biasrisiko (4 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt), zudem Inkonsistenz (bei beträchtlicher Heterogenität der Ergebnisse, $I^2=67%$, wobei diese durch Moderatorenanalyse adressiert wurde) und Verdacht auf Publikationsbias (basierend auf Funnelplot und Fail-Safe-N).

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?

Wirkfaktor Realbeziehung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität
Ergebnis der Psychotherapie ¹	nicht zutreffend	nicht zutreffend	<p>Korrelation $r = 0.38$ (95% CI 0.30 – 0.44)</p> <p>Effektstärke $d = 0.80$ (95% CI n.a.)</p> <p>Je realistischer sich die Beteiligten einer therapeutischen Beziehung gegenseitig erleben und wahrnehmen und je aufrichtiger sie miteinander umgehen, desto stärker ist die so genannte Realbeziehung. Das Ergebnis der Psychotherapie hängt damit deutlich zusammen.</p> <p>Bei einem Cohen's d von 0.80 werden 79% der "Behandlungs"-Gruppe über dem Mittelwert der "Kontroll"-Gruppe liegen, 69% der beiden Gruppen werden sich überschneiden, und es besteht eine 71%ige Chance, dass eine zufällig aus der "Behandlungs"-</p>	Gelso et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • $k = 16$ Studien • $n = 1.502$ Patient:innen • P: Patient:innen in Psychotherapie 	⊕⊕⊕⊕ ^{5,6}

			Gruppe ausgewählte Person ein besseres Therapieergebnis erzielt als eine zufällig aus der "Kontroll"-Gruppe ausgewählte Person. ²			
--	--	--	--	--	--	--

¹Alle Outcomes wurden aggregiert. Wenn mehrere Outcomes in einer Originalarbeit untersucht wurden, haben die Autor:innen gemittelte Koeffizienten pro Studie berechnet. In einer Moderatorenanalyse wurde der Effekt der Art des Outcomes analysiert und kein signifikanter Unterschied festgestellt (separate Effektschätzer pro Outcome wurden jedoch nicht berichtet).

²Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: <https://rpsychologist.com/cohend/>

⁵Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Beobachtungsstudien handelt.

⁶Herabstufung wegen hohem Biasrisiko (6 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt), zudem Indirektheit.

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?

Wirkfaktor Gegenübertragungsmanagement						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität
Ergebnis der Psychotherapie ¹	nicht zutreffend	nicht zutreffend	<p>Korrelation $r = 0.51^3$ (95% CI 0.30 – 0.72)</p> <p>Effektstärke $d = 1.20$ (95% CI n.a.)</p> <p>Wenn Therapeut:innen wahrnehmen, wie sie auf die Patient:innen emotional, kognitiv und körperlich reagieren („Gegenübertragung“) und diese Reaktionen angemessen verstehen, regulieren und therapeutisch nutzen („Gegenübertragungsmanagement“), dann ist das Ergebnis der Psychotherapie deutlich besser. Unreflektierte und nicht regulierte Gegenübertragung äußert sich zum Beispiel darin, dass Therapeut:innen bestimmte Themen im Gespräch mit Patient:innen vermeiden, das sie überinvolviert sind oder eigene</p>	Hayes et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • $k = 9$ Studien • $n = 392$ Patient:innen • P: Patient:innen in Psychotherapie 	⊕⊕⊕⊕ ^{5,6}

			<p>Bedürfnisse befriedigen, indem sie die Patient:innen exzessiv versorgen.</p> <p>Bei einem Cohen's <i>d</i> von 1.20 werden 89% der "Behandlungs"-Gruppe über dem Mittelwert der "Kontroll"-Gruppe liegen, 55% der beiden Gruppen werden sich überschneiden, und es besteht eine 80%ige Chance, dass eine zufällig aus der "Behandlungs"-Gruppe ausgewählte Person ein besseres Therapieergebnis erzielt als eine zufällig aus der "Kontroll"-Gruppe ausgewählte Person.²</p>			
--	--	--	--	--	--	--

¹Alle Outcomes wurden aggregiert. Wenn mehrere Outcomes in einer Originalarbeit untersucht wurden, haben die Autor:innen gemittelte Koeffizienten pro Studie berechnet.

²Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: <https://rpsychologist.com/cohend/>

³Effektschätzer nach Fill&Trim-Prozedur.

⁵Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Beobachtungsstudien handelt.

⁶Herabstufung wegen Indirektheit. Zwar handelte es sich hier in den Studien um die Therapeut:innen und nicht direkt um die Patient:innen, aber die Gegenübertragung der Therapeut:innen kann bei Patient:innen mit SBPF anders ausfallen (oder schwerer regulierbar sein) als bei anderen Patient:innen, deshalb wird die Evidenz als indirekt beurteilt.

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?

Wirkfaktor Allianz ⁰						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität
Ergebnis der Psychotherapie ¹	nicht zutreffend	nicht zutreffend	<p>Korrelation $r = 0.28$ (95% CI 0.26 – 0.30)</p> <p>Effektstärke $d = 0.58$ (95% CI n.a.)</p> <p><i>Effekt bei BPS ($k = 9$):</i> $r = 0.32$ (95% CI n.a.)</p> <p><i>Effekt bei PTSD ($k = 7$):</i> $r = 0.31$ (95% CI n.a.)</p> <p><i>Effekt bei Schizophrenie ($k = 12$):</i> $r = 0.30$ (95% CI n.a.)</p>	Flückiger et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • $k = 295$ Stichproben (von $k = 100$ RCTs und $k = 195$ Beobachtungsstudien) • $n \approx 30.000$ Patient:innen • P: Patient:innen in Psychotherapie, separate Ergebnisse für Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)/ Posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD)/ Schizophrenie 	⊕⊕⊕⊖ ⁵
Veränderung der psychiatrischen Symptome allgemein ³	nicht zutreffend	nicht zutreffend	<p><i>bei Einschätzung der Allianz durch Patient:innen:</i> Korrelation $r = 0.29$ (95% CI 0.13 - 0.45)</p> <p><i>bei Einschätzung der Allianz durch Therapeut:innen:</i> Korrelation $r = 0.24$ (95% CI 0.09 – 0.39)</p>	Bourke et al. (2021)	<ul style="list-style-type: none"> • $k = 5$ Studien • $n = 376$ Patient:innen • P: Patient:innen mit Psychosen in Psychotherapie 	⊕⊕⊕⊖ ^{6a}

Veränderung der psychotischen Symptome ⁴	nicht zutreffend	nicht zutreffend	<i>bei Einschätzung der Allianz durch Patient:innen:</i> Korrelation $r = 0.17$ (95% CI 0.04 – 0.30) <i>bei Einschätzung der Allianz durch Therapeut:innen:</i> Korrelation $r = 0.30$ (95% CI 0.14 – 0.46)	(Bourke et al. (2021))	<ul style="list-style-type: none"> • $k = 5$ Studien • $n = 376$ Patient:innen • P: Patient:innen mit Psychosen in Psychotherapie 	⊕⊕⊕⊕ ^{6b}
Veränderung der psychotischen Symptome ⁴	nicht zutreffend	nicht zutreffend	<i>bei Einschätzung der Allianz durch Patient:innen:</i> <u>keine</u> Evidenz für einen Zusammenhang (keine Effektschätzer angegeben, $p > 0.12$) <i>bei Einschätzung der Allianz durch Therapeut:innen:</i> Korrelation mit Positivsymptomatik $r = -0.14$ (95% CI -0.24 - -0.03) Korrelation mit Negativsymptomatik $r = -0.22$ (95% CI -0.32 - -0.12)	Browne et al. (2021)	<i>für Einschätzung der Allianz durch Patient:innen:</i> <ul style="list-style-type: none"> • $k = 6$ Studien • $n = 939$ Patient:innen <i>für Einschätzung der Allianz durch Therapeut:innen:</i> <ul style="list-style-type: none"> • $k = 5$ Studien • $n = 728$ Patient:innen • P: Patient:innen mit Störung aus dem Schizophrenie-Spektrum 	⊕⊕⊕⊕ ⁷

PTSD-Symptome	nicht zutreffend	nicht zutreffend	Einschätzung der Allianz durch Patient:innen: Korrelation $r = -0.34$ (CI -0.43 bis -0.23)	Howard et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> • $k = 12$ Studien • $n = 691$ Patient:innen • P: Patient:innen mit PTSD 	⊕⊕⊖⊖ ⁸
---------------	------------------	------------------	--	----------------------	--	-------------------

Wirkfaktor Reparatur von Allianzrupturen						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität
Ergebnis der Psychotherapie ¹	nicht zutreffend	nicht zutreffend	<p>Korrelation $r = 0.29$ (95% CI 0.10 - 0.47)</p> <p>Effekstärke $d = 0.62$ (95% CI n.a.)</p>	Eubanks et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • $k = 11$ Stichproben • $n = 1.314$ Patient:innen • Patient:innen in Psychotherapie (Patient:innen mit Persönlichkeitsstörungen wurden separat untersucht und kein Moderatoreffekt festgestellt) 	⊕⊕⊕⊕ ⁹
			<p>Wenn die therapeutische Allianz stark ist und Allianzstörungen gut bearbeitet werden, dann ist das Ergebnis der Psychotherapie geringfügig bis moderat besser.</p> <p>Auch die Symptomatik verbessert sich oft, allerdings hat man Unterschiede festgestellt je nachdem, wer die Allianz einschätzt – die Therapeut:in oder die Patient:in (eine Verbesserung von psychotischen Symptomen hängt weniger stark damit zusammen, wie die Patient:innen die Allianz einschätzen als damit, wie die Therapeut:innen dies tun).</p>			

⁰Die Allianz wurde in 2/3 der Studien gemessen mit einem der folgenden Instrumente: der California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS), dem Helping Alliance Questionnaire (HAQ), der Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPSS) und dem Working Alliance Inventory (WAI).

¹Alle Outcomes wurden aggregiert. Wenn mehrere Outcomes in einer Originalarbeit untersucht wurden, haben die Autor:innen gemittelte Koeffizienten pro Studie berechnet.

² Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: <https://rpsychologist.com/cohend/>

³Gemessen mit der Brief Psychiatric Rating Scale (BRPS-24), der Target Complaints Scale oder Einschätzung durch die Therapeut:in.

⁴Gemessen mit Subskalen des PANSS und PSYRATS (Halluzinationen und Verkennung).

⁵Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus randomisierten klinischen Studien und Beobachtungsstudien handelt. Die Meta-Regression zeigte, dass das Studiendesign den Effekt nicht verändert. Herabstufung wegen hohem Biasrisiko (5 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt).

^{6a}Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Beobachtungsstudien handelt. Geringes Biasrisiko (10 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt). Bezüglich des Kriteriums Präzision wurde die Einschätzung der Patient:innen als Entscheidungsgrundlage genommen, hier war die Präzision hoch. Sehr hohe Konsistenz ($I^2=0\%$). Heraufstufung, da plausibles Confounding den Effekt verstärken würde (Da gezeigt wurde, dass der Effekt bei schwer Kranken stärker ist und in der Studie vermutlich die ganz schwer Erkrankten unterrepräsentiert sind, würde der Effekt bei Berücksichtigung dieses Selektionseffektes noch stärker werden).

^{6b}Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Beobachtungsstudien handelt. Geringes Biasrisiko (10 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt). Herabstufung wegen geringer Präzision (bezüglich des Kriteriums Präzision wurde die Einschätzung der Allianz durch die Patient:innen als Entscheidungsgrundlage genommen).

⁷Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Beobachtungsstudien handelt. Geringes Biasrisiko (10 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt).

⁸Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Beobachtungsstudien handelt. Geringes Biasrisiko (10 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt). Weder Herab-, noch Heraufstufung.

⁹Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Beobachtungsstudien handelt. Herabstufung wegen hohem Biasrisiko (6 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt). Außerdem inkonsistente Ergebnisse ($I^2=84\%$), die durch eine Moderatorenanalyse adressiert wurden.

6.7 Evidenztabellen Schlüsselfrage 11

Schlüsselfrage 11: „Hat dimensionale Diagnostik einen Vorteil gegenüber nicht-dimensionaler Diagnostik für Patient:innen und/oder Versorger (z. B. bessere Arzt-Patienten-Kommunikation, größere Zufriedenheit mit Behandlung, geringere Stigmatisierungserfahrung)?“				
Empfehlung 2.1				
„Die Diagnostik von Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen sollte dimensional erfolgen und sich nicht auf kategoriale Persönlichkeitsstörungsdiagnosen beschränken.“				
[Evidenz in Bezug auf das dimensionale Konstrukt/Konzept] (Empfehlungsgrad: B – sollte)				
Haslam et al. (2020)				
Markon et al. (2011)				
Weekers et al. (2023)				
Wendt et al. (2024b)				
Zimmermann et al. (2023) [darin besonders hervorgehobene Einzelstudien: Buer Christensen et al. (2020); Morey et al. (2013); Morey et al. (2014)]				
Zielgröße (Outcomes)	Hauptergebnis	Studieninformationen	Studientyp	Evidenzgrad (nach GRADE)
Validität	Positive Beurteilung	Haslam et al. (2020)	Meta-Analyse	⊕⊕⊕⊕
	Positive Beurteilung	Markon et al. (2011)	Meta-Analyse	
Reliabilität	Positive Beurteilung	Markon et al. (2011)	Meta-Analyse	⊕⊕⊕⊕
Klinische Nützlichkeit	Positive Beurteilung	Zimmermann et al. (2023)	Narratives Review	⊕⊕⊖⊖ wg. Biasrisiko herabgestuft (z.B. monomethodale Designs, Evidenz basierend auf subjektiver Wahrnehmung von Professionellen [Consumer Surveys])
	Positive Beurteilung	Weekers et al. (2023)	Einzelstudie	
	Positive Beurteilung	Wendt et al. (2024b)	Einzelstudie	

Empfehlung 2.2:

„Der Schweregrad der Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen sollte anhand der LPFS mit entsprechenden klinischen Interviews erfasst werden.

1. Zu diesem Zweck sollten eigens dafür entwickelte strukturierte Interviews verwendet werden, beispielsweise das Strukturierte Klinische Interview für das alternative DSM–5-Modell für Persönlichkeitsstörungen Modul I (SCID-5-AMPD-I) oder das Semistrukturierte Interview zur Erfassung der DSM-5 Persönlichkeitsfunktionen (STiP-5.1).

2. Alternativ können hierzu Interviews verwendet werden, die auf sehr ähnliche psychodynamische Konstrukte des Strukturniveaus oder der Persönlichkeitsorganisation abzielen, beispielsweise das OPD-Interview oder das Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO).“

[Evidenz in Bezug auf klinische Interviews] (Empfehlungsgrad: B – sollte)

Birkhölzer et al. (2021)

Hörz-Sagstetter et al. (2021)

Morey et al. (2022)

Sharp und Wall (2021)

Young und Beazley (2023)

Zimmermann et al. (2023)

Zielgröße (Outcomes)	Hauptergebnis	Studieninformationen	Studientyp	Evidenzgrad (nach GRADE)
Reliabilität	ICC = .75, 95% KI [.63; .84] (für strukturierte Interviews, die auf der LPFS basieren)	Young und Beazley (2023)	Meta-Analyse	⊕⊕⊕⊖ wg. Indirektheit herabgestuft (Evidenzlage für Instrumente zur Erfassung psychodynamischer Konstrukte ist begrenzt)
	ICC = .83, 95% KI [.75; .92] (für strukturierte Interviews, die auf der LPFS basieren)	Zimmermann et al. (2023)	Meta-Analyse (als Teil eines narrativen Reviews)	
Validität	Positive Beurteilung	Birkhölzer et al. (2021)	Narratives Review	⊕⊕⊕⊖
	Positive Beurteilung	Hörz-Sagstetter et al. (2021)	Narratives Review	
	Positive Beurteilung	Morey et al. (2022)	Narratives Review	
	Positive Beurteilung	Sharp und Wall (2021)	Narratives Review	
	Positive Beurteilung	Zimmermann et al. (2023)	Narratives Review	
Klinische Nützlichkeit	Positive Beurteilung	Morey et al. (2022)	Narratives Review	

	Positive Beurteilung	Zimmermann et al. (2023)	Narratives Review	⊕⊕⊖⊖ wg. Biasrisiko herabgestuft (monomethodale Designs, Evidenz basierend auf subjektiver Wahrnehmung von Professionellen [Consumer Surveys])

Empfehlung 2.3

„Zu Screening-Zwecken können eigens dafür entwickelte Selbstberichtsfragebögen eingesetzt werden, beispielsweise die deutsche Version des Level of Personality Functioning Scale—Self-Report (LPFS-SR) oder der Level of Personality Functioning Scale—Brief Form (LPFS- BF 2.0). Auch etablierte Instrumente zu eng verwandten Konstrukten wie der OPD-Strukturfragebogen können verwendet werden.“

[Evidenz in Bezug auf Selbstberichte] (Empfehlungsgrad: 0 – kann)

Birkhölzer et al. (2021)

Hörz-Sagstetter et al. (2021)

Morey et al. (2022)

Sharp und Wall (2021)

Zimmermann et al. (2023)

Zielgröße (Outcomes)	Hauptergebnis	Studieninformationen	Studientyp	Evidenzgrad (nach GRADE)
Reliabilität	Positive Beurteilung	Birkhölzer et al. (2021)	Narratives Review	⊕⊕⊕⊖
	Positive Beurteilung	Morey et al. (2022)	Narratives Review	
	Positive Beurteilung	Sharp und Wall (2021)	Narratives Review	
	Positive Beurteilung	Zimmermann et al. (2023)	Narratives Review	
Validität	Positive Beurteilung	Birkhölzer et al. (2021)	Narratives Review	⊕⊕⊕⊖
	Positive Beurteilung	Hörz-Sagstetter et al. (2021)	Narratives Review	
	Positive Beurteilung	Morey et al. (2022)	Narratives Review	
	Positive Beurteilung	Sharp und Wall (2021)	Narratives Review	
	Positive Beurteilung	Zimmermann et al. (2023)	Narratives Review	
Klinische Nützlichkeit	Positive Beurteilung	Morey et al. (2022)	Narratives Review	⊕⊕⊖⊖ wg. Biasrisiko herabgestuft (monomethodale Designs, Evidenz basierend auf subjektiver Wahrnehmung von Professionellen [Consumer Surveys])
	Positive Beurteilung	Zimmermann et al. (2023)	Narratives Review	

7 Literaturverzeichnis

Ådnanes, M.; Kalseth, J.; Ose, S. O.; Ruud, T.; Rugkåsa, J.; Puntis, S. (2019): Quality of life and service satisfaction in outpatients with severe or non-severe mental illness diagnoses. In: *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 28 (3), S. 713–724. DOI: 10.1007/s11136-018-2039-5.

Adu, M. K.; Shalaby, R.; Eboreime, E.; Sapara, A.; Lawal, M. A.; Chew, C. et al. (2023): Apparent Lack of Benefit of Combining Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation with Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for the Treatment of Resistant Depression: Patient-Centered Randomized Controlled Pilot Trial. In: *Brain sciences* 13 (2). DOI: 10.3390/brainsci13020293.

Aggett, P.; Swainson, M.; Tapsell, D. (2015): ‘Seeking permission’: an interviewing stance for finding connection with hard to reach families. In: *Journal of Family Therapy* 37 (2), S. 190–209. DOI: 10.1111/j.1467-6427.2011.00558.x.

Ahmed, A. O.; Green, B. A.; Goodrum, N. M.; Doane, N. J.; Birgenheir, D.; Buckley, P. F. (2013): Does a latent class underlie schizotypal personality disorder? Implications for schizophrenia. In: *Journal of abnormal psychology* 122 (2), S. 475–491. DOI: 10.1037/a0032713.

Albani, C.; Blaser, G.; Kächele, H.; Pokorny, D. (2008): Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte. Theorie, Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Alguera-Lara, V.; Dowsey, M. M.; Ride, J.; Kinder, S.; Castle, D. (2017): Shared decision making in mental health: the importance for current clinical practice. In: *Australian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* 25 (6), S. 578–582. DOI: 10.1177/1039856217734711.

Althobaiti, S.; Kazantzis, N.; Ofori-Asenso, R.; Romero, L.; Fisher, J.; Mills, K. E.; Liew, D. (2020): Efficacy of interpersonal psychotherapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. In: *Journal of affective disorders* 264, S. 286–294. DOI: 10.1016/j.jad.2019.12.021.

American Psychiatric Association (1987): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed., revised (DSM-III-R). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5. 5. ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Antes, G.; Dreier, G.; Hasselblatt, H.; Blümle, A.; Schumacher, M. (2009): Register für klinische Studien. Einführung in das Thema und Hintergründe. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 52 (4), S. 459–462. DOI: 10.1007/s00103-009-0832-6.

Aoki, Y. (2020): Shared decision making for adults with severe mental illness: A concept analysis. In: *Japan journal of nursing science: JJNS* 17 (4), e12365. DOI: 10.1111/jjns.12365.

Aoki, Y.; Yaju, Y.; Utsumi, T.; Sanyaolu, L.; Storm, M.; Takaesu, Y. et al. (2022): Shared decision-making interventions for people with mental health conditions. In: *The*

Cochrane database of systematic reviews 11 (11), CD007297. DOI: 10.1002/14651858.CD007297.pub3.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)-Ständige Kommission Leitlinien (2020): AWMF-Regelwerk Leitlinien. Version 2.1. Online verfügbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>, zuletzt geprüft am 27.05.2024.

Arbeitskreis OPD (2023): OPD-3 - Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. 1. Auflage 2023. Bern: Hogrefe AG.

Arntz, A.; Jacob, G. A.; Lee, C. W.; Brand-de Wilde, O. M.; Fassbinder, E.; Harper, R. P. et al. (2022): Effectiveness of Predominantly Group Schema Therapy and Combined Individual and Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. In: *JAMA psychiatry* 79 (4), S. 287–299. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2022.0010.

Asadi, S.; Cunningham, T. J.; Morgan, T. A.; Zimmerman, M.; Rodriguez-Seijas, C. (2023): Examining Measurement Invariance in the Personality Inventory for DSM-5 Brief Form Across Sexual and Gender Minority Status. In: *Assessment*, 10731911231176449. DOI: 10.1177/10731911231176449.

Aslinger, E. N.; Manuck, S. B.; Pilkonis, P. A.; Simms, L. J.; Wright, A. G. C. (2018): Narcissist or narcissistic? Evaluation of the latent structure of narcissistic personality disorder. In: *Journal of abnormal psychology* 127 (5), S. 496–502. DOI: 10.1037/abn0000363.

Asmundson, G. J. G.; Thorisdottir, A. S.; Roden-Foreman, J. W.; Baird, S. O.; Witcraft, S. M.; Stein, A. T. et al. (2019): A meta-analytic review of cognitive processing therapy for adults with posttraumatic stress disorder. In: *Cognitive behaviour therapy* 48 (1), S. 1–14. DOI: 10.1080/16506073.2018.1522371.

Atkins, D.; Best, D.; Briss, P. A.; Eccles, M.; Falck-Ytter, Y.; Flottorp, S. et al. (2004): Grading quality of evidence and strength of recommendations. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 328 (7454), S. 1490. DOI: 10.1136/bmj.328.7454.1490.

Bach, B.; Hutsebaut, J. (2018): Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: Utility in Capturing Personality Problems in Psychiatric Outpatients and Incarcerated Addicts. In: *Journal of personality assessment* 100 (6), S. 660–670. DOI: 10.1080/00223891.2018.1428984.

Bach, B.; Markon, K.; Simonsen, E.; Krueger, R. F. (2015): Clinical utility of the DSM-5 alternative model of personality disorders: six cases from practice. In: *Journal of psychiatric practice* 21 (1), S. 3–25. DOI: 10.1097/01.pra.0000460618.02805.ef.

Bach, B.; Sellbom, M.; Kongerslev, M.; Simonsen, E.; Krueger, R. F.; Mulder, R. (2017): Deriving ICD-11 personality disorder domains from DSM-5 traits: initial attempt to harmonize two diagnostic systems. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 136 (1), S. 108–117. DOI: 10.1111/acps.12748.

Bach, B.; Tracy, M. (2022): Clinical utility of the alternative model of personality disorders: A 10th year anniversary review. In: *Personality disorders* 13 (4), S. 369–379. DOI: 10.1037/per0000527.

- Barker, P. J.; Buchanan-Barker, P. (2013): Das Gezeitenmodell. Der Kompass für eine recovery-orientierte, psychiatrische Pflege. Programmbereich Pflege. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Barkham, M.; Lutz, W.; Lambert, M. J.; Saxon, D. (2017): Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In: Castonguay, L. G. und Hill, C. E. (Hg.): How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects. First edition. Washington, DC: American Psychological Association, S. 13–36.
- Basu, S.; Berkowitz, S. A.; Phillips, R. L.; Bitton, A.; Landon, B. E.; Phillips, R. S. (2019): Association of Primary Care Physician Supply With Population Mortality in the United States, 2005-2015. In: *JAMA internal medicine* 179 (4), S. 506–514. DOI: 10.1001/jamainternmed.2018.7624.
- Bateman, A.; Fonagy, P. (2007): Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept. Dt. Erstveröff. Gießen: Psychosozial-Verlag (Bibliothek der Psychoanalyse).
- Bäumli, J.; Berger, H.; Mösch, E.; Pitschel-Walz, G. (2007): Psychose-Seminar. In: Becker, T., Bäumli, J., Pitschel-Walz, G. und Weig, W. (Hg.): Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen. Konzepte - Interventionen - Perspektiven. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag (Rehabilitation), S. 271–291.
- Bäumli, J.; Pitschel-Walz, G. (2008): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer.
- Bechdorf, A.; Skutta, M.; Horn, A. (2011): Psychiatrische Akutbehandlung ohne Krankenhausbett-Klinische Wirksamkeit von "Home Treatment" am Beispiel der "Integrativen Psychiatrischen Behandlung (IPB)" am Alexianer-Krankenhaus Krefeld. In: *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 79 (1), S. 26–31. DOI: 10.1055/s-0029-1245595.
- Beck, A. T.; Steer, R. A.; Brown, G. (1996): Beck Depression Inventory. second edition: manual. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T.; Ward, C. H.; Mendelson, M.; Mock, J.; Erbaugh, J. (1961): An inventory for measuring depression. In: *Archives of General Psychiatry* 4, S. 561–571. DOI: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
- Becker, L. G.; Asadi, S.; Zimmerman, M.; Morgan, T. A.; Rodriguez-Seijas, C. (2023): Is there a bias in the diagnosis of borderline personality disorder among racially minoritized patients? In: *Personality disorders* 14 (3), S. 339–346. DOI: 10.1037/per0000579.
- Bender, D. S.; Morey, L. C.; Skodol, A. E. (2011): Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. In: *Journal of personality assessment* 93 (4), S. 332–346. DOI: 10.1080/00223891.2011.583808.
- Bender, D. S.; Skodol, A. E. (2007): Borderline personality as a self-other representational disturbance. In: *Journal of personality disorders* 21 (5), S. 500–517. DOI: 10.1521/pedi.2007.21.5.500.
- Bender, D. S.; Skodol, A. E.; First, M. B.; Oldham, J. M. (2018): Modul I: Structured Clinical Interview for the Level of Personality Functioning Scale. In: First, M. B., Skodol, A. E., Bender, D. S. und Oldham, J. M. (Hg.): Structured Clinical Interview for the DSM-

5 Alternative Model for Personality Disorders (SCID- AMPD): American Psychiatric Association Publishing.

Benecke, C.; Remmers, C.; Henkel, M.; Zimmermann, J. (2018): Oops, I did it again: The role of motivational conflicts and impaired psychological capacities in explaining the persistence of maladaptive behaviour. In: *Eur J Pers* 32 (5), S. 525–624. DOI: 10.1002/per.2174.

Bengel, J.; Lyssenko, L. (2012): Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. Köln: BZgA Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 43).

Benish, S. G.; Quintana, S.; Wampold, B. E. (2011): Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: a direct-comparison meta-analysis. In: *Journal of counseling psychology* 58 (3), S. 279–289. DOI: 10.1037/a0023626.

Bhati, K. S. (2014): Effect of client-therapist gender match on the therapeutic relationship: an exploratory analysis. In: *Psychological reports* 115 (2), S. 565–583. DOI: 10.2466/21.02.PR0.115c23z1.

Birchwood, M.; Smith, J.; Cochrane, R.; Wetton, S.; Copestake, S. (1990): The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 157, S. 853–859. DOI: 10.1192/bjp.157.6.853.

Birkhölzer, M.; Schmeck, K.; Goth, K. (2021): Assessment of Criterion A. In: *Current opinion in psychology* 37, S. 98–103. DOI: 10.1016/j.copsy.2020.09.009.

Bliton, C. F.; Roche, M. J.; Pincus, A. L.; Dueber, D. (2022): Examining the Structure and Validity of Self-Report Measures of DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders Criterion A. In: *Journal of personality disorders* 36 (2), S. 157–182. DOI: 10.1521/pedi_2021_35_531.

Blümle, A.; Gechter, D.; Nothacker, M. J.; Schaefer, C.; Motschall, E.; Boeker, M. et al. (2020): Manual systematische Recherche für Evidenzsynthesen und Leitlinien. 2.1 Auflage. Cochrane Deutschland Stiftung, Institut für Evidenz in der Medizin, Institut für Medizinische Biometrie und Statistik, Freiburg, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - Institut für Medizinisches Wissensmanagement, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 12.12.2020. DOI: 10.6094/UNIFR/174468.

BMAS (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe - Beeinträchtigung - Behinderung. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Online verfügbar unter <https://www.bmas.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Publikationen/a125-13-teilhabebericht.html>, zuletzt geprüft am 20.01.2024.

Bohus, M. (2021): Update Borderline-Störungen – aktueller Stand und Herausforderungen. In: *Nervenarzt* 92 (7), S. 641–642. DOI: 10.1007/s00115-021-01156-3.

Bohus, M.; Schmahl, C.; Herpertz, S. C.; Lieb, K.; Berger, M.; Roepke, S. et al. (2016): Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der

- Borderline-Persönlichkeitsstörung: Normative Personalbedarfsermittlung. In: *Der Nervenarzt* 87 (7), S. 739–745. DOI: 10.1007/s00115-016-0132-y.
- Böker, U.; Hentschel, G. (2023): Ambulante psychotherapeutische Versorgung. Hohe Krankheitslast – bedarfsgerechte Versorgung. In: *Deutsches Ärzteblatt - PP* (3), S. 103–106.
- Boll-Klatt, A.; Storck, T.; Strauß, B.; Taubner, S. (2021): Die Familie der psychodynamischen Verfahren. In: Rief, W., Schramm, E., Strauß, B., Auszra, L., Bachem, R., Backenstraß, M. et al. (Hg.): *Psychotherapie. Ein kompetenzorientiertes Lehrbuch*. 1. Auflage. München: Elsevier, S. 515–546.
- Bonanno, G. A.; Burton, C. L. (2013): Regulatory Flexibility: An Individual Differences Perspective on Coping and Emotion Regulation. In: *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science* 8 (6), S. 591–612. DOI: 10.1177/1745691613504116.
- Bone, C.; Delgadillo, J.; Barkham, M. (2021): A systematic review and meta-analysis of the good-enough level (GEL) literature. In: *Journal of counseling psychology* 68 (2), S. 219–231. DOI: 10.1037/cou0000521.
- Born, R. (2002): *Der kompetente Patient. Die subjektive Wahrnehmung und Verarbeitung künstlerischer Therapien durch Patienten an einer Klinik. Eine Patientenbefragung zur Kunsttherapie*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Bosch-Capblanch, X.; Abba, K.; Pictor, M.; Garner, P. (2007): Contracts between patients and healthcare practitioners for improving patients' adherence to treatment, prevention and health promotion activities. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 2007 (2), CD004808. DOI: 10.1002/14651858.CD004808.pub3.
- Bourke, E.; Barker, C.; Fornells-Ambrojo, M. (2021): Systematic review and meta-analysis of therapeutic alliance, engagement, and outcome in psychological therapies for psychosis. In: *Psychology and psychotherapy* 94 (3), S. 822–853. DOI: 10.1111/papt.12330.
- Bräutigam, B.; Giertz, K.; Lerch, L. (2020): Psychotherapeutische, psychiatrische und psychosoziale Versorgung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: *Psychotherapie Forum* 24 (3-4), S. 84–86. DOI: 10.1007/s00729-020-00163-0.
- Bridler, R.; Orosz, A.; Cattapan, K.; Stassen, H. H. (2013): In need of psychiatric help-leave a message after the beep. In: *Psychopathology* 46 (3), S. 201–205. DOI: 10.1159/000341729.
- British Psychological Society (2009): *Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care (Update)*. Leicester (UK).
- Browne, J.; Wright, A. C.; Berry, K.; Mueser, K. T.; Cather, C.; Penn, D. L.; Kurtz, M. M. (2021): The alliance-outcome relationship in individual psychosocial treatment for schizophrenia and early psychosis: A meta-analysis. In: *Schizophrenia research* 231, S. 154–163. DOI: 10.1016/j.schres.2021.04.002.

- Brujniks, S. J. E.; Lemmens, L. H. J. M.; Hollon, S. D.; Peeters, F. P. M. L.; Cuijpers, P.; Arntz, A. et al. (2020): The effects of once- versus twice-weekly sessions on psychotherapy outcomes in depressed patients. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 216 (4), S. 222–230. DOI: 10.1192/bjp.2019.265.
- Buer Christensen, T.; Eikenaes, I.; Hummelen, B.; Pedersen, G.; Nysæter, T.-E.; Bender, D. S. et al. (2020): Level of personality functioning as a predictor of psychosocial functioning-Concurrent validity of criterion A. In: *Personality disorders* 11 (2), S. 79–90. DOI: 10.1037/per0000352.
- Buer Christensen, T.; Paap, M. C. S.; Arnesen, M.; Koritzinsky, K.; Nysaeter, T.-E.; Eikenaes, I. et al. (2018): Interrater Reliability of the Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders Module I: Level of Personality Functioning Scale. In: *Journal of personality assessment* 100 (6), S. 630–641. DOI: 10.1080/00223891.2018.1483377.
- Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (1997): Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. Beschlüsse der Vorstände der Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung. In: *Deutsches Ärzteblatt* (94(33)).
- Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung Version 3.2 2022, zuletzt geprüft am 15.01.2024. DOI: 10.6101/AZQ/000493. www.leitlinien.de/depression.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2018): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018.
- Burr Christian, F.; Huber, F.; Zwicknagl, A.; Feldmann, C.; Winter, A. (2021): Dialog statt Monolog – aktuelle Literatur, die Situation in der Schweiz und Erfahrungen aus drei Perspektiven. In: *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother* (172).
- Buschert, V.; Prochazka, D.; Bartl, H.; Diemer, J.; Malchow, B.; Zwanzger, P.; Brunner, A. (2019): Effects of physical activity on cognitive performance: a controlled clinical study in depressive patients. In: *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 269 (5), S. 555–563. DOI: 10.1007/s00406-018-0916-0.
- Calsyn, D. A.; Wells, E. A.; Saxon, A. J.; Jackson, T. R.; Wrede, A. F.; Stanton, V.; Fleming, C. (1994): Contingency management of urinalysis results and intensity of counseling services have an interactive impact on methadone maintenance treatment outcome. In: *Journal of addictive diseases* 13 (3), S. 47–63. DOI: 10.1300/j069v13n03_05.
- Chilvers, R.; Macdonald, G. M.; Hayes, A. A. (2002): Supported housing for people with severe mental disorders. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 2002. DOI: 10.1002/14651858.CD000453.
- Chilvers, R.; Macdonald, G. M.; Hayes, A. A. (2006): Supported housing for people with severe mental disorders. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 2006. DOI: 10.1002/14651858.CD000453.pub2.

- Cicchetti, D. V. (1994): Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. In: *Psychological assessment* 6 (4), S. 284–290. DOI: 10.1037/1040-3590.6.4.284.
- Clark, L. A.; Cuthbert, B.; Lewis-Fernández, R.; Narrow, W. E.; Reed, G. M. (2017): Three Approaches to Understanding and Classifying Mental Disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). In: *Psychological science in the public interest: a journal of the American Psychological Society* 18 (2), S. 72–145. DOI: 10.1177/1529100617727266.
- Clarkin, J. F.; Caligor, E.; Stern, B.; Kernberg, O. F. (2004): Structured interview of personality organization (STIPO): Weill Medical College of Cornell University.
- Clarkin, J. F.; Yeomans, F. E.; Kernberg, O. F.; Buchheim, P.; Doering, S.; Hörz-Sagstetter, S. et al. (2008): Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. 2., aktualisierte und neubearbeitete Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Coenen, M.; Schuetz, G. M.; Dewey, M. (2013): Bewertung der methodischen Qualität von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen: AMSTAR (A Measurement Tool for the Assessment of Multiple Systematic Reviews). In: *RoFo: Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin* 184 (10), S. 937–940. DOI: 10.1055/s-0033-1350140.
- Cohen, J. (2013): *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd ed. Hoboken: Taylor and Francis. Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=1192162>.
- Constantino, M. J.; Višlă, A.; Coyne, A. E.; Boswell, J. F. (2018): A meta-analysis of the association between patients' early treatment outcome expectation and their post-treatment outcomes. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 473–485. DOI: 10.1037/pst0000169.
- Conway, C.; Hammen, C.; Brennan, P. (2012): A comparison of latent class, latent trait, and factor mixture models of DSM-IV borderline personality disorder criteria in a community setting: implications for DSM-5. In: *Journal of personality disorders* 26 (5), S. 793–803. DOI: 10.1521/pedi.2012.26.5.793.
- Correll, C. U.; Galling, B.; Pawar, A.; Krivko, A.; Bonetto, C.; Ruggeri, M. et al. (2018): Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. In: *JAMA psychiatry* 75 (6), S. 555–565. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.0623.
- Cruitt, P. J.; Boudreaux, M. J.; King, H. R.; Oltmanns, J. R.; Oltmanns, T. F. (2019): Examining criterion a: DSM-5 level of personality functioning as assessed through life story interviews. In: *Personality disorders* 10 (3), S. 224–234. DOI: 10.1037/per0000321.
- Deegan (1995): *Gesundung als Reise des Herzens. Gesundung von psychiatrischen Leiden: Anregungen für die Aus- und Weiterbildung von Psychiatriefachleuten*, 1995.
- Dehn, L. B.; Beblo, T.; Richter, D.; Wienberg, G.; Kremer, G.; Steinhart, I.; Driessen, M. (2022): Effectiveness of supported housing versus residential care in severe mental

illness: a multicenter, quasi-experimental study. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 57 (5), S. 927–937. DOI: 10.1007/s00127-021-02214-6.

Dehn, L. B.; Beblo, T.; Wienberg, G.; Driessen, M.; Steinhart, I. (2021): Wie wirksam ist Wohnunterstützung? Ein Vergleich von Unterstützungsangeboten in der eigenen Wohnung und solchen in besonderer Wohnform. In: *Kerbe* (4), S. 24–26.

Deister, A. (2011): Vom Fall zum Menschen--Erfahrungen aus einem Regionalen Psychiatrie-Budget. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 73 (2), S. 85–88. DOI: 10.1055/s-0030-1270493.

Dereboy, F.; Dereboy, Ç.; Eskin, M. (2018): Validation of the DSM-5 Alternative Model Personality Disorder Diagnoses in Turkey, Part 1: LEAD Validity and Reliability of the Personality Functioning Ratings. In: *Journal of personality assessment* 100 (6), S. 603–611. DOI: 10.1080/00223891.2018.1423989.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) (2016): S3-Leitlinie Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention. Langfassung 1.1, 2016, zuletzt geprüft am 22.01.2024. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/053-024>.

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) e.V.; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. (2019): S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 2019, zuletzt geprüft am 26.02.2023. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-019>.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP); Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. (2016): S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 1: Diagnostik, Langversion 2016, zuletzt geprüft am 27.02.2023. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-018>.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP); Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. (2020): S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 2: Therapie, Langversion 2020, zuletzt geprüft am 27.02.2023. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-018.html>.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP); Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V.; Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) (2017): S3-Leitlinie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Langversion 2017, zuletzt geprüft am 27.02.2023. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-045>.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. (2018): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen - Langversion 2018. Berlin, Heidelberg. DOI: 10.1007/978-3-662-58284-8.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. (2018): S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen, Langversion 2018, Version 2.0, zuletzt geprüft am 27.02.2023. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-022>.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. (2019): S3-Leitlinie Schizophrenie. Langfassung 2019, Version 1.0, zuletzt geprüft am 26.06.2023. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html>.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. (2022): S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung. Langversion 2022, Version 2.0, zuletzt geprüft am 15.01.2024. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-015>.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. (2022): S3-Leitlinie Zwangsstörungen. Langversion 2022, Version 2.0, zuletzt geprüft am 26.02.2023. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-017>.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V.; Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-SUCHT) (2020): S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen, Langfassung 2020, zuletzt geprüft am 27.02.2023. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-001.html>.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V.; Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA); Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (2019): S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie - Langversion 2019, zuletzt geprüft am 15.01.2024. https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-023I_S2k_Notfallpsychiatrie_2019-05_1.pdf.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) (2021): S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen - Langversion 2021, zuletzt geprüft am 26.02.2023. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-028>.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM); Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM) (2018): S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden - Langfassung 2018, zuletzt geprüft am 26.02.2023. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-001k_S3_Funktionelle_Koerperbeschwerden_2019-08.pdf.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM); Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik

und Psychotherapie (DGKJP) (2020): S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen, Langversion 2020, Version 2.2, zuletzt geprüft am 27.02.2023. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Esstoe rung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM); Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) (2014): S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung des Depersonalisations-Derealisationssyndroms, Langversion 2014, zuletzt geprüft am 26.02.2023. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-030l_S2k_Depersonalisations_Derealisationssyndrom-abge laufen_2014-09.pdf.

Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (2017): S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen Kapitel "Insomnie bei Erwachsenen", Langversion 2017, Version 2.0, zuletzt geprüft am 26.02.2023. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/063-003>.

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V. (DeGPT) (2019): S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung, Langversion 2019. Berlin, Heidelberg, zuletzt geprüft am 26.02.2023. DOI: 10.1007/978-3-662-59783-5. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>.

Di Pierro, R.; Gargiulo, I.; Poggi, A.; Madeddu, F.; Preti, E. (2020): The Level of Personality Functioning Scale Applied to Clinical Material From the Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Utility in Detecting Personality Pathology. In: *Journal of personality disorders*, S. 1–15. DOI: 10.1521/pedi_2020_34_472.

Dierks, M.-L.; Bitzer, E.-M.; Lerch, M.; Martin, S.; Röseler, S.; Schienkiewitz, A. et al. (2001): Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg (Arbeitsbericht / Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg, 195).

Dieterich, M.; Irving, C. B.; Bergman, H.; Khokhar, M. A.; Park, B.; Marshall, M. (2017): Intensive case management for severe mental illness. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 1 (1), CD007906. DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub3.

Doering, S. (2019): Borderline Personality Disorder in Patients With Medical Illness: A Review of Assessment, Prevalence, and Treatment Options. In: *Psychosomatic medicine* 81 (7), S. 584–594. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000724.

Doering, S.; Burgmer, M.; Heuft, G.; Menke, D.; Bäumer, B.; Lübking, M. et al. (2013): Reliability and validity of the German version of the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). In: *BMC psychiatry* 13, S. 210. DOI: 10.1186/1471-244X-13-210.

Doering, S.; Herpertz, S.; Pape, M.; Hofmann, T.; Rose, M.; Imbierowicz, K. et al. (2023): The multicenter effectiveness study of inpatient and day hospital treatment in departments of psychosomatic medicine and psychotherapy in Germany. In: *Front. Psychiatry* 14, S. 1155582. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1155582.

Doose, S. (2012): Supported employment in Germany. In: *Journal of Vocational Rehabilitation* 37 (3), S. 195–202. DOI: 10.3233/JVR-2012-0614.

- Dorrmann, W. (2005): Pro und Contra von Verträgen bei Patienten in akuten suizidalen Krisen. In: *Verhaltenstherapie* 15 (1), S. 39–46. DOI: 10.1159/000082736.
- Doubková, N.; Heissler, R.; Preiss, M.; Sanders, E. (2022): Differences in personality functioning impairment in mood, anxiety, and personality disorders: a cluster analysis. In: *BMC psychiatry* 22 (1), S. 315. DOI: 10.1186/s12888-022-03958-4.
- Dowgwillo, E. A.; Roche, M. J.; Pincus, A. L. (2018): Examining the Interpersonal Nature of Criterion A of the DSM-5 Section III Alternative Model for Personality Disorders Using Bootstrapped Confidence Intervals for the Interpersonal Circumplex. In: *Journal of personality assessment* 100 (6), S. 581–592. DOI: 10.1080/00223891.2018.1464016.
- Drake, R. E.; Bond, G. R.; Becker, D. R. (2012): Individual Placement and Support. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780199734016.001.0001.
- DRV (2022): Rentenversicherung in Zahlen 2022. Deutsche Rentenversicherung. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Zahlen-und-Fakten/Statistiken-und-Berichte/statistiken-und-berichte_node.html, zuletzt geprüft am 20.01.2024.
- Duberstein, P.; Witte, T. K. (2009): Suicide risk in personality disorders: An argument for a public health perspective. In: Kleespies, P. M. (Hg.): Behavioral emergencies. An evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization. 1. ed. Washington, DC: American Psychological Assoc, S. 257–286.
- DVE (2007): Definition 08/2007. Hg. v. Deutscher Verband Ergotherapie. Online verfügbar unter <https://dve.info/ergotherapie/definition>, zuletzt geprüft am 22.01.2024.
- Egozi, S.; Talia, A.; Wiseman, H.; Tishby, O. (2023): The experience of closeness and distance in the therapeutic relationship of patients with different attachment classifications: an exploration of prototypical cases. In: *Front. Psychiatry* 14, S. 1029783. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1029783.
- Ehrenthal, J. C.; Benecke, C. (2019): Tailored Treatment Planning for Individuals With Personality Disorders. In: Kramer, U. (Hg.): Case Formulation for Personality Disorders. Tailoring Psychotherapy to the Individual Client. San Diego: Elsevier Science & Technology, S. 291–314.
- Eichenberg, C.; Dorniak, J.; Fischer, G. (2009): Sexuelle Übergriffe in therapeutischen Beziehungen: Risikofaktoren, Folgen und rechtliche Schritte. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 59 (9-10), S. 337–344. DOI: 10.1055/s-2008-1067531.
- Elliott, R.; Bohart, A. C.; Watson, J. C.; Murphy, D. (2018): Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 399–410. DOI: 10.1037/pst0000175.
- Ellison, W. D.; Huprich, S.; Behn, A.; Goodman, M.; Kerr, S.; Levy, K. N. et al. (2023): Attitudes, Clinical Practices, and Perceived Advocacy Needs of Professionals With Interests in Personality Disorders. In: *Journal of personality disorders* 37 (1), S. 1–15. DOI: 10.1521/pedi.2023.37.1.1.

- Ellison, W. D.; Rosenstein, L. K.; Morgan, T. A.; Zimmerman, M. (2018): Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. In: *The Psychiatric clinics of North America* 41 (4), S. 561–573. DOI: 10.1016/j.psc.2018.07.008.
- Empfehlung Rec (2001)13 des Europarates (2001): Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis. Deutschsprachige Ausgabe.
- Epstein, L.-H.; Wing, R. R. (1979): Behavioral contracting: Health behaviors. In: *Clinical Behavior Therapy Review* (1), S. 2–21.
- Ercan Doğu, S.; Kayihan, H.; Kokurcan, A.; Örsel, S. (2021): The effectiveness of a combination of Occupational Therapy and Social Skills Training in people with schizophrenia: A rater-blinded randomized controlled trial. In: *British Journal of Occupational Therapy* 84 (11), S. 684–693. DOI: 10.1177/03080226211022953.
- Eubanks, C. F.; Muran, J. C.; Safran, J. D. (2018): Alliance rupture repair: A meta-analysis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 508–519. DOI: 10.1037/pst0000185.
- Faber, F. R.; Haarstrick, R. (Hg.) (2021): Faber/Haarstrick Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. Unter Mitarbeit von Michael Dieckmann, Manuel Becker, Martin Neher, Alessandro Cavicchioli, Hans Lieb und Annette Streeck-Fischer. Elsevier GmbH; Urban-&-Fischer-Verlag. 12. Auflage. München: Elsevier.
- Falkai, P.; Wittchen, H.-U.; Döpfner, M.; Gaebel, W.; Maier, W.; Rief, W. et al. (Hg.) (2018): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®. American Psychiatric Association; Hogrefe Verlag. 2. korrigierte Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Farber, B. A.; Suzuki, J. Y.; Lynch, D. A. (2018): Positive regard and psychotherapy outcome: A meta-analytic review. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 411–423. DOI: 10.1037/pst0000171.
- Few, L. R.; Miller, J. D.; Rothbaum, A. O.; Meller, S.; Maples, J.; Terry, D. P. et al. (2013): Examination of the Section III DSM-5 diagnostic system for personality disorders in an outpatient clinical sample. In: *Journal of abnormal psychology* 122 (4), S. 1057–1069. DOI: 10.1037/a0034878.
- First, M. B.; Pincus, H. A.; Levine, J. B.; Williams, J. B. W.; Ustun, B.; Peele, R. (2004): Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses. In: *AJP* 161 (6), S. 946–954. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.6.946.
- Fischer, F.; Hoffmann, K.; Mönter, N.; Walle, M.; Beneke, R.; Negenborn, S. et al. (2014): Kostenevaluation eines Modells der Integrierten Versorgung für schwer psychisch Kranke. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 76 (2), S. 86–95. DOI: 10.1055/s-0033-1343438.
- Flückiger, C.; Del Re, A. C.; Wampold, B. E.; Horvath, A. O. (2018): The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 316–340. DOI: 10.1037/pst0000172.

Frans, N.; Hummelen, B.; Albers, C. J.; Paap, M. C. S. (2023): Visualizing Uncertainty to Promote Clinicians' Understanding of Measurement Error. In: *Assessment* 30 (8), S. 2449–2460. DOI: 10.1177/10731911221147042.

Fuchs, T. (2009): Reiz und Responsivität. In: Hampe, R., Martius, P., Ritschl, D., Sprei, F. von und Stalder, P. B. (Hg.): *KunstReiz. Neurobiologische Aspekte künstlerischer Therapien*. Berlin: Frank & Timme (Kunst, Gestaltung und Therapie, Band 2).

Garcia, D. J.; Skadberg, R. M.; Schmidt, M.; Bierma, S.; Shorter, R. L.; Waugh, M. H. (2018): It's not that Difficult: An Interrater Reliability Study of the DSM-5 Section III Alternative Model for Personality Disorders. In: *Journal of personality assessment* 100 (6), S. 612–620. DOI: 10.1080/00223891.2018.1428982.

García, L. F.; Gutiérrez, F.; García, O.; Aluja, A. (2024): The Alternative Model of Personality Disorders: Assessment, Convergent and Discriminant Validity, and a Look to the Future. In: *Annual review of clinical psychology*. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-081122-010709.

García-Nieto, R.; Blasco-Fontecilla, H.; Paz Yepes, M.; Baca-García, E. (2013): Translation and validation of the "Self-injurious thoughts and behaviors interview" in a Spanish population with suicidal behaviour. In: *Revista de psiquiatria y salud mental* 6 (3), S. 101–108. DOI: 10.1016/j.rpsm.2012.07.001.

G-BA (2018): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie: Psychiatrische häusliche Krankenpflege vom 19. Juli 2018. Gemeinsamer Bundesausschuss. Online verfügbar unter BAnz AT 05.02.2024 B4.

G-BA (2021): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL). In: *BAnz AT 17.12.2021 B3*. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2668/KSVPsych-RL_2021-09-02_iK-2021-12-18.pdf, zuletzt geprüft am 19.10.2023.

G-BA (2023): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) in der Fassung vom 17. September 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 21a (Beilage) vom 9. Februar 2010, in Kraft getreten am 10. Februar 2010, zuletzt geändert am 19. Januar 2023, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 10.03.2023 B4), in Kraft getreten am 11. März 2023. Gemeinsamer Bundesausschuss.

G-BA (2024): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie/PPP-RL), in der Fassung vom 19. September 2019 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 31.12.2019 B6) in Kraft getreten am 1. Januar 2020, zuletzt geändert am 19. Oktober 2023 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 05.02.2024 B4) in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Januar 2024. Gemeinsamer Bundesausschuss.

- Gelso, C. J.; Kivlighan, D. M.; Markin, R. D. (2018): The real relationship and its role in psychotherapy outcome: A meta-analysis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 434–444. DOI: 10.1037/pst0000183.
- Gerstl, L. (2019): Der Non-Suizid-Vertrag auf dem Prüfstand. In: *Psychotherapie Forum* 23 (3-4), S. 87–94. DOI: 10.1007/s00729-019-00127-z.
- Glöckler, M.; Schürholz, J.; Treichler, M. (1991): Anthroposophische Medizin. In: Zentrum zur Dokumentation für Naturheilverfahren (Hg.): Dokumentation der besonderen Therapierichtungen und natürlichen Heilweisen in Europa. Essen: VGM-Verlag (Dokumentation der besonderen Therapierichtungen und natürlichen Heilweisen in Europa), S. 215–336.
- Goldner, E. M.; Jones, W.; Fang, M. L. (2011): Access to and waiting time for psychiatrist services in a Canadian urban area: a study in real time. In: *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 56 (8), S. 474–480. DOI: 10.1177/070674371105600805.
- Goldstein, L. A.; Mehling, W. E.; Metzler, T. J.; Cohen, B. E.; Barnes, D. E.; Choucroun, G. J. et al. (2018): Veterans Group Exercise: A randomized pilot trial of an Integrative Exercise program for veterans with posttraumatic stress. In: *Journal of affective disorders* 227, S. 345–352. DOI: 10.1016/j.jad.2017.11.002.
- Goodill, S. (2005): An introduction to medical dance movement therapy. Health care in motion. 1. publ. London, Philadelphia: Jessica Kingsley.
- Gordon, B. R.; McDowell, C. P.; Lyons, M.; Herring, M. P. (2021): Resistance exercise training among young adults with analogue generalized anxiety disorder. In: *Journal of affective disorders* 281, S. 153–159. DOI: 10.1016/j.jad.2020.12.020.
- Grawe, K. (2000): Psychologische Therapie. 2., korrigierte Aufl. Göttingen, Bern: Hogrefe Verl. für Psychologie.
- Greggersen, W.; Rudolf, S.; Brandt, P.-W.; Schulz, E.; Fassbinder, E.; Willenborg, B. et al. (2011): Intima-media thickness in women with borderline personality disorder. In: *Psychosomatic medicine* 73 (7), S. 627–632. DOI: 10.1097/PSY.0b013e3182231fe2.
- Gühne, U.; Riedel-Heller, S. G. (2015): Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Online verfügbar unter https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/6f086cca1fce87b992b2514621343930b0c398c5/Expertise_Arbeitssituation_2015-09-14_fin.pdf, zuletzt geprüft am 20.01.2024.
- Gühne, U.; Riedel-Heller, S. G.; Kupka, P. (2017): Psychisch Kranke im SGB II: Zwischen Arbeitswunsch und Beratungswirklichkeit. ASU. (52:600-4).
- Gühne, U.; Schulz, M.; Nienaber, A.; Rogge, S.; Riedel-Heller, S. G. (2022): Herausforderungen in der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen. In: *Pflege-Report*, S. 139–154. DOI: 10.1007/978-3-662-65204-6_9.
- Guyatt, G.; Oxman, A. D.; Akl, E. A.; Kunz, R.; Vist, G.; Brozek, J. et al. (2011): GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. In: *Journal of clinical epidemiology* 64 (4), S. 383–394. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2010.04.026.

- Guyatt, G. H.; Oxman, A. D.; Vist, G. E.; Kunz, R.; Falck-Ytter, Y.; Alonso-Coello, P.; Schünemann, H. J. (2008): GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 336 (7650), S. 924–926. DOI: 10.1136/bmj.39489.470347.AD.
- Haehner, P.; Sleep, C. E.; Miller, J. D.; Lynam, D. R.; Hopwood, C. J. (2023): The Longitudinal (Co)Development of Personality Traits and the Level of Personality Functioning After Negative Life Events. In: *Clinical psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, Artikel 21677026231197607. DOI: 10.1177/21677026231197607.
- Haeyen, S. (2022): Effects of Arts and Psychomotor Therapies in Personality Disorders. Developing a Treatment Guideline Based on a Systematic Review Using GRADE. In: *Front. Psychiatry* 13, S. 878866. DOI: 10.3389/fpsy.2022.878866.
- Haeyen, S.; Chakhssi, F.; van Hooren, S. (2020): Benefits of Art Therapy in People Diagnosed With Personality Disorders: A Quantitative Survey. In: *Frontiers in psychology* 11 (6), S. 686. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.00686.
- Haeyen, S.; Dimaggio, G. (2024): Arts and psychomotor therapies in the treatment of personality disorders. In: *Journal of clinical psychology*, Artikel jclp.23693. DOI: 10.1002/jclp.23693.
- Haeyen, S.; van Hooren, S.; van der Veld, W.; Hutschemaekers, G. (2018a): Efficacy of Art Therapy in Individuals With Personality Disorders Cluster B/C: A Randomized Controlled Trial. In: *Journal of personality disorders* 32 (4), S. 527–542. DOI: 10.1521/pedi_2017_31_312.
- Haeyen, S.; van Hooren, S.; van der Veld, W. M.; Hutschemaekers, G. (2018b): Promoting mental health versus reducing mental illness in art therapy with patients with personality disorders: A quantitative study. In: *The Arts in Psychotherapy* 58, S. 11–16. DOI: 10.1016/j.aip.2017.12.009.
- Hamann, J.; Cohen, R.; Leucht, S.; Busch, R.; Kissling, W. (2005): Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? In: *AJP* 162 (12), S. 2382–2384. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.12.2382.
- Hamann, J.; Langer, B.; Winkler, V.; Busch, R.; Cohen, R.; Leucht, S.; Kissling, W. (2006): Shared decision making for in-patients with schizophrenia. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 114 (4), S. 265–273. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2006.00798.x.
- Hamilton, M. (1960): A rating scale for depression. In: *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry* 23 (1), S. 56–62. DOI: 10.1136/jnnp.23.1.56.
- Haro, J. M.; Kamath, S. A.; Ochoa, S.; Novick, D.; Rele, K.; Fargas, A. et al. (2003): The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. In: *Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum* (416), S. 16–23. DOI: 10.1034/j.1600-0447.107.s416.5.x.
- Haslam, N.; McGrath, M. J.; Viechtbauer, W.; Kuppens, P. (2020): Dimensions over categories: a meta-analysis of taxometric research. In: *Psychol. Med.* 50 (9), S. 1418–1432. DOI: 10.1017/S003329172000183X.

- Haw, R.; Hartley, S.; Trelfa, S.; Taylor, P. J. (2023): A systematic review and meta-ethnography to explore people's experiences of psychotherapy for self-harm. In: *The British journal of clinical psychology* 62 (2), S. 392–410. DOI: 10.1111/bjc.12414.
- Hayes, J. A.; Gelso, C. J.; Goldberg, S.; Kivlighan, D. M. (2018): Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 496–507. DOI: 10.1037/pst0000189.
- Hedman, E.; Axelsson, E.; Andersson, E.; Lekander, M.; Ljótsson, B. (2016): Exposure-based cognitive-behavioural therapy via the internet and as bibliotherapy for somatic symptom disorder and illness anxiety disorder: randomised controlled trial. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 209 (5), S. 407–413. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.181396.
- Heissler, R.; Doubková, N.; Hutsebaut, J.; Preiss, M. (2021): Semi-structured interview for personality functioning DSM-5 (STiP-5.1): Psychometric evaluation of the Czech version. In: *Personality and mental health* 15 (3), S. 198–207. DOI: 10.1002/pmh.1508.
- Heltne, A.; Bode, C.; Hummelen, B.; Falkum, E.; Selvik, S. G.; Paap, M. C. S. (2021): Norwegian Clinicians' Experiences of Learnability and Usability of SCID-II, SCID-5-PD and SCID-5-AMPD-I Interviews: A Sequential Multi-Group Qualitative Approach. In: *Journal of personality assessment* 104 (5), S. 599–612. DOI: 10.1080/00223891.2021.1975726.
- Heltne, A.; Frans, N.; Hummelen, B.; Falkum, E.; Germans Selvik, S.; Paap, M. C. S. (2023): A systematic review of measurement uncertainty visualizations in the context of standardized assessments. In: *Scandinavian journal of psychology* 64 (5), S. 595–608. DOI: 10.1111/sjop.12918.
- Hemmati, A.; Morey, L. C.; McCredie, M. N.; Rezaei, F.; Nazari, A.; Rahmani, F. (2020): Validation of the Persian Translation of the Level of Personality Functioning Scale—Self-Report (LPFS-SR): Comparison of College Students and Patients with Personality Disorders. In: *J Psychopathol Behav Assess* 42 (3), S. 546–559. DOI: 10.1007/s10862-019-09775-6.
- Henkel, M.; Zimmermann, J.; Künecke, J.; Remmers, C.; Benecke, C. (2018): Same same but different: Das Potential der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik für ein differenziertes Verständnis von Persönlichkeitsstörungen. In: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 66 (2), S. 107–117. DOI: 10.1024/1661-4747/a000346.
- Herpertz, S. C. (in Vorbereitung): What is the difference between personality traits and personality disorder symptoms/functioning? In: Hopwood, C. J. und Sharp, C. (Hg.): *Dimensional Diagnosis: Practical and Conceptual Issues in the Integration of Personality and Psychopathology*. New York, NY: Guilford Press.
- Herpertz, S. C.; Huprich, S. K.; Bohus, M.; Chanen, A.; Goodman, M.; Mehlum, L. et al. (2017): The Challenge of Transforming the Diagnostic System of Personality Disorders. In: *Journal of personality disorders* 31 (5), S. 577–589. DOI: 10.1521/pedi_2017_31_338.
- Herpertz, S. C.; Schneider, I.; Renneberg, B.; Schneider, A. (2022): Patients With Personality Disorders in Everyday Clinical Practice—Implications of the ICD-11. In:

Deutsches Arzteblatt international 119 (Forthcoming), S. 1–7. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0001.

Hill, C. E.; Knox, S.; Pinto-Coelho, K. G. (2018): Therapist self-disclosure and immediacy: A qualitative meta-analysis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 445–460. DOI: 10.1037/pst0000182.

Hilsenroth, M. J.; Ackerman, S. J.; Blagys, M. D.; Baumann, B. D.; Baity, M. R.; Smith, S. R. et al. (2000): Reliability and validity of DSM-IV axis V. In: *AJP* 157 (11), S. 1858–1863. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.11.1858.

Hoffmann, H.; Jäckel, D. (2015): Frührehabilitation--ein Stiefkind der Psychiatrie. In: *Psychiatrische Praxis* 42 (5), S. 235–236. DOI: 10.1055/s-0034-1387694.

Hopwood, C. J. (2018): A framework for treating DSM-5 alternative model for personality disorder features. In: *Personality and mental health* 12 (2), S. 107–125. DOI: 10.1002/pmh.1414.

Hopwood, C. J.; Bagby, R. M.; Gralnick, T.; Ro, E.; Ruggero, C.; Mullins-Sweatt, S. et al. (2020): Integrating psychotherapy with the hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP). In: *Journal of Psychotherapy Integration* 30 (4), S. 477–497. DOI: 10.1037/int0000156.

Hopwood, C. J.; Bornstein, R. F. (2014): Multimethod clinical assessment. New York, NY: Guilford Press.

Hörz-Sagstetter, S.; Mokros, A.; Zimmermann, J. (2024): Strukturiertes Klinisches Interview für das DSM-5 - Alternatives Modell für Persönlichkeitsstörungen (SCID-5-AMPD): Hogrefe.

Hörz-Sagstetter, S.; Ohse, L.; Kampe, L. (2021): Three Dimensional Approaches to Personality Disorders: a Review on Personality Functioning, Personality Structure, and Personality Organization. In: *Current psychiatry reports* 23 (7), S. 45. DOI: 10.1007/s11920-021-01250-y.

Howard, R.; Berry, K.; Haddock, G. (2022): Therapeutic alliance in psychological therapy for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. In: *Clinical psychology & psychotherapy* 29 (2), S. 373–399. DOI: 10.1002/cpp.2642.

Huber, D.; Klug, G. (2017): Research evidence and the provision of long-term and open-ended psychotherapy and counselling in Germany. In: *European Journal of Psychotherapy & Counselling* 19 (2), S. 158–174. DOI: 10.1080/13642537.2017.1313880.

Hummelen, B.; Braeken, J.; Buer Christensen, T.; Nysaeter, T. E.; Germans Selvik, S.; Walther, K. et al. (2021): A Psychometric Analysis of the Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders Module I (SCID-5-AMPD-I): Level of Personality Functioning Scale. In: *Assessment* 28 (5), S. 1320–1333. DOI: 10.1177/1073191120967972.

Hutsebaut, J. (2023): Isn't criterion A rather than B the language of psychotherapy?: Comment on Sauer-Zavala et al. (2022). In: *Personality disorders* 14 (4), S. 385–387. DOI: 10.1037/per0000543.

Hutsebaut, J.; Feenstra, D. J.; Kamphuis, J. H. (2016): Development and Preliminary Psychometric Evaluation of a Brief Self-Report Questionnaire for the Assessment of

- the DSM-5 level of Personality Functioning Scale: The LPFS Brief Form (LPFS-BF). In: *Personality disorders* 7 (2), S. 192–197. DOI: 10.1037/per0000159.
- Hutsebaut, J.; Kamphuis, J. H.; Feenstra, D. J.; Weekers, L. C.; Saeger, H. de (2017): Assessing DSM-5-oriented level of personality functioning: Development and psychometric evaluation of the Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1). In: *Personality disorders* 8 (1), S. 94–101. DOI: 10.1037/per0000197.
- Iffland, J. R.; Lockhofen, D.; Gruppe, H.; Gallhofer, B.; Sammer, G.; Hanewald, B. (2015): Validation of the German Version of the Social Functioning Scale (SFS) for schizophrenia. In: *PloS one* 10 (4), e0121807. DOI: 10.1371/journal.pone.0121807.
- Ijaz, S.; Davies, P.; Williams, C. J.; Kessler, D.; Lewis, G.; Wiles, N. (2018): Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 5 (5), CD010558. DOI: 10.1002/14651858.CD010558.pub2.
- Ikiugu, M. N.; Nissen, R. M.; Bellar, C.; Maassen, A.; van Peurse, K. (2017): Clinical Effectiveness of Occupational Therapy in Mental Health: A Meta-Analysis. In: *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association* 71 (5), 7105100020p1-7105100020p10. DOI: 10.5014/ajot.2017.024588.
- Jacob, G. A.; Arntz, A. (2011): Schematherapie. In: *Psychotherapeut* 56 (3), S. 247–258. DOI: 10.1007/s00278-011-0821-8.
- Jacobi, F.; Grafiadeli, R.; Volkmann, H.; Schneider, I. (2021): Krankheitslast der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Krankheitskosten, somatische Komorbidität und Mortalität. In: *Nervenarzt* 92 (7), S. 660–669. DOI: 10.1007/s00115-021-01139-4.
- Jacobi, F.; Höfler, M.; Strehle, J.; Mack, S.; Gerschler, A.; Scholl, L. et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). In: *Nervenarzt* 85 (1), S. 77–87. DOI: 10.1007/s00115-013-3961-y.
- Jørgensen, M. S.; Storebø, O. J.; Stoffers-Winterling, J. M.; Faltinsen, E.; Todorovac, A.; Simonsen, E. (2021): Psychological therapies for adolescents with borderline personality disorder (BPD) or BPD features-A systematic review of randomized clinical trials with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. In: *PloS one* 16 (1), e0245331. DOI: 10.1371/journal.pone.0245331.
- Kahraman, B. (2008): Die kultursensible Therapiebeziehung. Störungen und Lösungsansätze am Beispiel türkischer Klienten. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Kampe, L.; Zimmermann, J.; Bender, D.; Caligor, E.; Borowski, A.-L.; Ehrenthal, J. C. et al. (2018): Comparison of the Structured DSM-5 Clinical Interview for the Level of Personality Functioning Scale With the Structured Interview of Personality Organization. In: *Journal of personality assessment* 100 (6), S. 642–649. DOI: 10.1080/00223891.2018.1489257.
- Kamphuis, J. H.; Noordhof, A.; Hopwood, C. J. (2021): When and how assessment matters: An update on the Treatment Utility of Clinical Assessment (TUCA). In: *Psychological assessment* 33 (2), S. 122–132. DOI: 10.1037/pas0000966.

- Karkou, V.; Sanderson, P. (2006): Arts therapies. A research-based map of the field. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.
- Karlsson, R. (2005): Ethnic matching between therapist and patient in psychotherapy: an overview of findings, together with methodological and conceptual issues. In: *Cultural diversity & ethnic minority psychology* 11 (2), S. 113–129. DOI: 10.1037/1099-9809.11.2.113.
- Karow, A.; Reimer, J.; König, H. H.; Heider, D.; Bock, T.; Huber, C. et al. (2012): Cost-effectiveness of 12-month therapeutic assertive community treatment as part of integrated care versus standard care in patients with schizophrenia treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). In: *The Journal of clinical psychiatry* 73 (3), e402–8. DOI: 10.4088/JCP.11m06875.
- KBV (2023): Psychiatrische Häusliche Krankenpflege. Online verfügbar unter <https://www.kbv.de/html/40607.php>, zuletzt geprüft am 19.01.2024.
- KBV (2024): Psychiatrische und psychotherapeutische Komplexbehandlung. Online verfügbar unter https://www.kbv.de/html/themen_58817.php, zuletzt aktualisiert am 16.01.2024, zuletzt geprüft am 31.01.2024.
- Keeley, J. W.; Reed, G. M.; Roberts, M. C.; Evans, S. C.; Medina-Mora, M. E.; Robles, R. et al. (2016): Developing a science of clinical utility in diagnostic classification systems field study strategies for ICD-11 mental and behavioral disorders. In: *The American psychologist* 71 (1), S. 3–16. DOI: 10.1037/a0039972.
- Kerber, A.; Ehrental, J.; Zimmermann, J.; Remmers, C.; Nolte, T.; Wendt, L. et al. (2024): Examining the role of personality functioning in a hierarchical taxonomy of psychopathology using two years of ambulatory assessed data. In: *Preprint*. DOI: 10.21203/rs.3.rs-3854842/v1.
- Kerling, A.; Tegtbur, U.; Gützlaff, E.; Kück, M.; Borchert, L.; Ates, Z. et al. (2015): Effects of adjunctive exercise on physiological and psychological parameters in depression: a randomized pilot trial. In: *Journal of affective disorders* 177, S. 1–6. DOI: 10.1016/j.jad.2015.01.006.
- Keuroghlian, A. S.; Frankenburg, F. R.; Zanarini, M. C. (2013): The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. In: *Journal of Psychiatric Research* 47 (10), S. 1499–1506. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2013.06.012.
- Kienast, T.; Stoffers, J.; Bempohl, F.; Lieb, K. (2014): Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. In: *Deutsches Ärzteblatt international* 111 (16), S. 280–286. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0280.
- Kilbourne, A. M.; Post, E. P.; Nosssek, A.; Sonel, E.; Drill, L. J.; Cooley, S.; Bauer, M. S. (2008): Service delivery in older patients with bipolar disorder: a review and development of a medical care model. In: *Bipolar disorders* 10 (6), S. 672–683. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2008.00602.x.
- Kilian, R.; Becker, T. (2007): Macro-economic indicators and labour force participation of people with schizophrenia. In: *Journal of Mental Health* 16 (2), S. 211–222. DOI: 10.1080/09638230701279899.

- Kirschenbaum, D. S.; Flanery, R. C. (1983): Behavioral contracting: outcomes and elements. In: *Progress in behavior modification* 15, S. 217–275. DOI: 10.1016/B978-0-12-535615-2.50010-3.
- Kjær, J. N. R.; Biskin, R.; Vestergaard, C.; Munk-J Rgensen, P. (2020): All-Cause Mortality of Hospital-Treated Borderline Personality Disorder: A Nationwide Cohort Study. In: *Journal of personality disorders* 34 (6), S. 723–735. DOI: 10.1521/pedi_2018_32_403.
- Klaghofer, R.; Brähler, E. (2001): Konstruktion und Teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90–R. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 49 (2), S. 115–124.
- Klemperer, D. (2003): Arzt-Patient-Beziehung: Entscheidung über Therapie muss gemeinsam getroffen werden. In: *Deutsches Ärzteblatt* 100 (12), S. 753–755.
- Klingemann, J.; Welbel, M.; Priebe, S.; Giacco, D.; Matanov, A.; Lorant, V. et al. (2020): Personal continuity versus specialisation of care approaches in mental healthcare: experiences of patients and clinicians-results of the qualitative study in five European countries. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 55 (2), S. 205–216. DOI: 10.1007/s00127-019-01757-z.
- Kool, M.; Van, H. L.; Bartak, A.; Maat, S. C. M. de; Arntz, A.; van den Eshof, J. W. et al. (2018): Optimizing psychotherapy dosage for comorbid depression and personality disorders (PsyDos): a pragmatic randomized factorial trial using schema therapy and short-term psychodynamic psychotherapy. In: *BMC psychiatry* 18 (1), S. 252. DOI: 10.1186/s12888-018-1829-1.
- Kösters, M.; Burlingame, G. M.; Nachtigall, C.; Strauss, B. (2006): A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy. In: *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 10 (2), S. 146–163. DOI: 10.1037/1089-2699.10.2.146.
- Kotov, R.; Krueger, R. F.; Watson, D.; Achenbach, T. M.; Althoff, R. R.; Bagby, R. M. et al. (2017): The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. In: *Journal of abnormal psychology* 126 (4), S. 454–477. DOI: 10.1037/abn0000258.
- Kotov, R.; Krueger, R. F.; Watson, D.; Cicero, D. C.; Conway, C. C.; DeYoung, C. G. et al. (2021): The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Quantitative Nosology Based on Consensus of Evidence. In: *Annual review of clinical psychology* 17, S. 83–108. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-093304.
- Krivzov, J.; Baert, F.; Meganck, R.; Cornelis, S. (2021): Interpersonal dynamics and therapeutic relationship in patients with functional somatic syndromes: A metasynthesis of case studies. In: *Journal of counseling psychology* 68 (5), S. 593–607. DOI: 10.1037/cou0000529.
- Kroenke, K.; Spitzer, R. L. (2002): The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure. In: *Psychiatric Annals* 32 (9), S. 509–515. DOI: 10.3928/0048-5713-20020901-06.
- Krueger, R. F.; Hobbs, K. A. (2020): An Overview of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders. In: *Psychopathology* 53 (3-4), S. 126–132. DOI: 10.1159/000508538.

- Lambert, M.; Bock, T.; Schöttle, D.; Golks, D.; Meister, K.; Rietschel, L. et al. (2010): Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). In: *The Journal of clinical psychiatry* 71 (10), S. 1313–1323. DOI: 10.4088/JCP.09m05113yel.
- Laws, K. R.; Darlington, N.; Kondel, T. K.; McKenna, P. J.; Jauhar, S. (2018): Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia - outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis. In: *BMC psychology* 6 (1), S. 32. DOI: 10.1186/s40359-018-0243-2.
- Le Corff, Y.; Aluja, A.; Rossi, G.; Lapalme, M.; Forget, K.; García, L. F.; Rolland, J.-P. (2022): Construct Validity of the Dutch, English, French, and Spanish LPFS-BF 2.0: Measurement Invariance Across Language and Gender and Criterion Validity. In: *Journal of personality disorders* 36 (6), S. 662–679. DOI: 10.1521/pedi.2022.36.6.662.
- Leamy, M.; Bird, V.; Le Boutillier, C.; Williams, J.; Slade, M. (2011): Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 199 (6), S. 445–452. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.083733.
- Leichsenring, F.; Rabung, S. (2011): Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 199 (1), S. 15–22. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.082776.
- Lewis, C. C.; Boyd, M.; Puspitasari, A.; Navarro, E.; Howard, J.; Kassab, H. et al. (2019): Implementing Measurement-Based Care in Behavioral Health: A Review. In: *JAMA psychiatry* 76 (3), S. 324–335. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.3329.
- Li, J.-M.; Zhang, Y.; Su, W.-J.; Liu, L.-L.; Gong, H.; Peng, W.; Jiang, C.-L. (2018): Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis. In: *Psychiatry research* 268, S. 243–250. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.07.020.
- Liebherz, S.; Rabung, S. (2013): Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum: Eine Meta-Analyse. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 63 (9-10), S. 355–364. DOI: 10.1055/s-0033-1337909.
- Lim, C. T.; Caan, M. P.; Kim, C. H.; Chow, C. M.; Leff, H. S.; Tepper, M. C. (2022): Care Management for Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 73 (2), S. 180–187. DOI: 10.1176/appi.ps.202000473.
- Linden, M.; Muschalla, B. (2012): Standardized diagnostic interviews, criteria, and algorithms for mental disorders: garbage in, garbage out. In: *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 262 (6), S. 535–544. DOI: 10.1007/s00406-012-0293-z.
- Lindström, M.; Hariz, G.-M.; Bernspång, B. (2012): Dealing with Real-Life Challenges: Outcome of a Home-Based Occupational Therapy Intervention for People with Severe Psychiatric Disability. In: *OTJR: Occupation, Participation and Health* 32 (2), S. 5–14. DOI: 10.3928/15394492-20110819-01.

- Linehan, M. (1993): Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, NY: Guilford Press.
- Little, H.; Tickle, A.; das Nair, R. (2018): Process and impact of dialectical behaviour therapy: A systematic review of perceptions of clients with a diagnosis of borderline personality disorder. In: *Psychology and psychotherapy* 91 (3), S. 278–301. DOI: 10.1111/papt.12156.
- Loh, A.; Simon, D.; Kriston, L.; Härter, M. (2007a): Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. In: *Deutsches Ärzteblatt* 104 (21), S. 1483–1488.
- Loh, A.; Simon, D.; Wills, C. E.; Kriston, L.; Niebling, W.; Härter, M. (2007b): The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. In: *Patient education and counseling* 67 (3), S. 324–332. DOI: 10.1016/j.pec.2007.03.023.
- Loughlin, M.; Bucci, S.; Brooks, J.; Berry, K. (2020): Service users' and carers' experiences of engaging with early intervention services: A meta-synthesis review. In: *Early intervention in psychiatry* 14 (1), S. 26–36. DOI: 10.1111/eip.12803.
- Luborsky, L.; Crits-Christoph, P. (1990): Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method (2nd ed.). DOI: 10.1037/10250-000.
- Markon, K. E.; Chmielewski, M.; Miller, C. J. (2011): The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: a quantitative review. In: *Psychological bulletin* 137 (5), S. 856–879. DOI: 10.1037/a0023678.
- Marshall, M.; Lockwood, A. (2000): Assertive community treatment for people with severe mental disorders. In: *The Cochrane database of systematic reviews* (2), CD001089. DOI: 10.1002/14651858.CD001089.
- Marwaha, S.; Johnson, S. (2004): Schizophrenia and employment - a review. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39 (5), S. 337–349. DOI: 10.1007/s00127-004-0762-4.
- Mashimo, I.; Yotsumoto, K.; Fujimoto, H.; Hashimoto, T. (2020): Effects of Home-visit Occupational Therapy Using a Management Tool for Daily Life Performance on Severe Mental Illness: A Multicenter Randomized Controlled Trial. In: *The Kobe journal of medical sciences* 66 (4), E119-E128.
- McCabe, G. A.; Oltmanns, J. R.; Widiger, T. A. (2021): Criterion A Scales: Convergent, Discriminant, and Structural Relationships. In: *Assessment* 28 (3), S. 813–828. DOI: 10.1177/1073191120947160.
- McCabe, G. A.; Widiger, T. A. (2020): A comprehensive comparison of the ICD-11 and DSM-5 section III personality disorder models. In: *Psychological assessment* 32 (1), S. 72–84. DOI: 10.1037/pas0000772.
- McLaughlin, S. P. B.; Barkowski, S.; Burlingame, G. M.; Strauss, B.; Rosendahl, J. (2019): Group psychotherapy for borderline personality disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 56 (2), S. 260–273. DOI: 10.1037/pst0000211.

- Mehl, S.; Werner, D.; Lincoln, T. M. (2015): Does Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis. In: *Frontiers in psychology* 6, S. 1450. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01450.
- Mehl, S.; Werner, D.; Lincoln, T. M. (2019): Corrigendum: Does Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis. In: *Frontiers in psychology* 10, S. 1868. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01868.
- Meisner, M. W.; Bach, B.; Lenzenweger, M. F.; Møller, L.; Haahr, U. H.; Petersen, L. S. et al. (2022): Reconceptualization of borderline conditions through the lens of the alternative model of personality disorders. In: *Personality disorders* 13 (3), S. 266–276. DOI: 10.1037/per0000502.
- Merz, J.; Schwarzer, G.; Gerger, H. (2019): Comparative Efficacy and Acceptability of Pharmacological, Psychotherapeutic, and Combination Treatments in Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Network Meta-analysis. In: *JAMA psychiatry* 76 (9), S. 904–913. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0951.
- Milinkovic, M. S.; Tiliopoulos, N. (2020): A systematic review of the clinical utility of the DSM-5 section III alternative model of personality disorder. In: *Personality disorders* 11 (6), S. 377–397. DOI: 10.1037/per0000408.
- Møller, L.; Meisner, M. W.; Søgaard, U.; Elklit, A.; Simonsen, E. (2021): Assessment of personality functioning in ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder. In: *Personality disorders* 12 (5), S. 466–474. DOI: 10.1037/per0000491.
- Montazeri, A.; Goshtasebi, A.; Vahdaninia, M.; Gandek, B. (2005): The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. In: *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 14 (3), S. 875–882. DOI: 10.1007/s11136-004-1014-5.
- Morey, L. C. (2017): Development and initial evaluation of a self-report form of the DSM-5 Level of Personality Functioning Scale. In: *Psychological assessment* 29 (10), S. 1302–1308. DOI: 10.1037/pas0000450.
- Morey, L. C. (2019): Interdiagnostic Reliability of the DSM-5 Section II and Section III Alternative Model Criteria for Borderline Personality Disorder. In: *Journal of personality disorders* 33 (6), 721-S18. DOI: 10.1521/pedi_2019_33_362.
- Morey, L. C.; Bender, D. S.; Skodol, A. E. (2013): Validating the proposed diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition, severity indicator for personality disorder. In: *The Journal of nervous and mental disease* 201 (9), S. 729–735. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3182a20ea8.
- Morey, L. C.; Hopwood, C. J. (2020): Brief Report: Expert Preferences for Categorical, Dimensional, and Mixed/Hybrid Approaches to Personality Disorder Diagnosis. In: *Journal of personality disorders* 34 (Supplement C), S. 124–131. DOI: 10.1521/pedi_2019_33_398.
- Morey, L. C.; McCredie, M. N.; Bender, D. S.; Skodol, A. E. (2022): Criterion A: Level of personality functioning in the alternative DSM-5 model for personality disorders. In: *Personality disorders* 13 (4), S. 305–315. DOI: 10.1037/per0000551.

- Morey, L. C.; Skodol, A. E.; Oldham, J. M. (2014): Clinician judgments of clinical utility: A comparison of DSM-IV-TR personality disorders and the alternative model for DSM-5 personality disorders. In: *Journal of abnormal psychology* 123 (2), S. 398–405. DOI: 10.1037/a0036481.
- Mota-Pereira, J.; Silverio, J.; Carvalho, S.; Ribeiro, J. C.; Fonte, D.; Ramos, J. (2011): Moderate exercise improves depression parameters in treatment-resistant patients with major depressive disorder. In: *Journal of Psychiatric Research* 45 (8), S. 1005–1011. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2011.02.005.
- Müller, H.; Goldstein, L.; Haag, I.; Kim, E.-H.; Klaus, J.; Konkol, C. et al. (2013): Ein Jahr Integrierte Versorgung zur Behandlung von Patienten mit psychotischen Störungen an der Uniklinik Köln. Berlin: DGPPN.
- Müller, H.; Haag, I.; Jessen, F.; Kim, E. H.; Klaus, J.; Konkol, C.; Bechdorf, A. (2016): Kognitive Verhaltenstherapie und Assertive Community Treatment reduzieren die Anzahl stationärer Tage und verlängern die Zeit bis zu einer stationären Aufnahme bei schweren psychotischen Störungen. In: *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 84 (2), S. 76–82. DOI: 10.1055/s-0042-102055.
- Mullins-Sweatt, S. N.; Widiger, T. A. (2009): Clinical utility and DSM-V. In: *Psychological assessment* 21 (3), S. 302–312. DOI: 10.1037/a0016607.
- Munder, T.; Geisshüsler, A.; Krieger, T.; Zimmermann, J.; Wolf, M.; Berger, T.; Watzke, B. (2022): Intensity of Treatment as Usual and Its Impact on the Effects of Face-to-Face and Internet-Based Psychotherapy for Depression: A Preregistered Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. In: *Psychotherapy and psychosomatics* 91 (3), S. 200–209. DOI: 10.1159/000521951.
- Natoli, A. P.; Bach, B.; Behn, A.; Cottin, M.; Gritti, E. S.; Hutsebaut, J. et al. (2022): Multinational evaluation of the measurement invariance of the Level of Personality Functioning Scale-brief form 2.0: Comparison of student and community samples across seven countries. In: *Psychological assessment* 34 (12), S. 1112–1125. DOI: 10.1037/pas0001176.
- Nelson, S. M.; Huprich, S. K.; Meehan, K. B.; Siefert, C.; Haggerty, G.; Sexton, J. et al. (2018): Convergent and Discriminant Validity and Utility of the DSM-5 Levels of Personality Functioning Questionnaire (DLOPFQ): Associations with Medical Health Care Provider Ratings and Measures of Physical Health. In: *Journal of personality assessment* 100 (6), S. 671–679. DOI: 10.1080/00223891.2018.1492415.
- NICE (2009): Borderline personality disorder: recognition and management, zuletzt geprüft am 21.02.2024. www.nice.org.uk/guidance/cg78.
- NICE (2014): Psychosis and schizophrenia in adults. Prevention and management. London: NICE.
- Nock, M. K.; Holmberg, E. B.; Photos, V. I.; Michel, B. D. (2007): Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. In: *Psychological assessment* 19 (3), S. 309–317. DOI: 10.1037/1040-3590.19.3.309.

- Nolte, S.; Erdur, L.; Fischer, H. F.; Rose, M.; Palmowski, B. (2016): Course of self-reported symptoms of 342 outpatients receiving medium- versus long-term psychodynamic psychotherapy. In: *BioPsychoSocial medicine* 10, S. 23. DOI: 10.1186/s13030-016-0074-4.
- Norcross, J. C.; Lambert, M. J. (2018): Psychotherapy relationships that work III. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 303–315. DOI: 10.1037/pst0000193.
- OCEBM Levels of Evidence Working Group (2011): The Oxford 2011 Levels of Evidence. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Online verfügbar unter <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>, zuletzt geprüft am 07.03.2023.
- Oerter, U.; Scheytt-Hälzner, N.; Kächele, H. (2001): Musiktherapie in der Psychiatrie. In: *Nervenheilkunde* (8), S. 428–433.
- Ohse, L.; Zimmermann, J.; Kerber, A.; Kampe, L.; Mohr, J.; Kendlbacher, J. et al. (2023): Reliability, structure, and validity of module I (personality functioning) of the Structured Clinical Interview for the alternative DSM-5 model for personality disorders (SCID-5-AMPD-I). In: *Personality disorders* 14 (3), S. 287–299. DOI: 10.1037/per0000576.
- Oitsalu, M.-L.; Kreegipuu, M.; Hutsebaut, J. (2022): Psychometric evaluation of the Estonian version of the Semi-structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1). In: *Borderline personality disorder and emotion dysregulation* 9 (1), S. 28. DOI: 10.1186/s40479-022-00197-7.
- Olson, R. L.; Brush, C. J.; Ehmann, P. J.; Alderman, B. L. (2017): A randomized trial of aerobic exercise on cognitive control in major depression. In: *Clinical neurophysiology: official journal of the International Federation of Clinical Neurophysiology* 128 (6), S. 903–913. DOI: 10.1016/j.clinph.2017.01.023.
- Oltmanns, J. R.; Widiger, T. A. (2019): Evaluating the assessment of the ICD-11 personality disorder diagnostic system. In: *Psychological assessment* 31 (5), S. 674–684. DOI: 10.1037/pas0000693.
- Orygen (2016): Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis. 2. Aufl. Melbourne: Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health.
- Osborne-Crowley, K. (2020): Social Cognition in the Real World: Reconnecting the Study of Social Cognition With Social Reality. In: *Review of General Psychology* 24 (2), S. 144–158. DOI: 10.1177/1089268020906483.
- Oschimansky, F.; Popp, S.; Riedel-Heller, S. G.; Schwarzbach, M.; Gühne, U.; Kupka, Peter (2017): Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung. IAB-Forschungsbericht, 14/2017. Nürnberg. Online verfügbar unter <http://hdl.handle.net/10419/182170>, zuletzt geprüft am 20.01.2024.
- Parabiaghi, A.; Bonetto, C.; Ruggeri, M.; Lasalvia, A.; Leese, M. (2006): Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41 (6), S. 457–463. DOI: 10.1007/s00127-006-0048-0.

Perkins, R.; Rinaldi, M. (2012): Das Leben wieder in den Griff bekommen. Ein Handbuch zur Planung deiner eigenen Recovery. 4. Aufl. Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste Abt. Forschung Entwicklung Pflege und Pädagogik.

Peter, L.-J.; Schindler, S.; Sander, C.; Schmidt, S.; Muehlan, H.; McLaren, T. et al. (2021): Continuum beliefs and mental illness stigma: a systematic review and meta-analysis of correlation and intervention studies. In: *Psychol. Med.* 51 (5), S. 716–726. DOI: 10.1017/S0033291721000854.

Pincus, A. L.; Dowgwillo, E. A.; Greenberg, L. S. (2016): Three cases of narcissistic personality disorder through the lens of the DSM-5 alternative model for personality disorders. In: *Practice Innovations* 1 (3), S. 164–177. DOI: 10.1037/pri0000025.

Polatajko, H. J.; Townsend, E. A.; Craik, J. (2007): Canadian model of occupational performance and engagement (COMP-E). Enabling occupation II. Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.

Preti, E.; Di Pierro, R.; Costantini, G.; Benzi, I. M. A.; Panfilis, C. de; Madeddu, F. (2018): Using the Structured Interview of Personality Organization for DSM-5 Level of Personality Functioning Rating Performed by Inexperienced Raters. In: *Journal of personality assessment* 100 (6), S. 621–629. DOI: 10.1080/00223891.2018.1448985.

Priebe, S.; Huxley, P.; Knight, S.; Evans, S. (1999): Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). In: *The International journal of social psychiatry* 45 (1), S. 7–12. DOI: 10.1177/002076409904500102.

Prinz, U.; Nutzinger, D.; Schulz, H.; Petermann, F.; Braukhaus, C.; Andreas, S. (2008): Die Symptom-Checkliste-90-R und ihre Kurzversionen: Psychometrische Analysen bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. In: *Phys Rehab Kur Med* 18 (06), S. 337–343. DOI: 10.1055/s-0028-1093323.

Pukrop, R.; Möller, H. J.; Sass, H.; Sauer, H.; Klosterkötter, J.; Czernik, A. et al. (1999): Das Konstrukt Lebensqualität. Metaanalytische Validierung und die Entwicklung eines modularen Erhebungssystems. In: *Der Nervenarzt* 70 (1), S. 41–53. DOI: 10.1007/s001150050399.

Rabung, S.; Leichsenring, F.; Jaeger, U.; Streeck, U. (2005): Behandlungsergebnisse psychoanalytisch-interaktioneller und analytisch orientierter stationärer Gruppentherapie. In: *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* (41), S. 130–152.

Reddemann, O. (2023): Komplexe Folgen von Psychotrauma und psychosomatische Grundversorgung. In: *Ärztliche Psychotherapie* 18 (3), S. 180–185. DOI: 10.21706/aep-18-3-180.

Reddemann, O.; Herrmann, M.; Veit, I. (2022): Psychosomatische Grundversorgung. In: Chenot, J.-F., Scherer, M. und Angelow, A. (Hg.): Allgemeinmedizin. 1. Auflage. München: Elsevier, S. 883–891.

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (29.09.2023): Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie („Psych-Fächer“): Reform und Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung.

Bschor, Tom, 11055 Berlin, Mail: Krankenhauskommission@bmg.bund.de. Online verfügbar unter www.bundesgesundheitsministerium.de/regierungskommission-krankenhausversorgung.

Reker, T.; Eikermann, B. (2004): Berufliche Eingliederung als Ziel psychiatrischer Therapie. In: *Psychiatrische Praxis* 31, S251-5. DOI: 10.1055/s-2004-828478.

Remmers, C.; Zimmermann, J. (2022): Angstproblematiken: Dimensionale Betrachtung und Einbettung in die Persönlichkeit. In: *PiD - Psychotherapie im Dialog* 23 (03), S. 40–44. DOI: 10.1055/a-1686-1628.

Richter, D.; Eikermann, B.; Reker, T. (2006): Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 68 (11), S. 704–707. DOI: 10.1055/s-2006-927288.

Richter, D.; Hoffmann, H. (2017): Independent housing and support for people with severe mental illness: systematic review. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 136 (3), S. 269–279. DOI: 10.1111/acps.12765.

Richter, D.; Jäger, M. (2021): Wohnen und psychiatrische Versorgung. Ein Beitrag über den Forschungsstand. In: *Kerbe* (4).

Roche, M. J.; Jacobson, N. C.; Phillips, J. J. (2018): Expanding the Validity of the Level of Personality Functioning Scale Observer Report and Self-Report Versions Across Psychodynamic and Interpersonal Paradigms. In: *Journal of personality assessment* 100 (6), S. 571–580. DOI: 10.1080/00223891.2018.1475394.

Roche, M. J.; Jacobson, N. C.; Pincus, A. L. (2016): Using repeated daily assessments to uncover oscillating patterns and temporally-dynamic triggers in structures of psychopathology: Applications to the DSM-5 alternative model of personality disorders. In: *Journal of abnormal psychology* 125 (8), S. 1090–1102. DOI: 10.1037/abn0000177.

Roche, M. J.; Jaweed, S. (2023): Comparing Measures of Criterion A to Better Understand Incremental Validity in the Alternative Model of Personality Disorders. In: *Assessment* 30 (3), S. 689–705. DOI: 10.1177/10731911211059763.

Rodante, D. E.; Kaplan, M. I.; Olivera Fedi, R.; Gagliosi, P.; Pascali, A.; José Quintero, P. S. et al. (2022): CALMA, a Mobile Health Application, as an Accessory to Therapy for Reduction of Suicidal and Non-Suicidal Self-Injured Behaviors: A Pilot Cluster Randomized Controlled Trial. In: *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research* 26 (2), S. 801–818. DOI: 10.1080/13811118.2020.1834476.

Rodriguez-Seijas, C.; Eaton, N. R.; Stohl, M.; Mauro, P. M.; Hasin, D. S. (2017): Mental disorder comorbidity and treatment utilization. In: *Comprehensive psychiatry* 79, S. 89–97. DOI: 10.1016/j.comppsy.2017.02.003.

Rohenkohl, A. C.; Sowada, P.; Lambert, M.; Gallinat, J.; Karow, A.; Lüdecke, D. et al. (2023): Service users' perceptions of relevant and helpful components of an integrated care concept (ACCESS) for psychosis. In: *Frontiers in psychology* 14, S. 1285575. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1285575.

- Roininen, S. M.; Cheetham, M.; Mueller, B. U.; Battegay, E. (2019): Unmet challenges in treating hypertension in patients with borderline personality disorder: A systematic review. In: *Medicine* 98 (37), e17101. DOI: 10.1097/MD.00000000000017101.
- Rönnau-Böse, M.; Fröhlich-Gildhoff, K.; Bengel, J.; Lyssenko, L. (2022): Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.
- Ruggeri, M.; Leese, M.; Thornicroft, G.; Bisoffi, G.; Tansella, M. (2000): Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 177, S. 149–155. DOI: 10.1192/bjp.177.2.149.
- Ruggero, C. J.; Kotov, R.; Hopwood, C. J.; First, M.; Clark, L. A.; Skodol, A. E. et al. (2019): Integrating the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) into clinical practice. In: *Journal of consulting and clinical psychology* 87 (12), S. 1069–1084. DOI: 10.1037/ccp0000452.
- Safran, J. D.; Muran, J. C. (2000): Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide. paperback edition. New York: Guilford Press.
- Salkovskis, P. M.; Rimes, K. A.; Warwick, H. M. C.; Clark, D. M. (2002): The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. In: *Psychol. Med.* 32 (5), S. 843–853. DOI: 10.1017/s0033291702005822.
- Santis, R.; Hidalgo, C. G.; Jaramillo, A.; Hayden, V.; Armijo, I.; Lasagna, A. (2013): A family outreach intervention for engaging young out-of-treatment drug users: pre- versus post-treatment comparison. In: *Journal of substance abuse treatment* 44 (1), S. 61–70. DOI: 10.1016/j.jsat.2012.03.003.
- Schaefer, M.; Selo, M.; Stehlin, N.; Wagenblast, B.; Bock, T. (2021): Development and Structures of Trialogue for Bipolar Disorders in Germany and Guidelines of the German Society for Bipolar Disorders. In: *Medicina (Kaunas, Lithuania)* 57 (11). DOI: 10.3390/medicina57111213.
- Scheibler, F.; Janssen, C.; Pfaff, H. (2003): Shared decision making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. In: *Sozial- und Präventivmedizin* 48 (1), S. 11–23. DOI: 10.1007/s000380300002.
- Scheibler, F.; Pfaff, H. (Hg.) (2003): Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim, München: Juventa (Juventa Materialien).
- Schmeck, K.; Schlüter-Müller, S.; Foelsch, P. A.; Doering, S. (2013): The role of identity in the DSM-5 classification of personality disorders. In: *Child and adolescent psychiatry and mental health* 7 (1), S. 27. DOI: 10.1186/1753-2000-7-27.
- Schneider, F.; Erhart, M.; Hewer, W.; Loeffler, L. A.; Jacobi, F. (2019): Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally Ill. In: *Deutsches Ärzteblatt international* 116 (23-24), S. 405–411. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0405.

- Scholten, M.; Gieselmann, A.; Gather, J.; Vollmann, J. (2019): Psychiatric Advance Directives Under the Convention on the Rights of Persons With Disabilities: Why Advance Instructions Should Be Able to Override Current Preferences. In: *Front. Psychiatry* 10, S. 631. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00631.
- Schöttle, D.; Schimmelmann, B. G.; Ruppelt, F.; Bussopulos, A.; Frieling, M.; Nika, E. et al. (2018): Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia-spectrum and bipolar I disorders: Four-year follow-up of the ACCESS II study. In: *PloS one* 13 (2). DOI: 10.1371/journal.pone.0192929.
- Schultz, K.; Delva, D.; Kerr, J. (2012): Emotional effects of continuity of care on family physicians and the therapeutic relationship. In: *Canadian family physician Medecin de famille canadien* 58 (2), S. 178–185.
- Schünemann, H. J.; Best, D.; Vist, G.; Oxman, A. D. (2003): Letters, numbers, symbols and words: how to communicate grades of evidence and recommendations. In: *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 169 (7), S. 677–680.
- Schünemann, H. J.; Jaeschke, R.; Cook, D. J.; Bria, W. F.; El-Solh, A. A.; Ernst, A. et al. (2006): An official ATS statement: grading the quality of evidence and strength of recommendations in ATS guidelines and recommendations. In: *American journal of respiratory and critical care medicine* 174 (5), S. 605–614. DOI: 10.1164/rccm.200602-197ST.
- Schweitzer, J.; Schlippe, A. von (2015): *Das störungsspezifische Wissen*. 6., unveränd. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2019): A guideline developer's handbook. SIGN publication no.50. Revised edition published November 2019. Edinburgh: SIGN. Online verfügbar unter <http://www.sign.ac.uk>.
- Sell, C.; Gröning, F.; Benecke, C. (2021): »Zur weiteren Forschung vorgesehen«. In: *PTT - Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie* 25 (2), S. 141–154. DOI: 10.21706/ptt-25-2-141.
- Sharp, C.; Wall, K. (2021): DSM-5 Level of Personality Functioning: Refocusing Personality Disorder on What It Means to Be Human. In: *Annual review of clinical psychology* 17, S. 313–337. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-105402.
- Sheehan, D. V. (1983): *The anxiety disease*. 5. Aufl. New York: Scribner.
- Shefler, G.; Abargil, M.; Yonatan-Leus, R.; Finkenberg, R.; Amir, I. (2023): Empirical examination of long-term and intensive psychodynamic psychotherapy for severely disturbed patients. In: *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, S. 1–16. DOI: 10.1080/10503307.2023.2263810.
- Shen, C.-C.; Hu, L.-Y.; Hu, Y.-H. (2017): Comorbidity study of borderline personality disorder: applying association rule mining to the Taiwan national health insurance research database. In: *BMC medical informatics and decision making* 17 (1), S. 8. DOI: 10.1186/s12911-016-0405-1.
- Sheridan Rains, L.; Echave, A.; Rees, J.; Scott, H. R.; Lever Taylor, B.; Broeckelmann, E. et al. (2021): Service user experiences of community services for complex emotional

- needs: A qualitative thematic synthesis. In: *PloS one* 16 (4), e0248316. DOI: 10.1371/journal.pone.0248316.
- Shorey, H. S.; Snyder, C. R.; Yang, X.; Lewin, M. R. (2003): The Role of Hope as a Mediator in Recollected Parenting, Adult Attachment, and Mental Health. In: *Journal of Social and Clinical Psychology* 22 (6), S. 685–715. DOI: 10.1521/jscp.22.6.685.22938.
- Siegl, J.; Wendler, S. (2019): Verhaltenstherapeutische Interventionen. In: Leibing, E., Hiller, W. und Sulz, S. K. D. (Hg.): *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen Psychotherapeutin/en und für die ärztliche Weiterbildung*. 2. Auflage. Gießen: CIP-Medien im Psychosozial-Verlag, S. 125–163.
- Singer, S.; Blanck, J.; Scholz, I.; Büttner, M.; Maier, L. (2022a): Hängen die Stundenkontingente für ambulante Psychotherapie zur Behandlung von Depressionen mit deren Schweregrad zusammen? In: *Nervenarzt* 93 (11), S. 1143–1149. DOI: 10.1007/s00115-022-01374-3.
- Singer, S.; Maier, L.; Paserat, A.; Lang, K.; Wirp, B.; Kobes, J. et al. (2022b): Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz vor und nach der Psychotherapiestrukturreform. In: *Psychotherapeut* 67 (2), S. 176–184. DOI: 10.1007/s00278-021-00551-0.
- Skodol, A. E. (2018): Impact of personality pathology on psychosocial functioning. In: *Current opinion in psychology* 21, S. 33–38. DOI: 10.1016/j.copsyc.2017.09.006.
- Skodol, A. E.; Bender, D. S.; Oldham, J. M.; Clark, L. A.; Morey, L. C.; Verheul, R. et al. (2011): Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part II: Clinical application. In: *Personality disorders* 2 (1), S. 23–40. DOI: 10.1037/a0021892.
- Skodol, A. E.; Morey, L. C.; Bender, D. S.; Oldham, J. M. (2015): The Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders: A Clinical Application. In: *AJP* 172 (7), S. 606–613. DOI: 10.1176/appi.ajp.2015.14101220.
- Slade, M. (2009): 100 Wege um Recovery zu unterstützen. Ein Leitfaden für psychiatrische Fachpersonen. Online verfügbar unter [http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/files/recovery/100Wege_0813%20\(2\).pdf](http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/files/recovery/100Wege_0813%20(2).pdf), zuletzt geprüft am 18.01.2024.
- Sleep, C.; Lynam, D. R.; Miller, J. D. (2021): Personality impairment in the DSM-5 and ICD-11: Current standing and limitations. In: *Current opinion in psychiatry* 34 (1), S. 39–43. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000657.
- Sleep, C. E.; Lynam, D. R.; Widiger, T. A.; Crowe, M. L.; Miller, J. D. (2019): An evaluation of DSM-5 Section III personality disorder Criterion A (impairment) in accounting for psychopathology. In: *Psychological assessment* 31 (10), S. 1181–1191. DOI: 10.1037/pas0000620.
- Sleep, C. E.; Weiss, B.; Lynam, D. R.; Miller, J. D. (2020): The DSM-5 section III personality disorder criterion a in relation to both pathological and general personality traits. In: *Personality disorders* 11 (3), S. 202–212. DOI: 10.1037/per0000383.
- Smeijsters, H. (1999): *Grundlagen der Musiktherapie. Theorie und Praxis der Behandlung psychischer Störungen und Behinderungen*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verl. für Psychologie.

- Smith, G. T.; Atkinson, E. A.; Davis, H. A.; Riley, E. N.; Oltmanns, J. R. (2020): The General Factor of Psychopathology. In: *Annual review of clinical psychology* 16, S. 75–98. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-071119-115848.
- Snyder, C. R.; Lopez, S. J. (2002): *Handbook of Positive Psychology*: Oxford University Press.
- Solanto, M. V.; Jacobson, M. S.; Heller, L.; Golden, N. H.; Hertz, S. (1994): Rate of weight gain of inpatients with anorexia nervosa under two behavioral contracts. In: *Pediatrics* 93 (6 Pt 1), S. 989–991.
- Somma, A.; Borroni, S.; Gialdi, G.; Carlotta, D.; Emanuela Giarolli, L.; Barranca, M. et al. (2020): The Inter-Rater Reliability and Validity of the Italian Translation of the Structured Clinical Interview for DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders Module I and Module II: A Preliminary Report on Consecutively Admitted Psychotherapy Outpatients. In: *Journal of personality disorders* 34, S. 95–123. DOI: 10.1521/pedi_2020_34_511.
- Sonis, J.; Cook, J. M. (2019): Medication versus trauma-focused psychotherapy for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. In: *Psychiatry research* 282, S. 112637. DOI: 10.1016/j.psychres.2019.112637.
- Speck, A.; Steinhart, I.; Freyberger, H. (2013): Wieder einmal alles gesagt ... zur „Black Box“ der Geschlossenen Heime? In: *Psychiat Prax* 40 (01), S. 49–50. DOI: 10.1055/s-0032-1321452.
- Spitzer, C.; Müller, S.; Kerber, A.; Hutsebaut, J.; Brähler, E.; Zimmermann, J. (2021): Die deutsche Version der Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0 (LPFS-BF): Faktorenstruktur, konvergente Validität und Normwerte in der Allgemeinbevölkerung. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 71 (7), S. 284–293. DOI: 10.1055/a-1343-2396.
- Steinert, T.; Jaeger, S.; Herpertz, S. C. (2020): Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg (WieWohnen-BW). Abschlussbericht.
- Stengler, K.; Bechdorf, A.; Becker, T.; Döring, A.; Höhl, W.; Jäckel, D. et al. (2021): Umsetzung der Prinzipien des Supported Employment in Deutschland: Positionspapier einer Task-Force der DGPPN. In: *Nervenarzt* 92 (9), S. 955–962. DOI: 10.1007/s00115-020-01038-0.
- Stiglmayr, C.; Gunia, H. (2017): *Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein Manual für die ambulante Therapie*. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Stovell, D.; Morrison, A. P.; Panayiotou, M.; Hutton, P. (2016): Shared treatment decision-making and empowerment-related outcomes in psychosis: systematic review and meta-analysis. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 209 (1), S. 23–28. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.158931.
- Strauß, B.; Wittmann, W. W. (2000): Wie hilft Psychotherapie? In: Senf, W. und Broda, M. (Hg.): *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie*. Stuttgart, Berlin: Thieme, S. 734–745.

Streeck, U.; Werthmann, H.-V. (1992): Lehranalyse und psychoanalytische Ausbildung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Stuhler, H.; Kontny, L.; Schleu, A.; Strauß, B. (2019): Von schleichenden Grenzverletzungen zu sexuellem Missbrauch in Psychotherapien. In: *Psychotherapeut* 64 (6), S. 470–475. DOI: 10.1007/s00278-019-00386-w.

Szuhany, K. L.; Otto, M. W. (2020): Efficacy evaluation of exercise as an augmentation strategy to brief behavioral activation treatment for depression: a randomized pilot trial. In: *Cognitive behaviour therapy* 49 (3), S. 228–241. DOI: 10.1080/16506073.2019.1641145.

Tabol, C.; Drebing, C.; Rosenheck, R. (2010): Studies of "supported" and "supportive" housing: a comprehensive review of model descriptions and measurement. In: *Evaluation and program planning* 33 (4), S. 446–456. DOI: 10.1016/j.evalproplan.2009.12.002.

Tait, L.; Birchwood, M.; Trower, P. (2002): A new scale (SES) to measure engagement with community mental health services. In: *Journal of Mental Health* 11 (2), S. 191–198. DOI: 10.1080/09638230020023570-2.

Taubner, S.; Fonagy, P.; Bateman, A. (2019): Mentalisierungsbasierte Therapie. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe (Fortschritte der Psychotherapie, Band 75).

Teismann, T.; Dorrmann, W. (2014): Suizidalität. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 43 (4), S. 286–287. DOI: 10.1026/1616-3443/a000284.

Temes, C. M.; Frankenburg, F. R.; Fitzmaurice, G. M.; Zanarini, M. C. (2019): Deaths by Suicide and Other Causes Among Patients With Borderline Personality Disorder and Personality-Disordered Comparison Subjects Over 24 Years of Prospective Follow-Up. In: *The Journal of clinical psychiatry* 80 (1). DOI: 10.4088/JCP.18m12436.

The Cochrane Collaboration (2011): The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 343, d5928. DOI: 10.1136/bmj.d5928.

Thompson, C. T.; Vidgen, A.; Roberts, N. P. (2018): Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. In: *Clinical psychology review* 63, S. 66–79. DOI: 10.1016/j.cpr.2018.06.006.

Thylstrup, B.; Simonsen, S.; Nemery, C.; Simonsen, E.; Noll, J. F.; Myatt, M. W.; Hesse, M. (2016): Assessment of personality-related levels of functioning: a pilot study of clinical assessment of the DSM-5 level of personality functioning based on a semi-structured interview. In: *BMC psychiatry* 16 (1), S. 298. DOI: 10.1186/s12888-016-1011-6.

Treichler, E. B. H.; Spaulding, W. D. (2017): Beyond shared decision-making: Collaboration in the age of recovery from serious mental illness. In: *The American journal of orthopsychiatry* 87 (5), S. 567–574. DOI: 10.1037/ort0000256.

Troup, J.; Lever Taylor, B.; Sheridan Rains, L.; Broeckelmann, E.; Russell, J.; Jeynes, T. et al. (2022): Clinician perspectives on what constitutes good practice in community

services for people with complex emotional needs: A qualitative thematic meta-synthesis. In: *PloS one* 17 (5). DOI: 10.1371/journal.pone.0267787.

Tryon, G. S.; Birch, S. E.; Verkuilen, J. (2018): Meta-analyses of the relation of goal consensus and collaboration to psychotherapy outcome. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 372–383. DOI: 10.1037/pst0000170.

Turner, D. T.; Burger, S.; Smit, F.; Valmaggia, L. R.; van der Gaag, M. (2020): What Constitutes Sufficient Evidence for Case Formulation-Driven CBT for Psychosis? Cumulative Meta-analysis of the Effect on Hallucinations and Delusions. In: *Schizophrenia bulletin* 46 (5), S. 1072–1085. DOI: 10.1093/schbul/sbaa045.

Tyrer, P.; Mulder, R.; Kim, Y.-R.; Crawford, M. J. (2019): The Development of the ICD-11 Classification of Personality Disorders: An Amalgam of Science, Pragmatism, and Politics. In: *Annual review of clinical psychology* 15, S. 481–502. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095736.

van Bronswijk, S.; Moopen, N.; Beijers, L.; Ruhe, H. G.; Peeters, F. (2019): Effectiveness of psychotherapy for treatment-resistant depression: a meta-analysis and meta-regression. In: *Psychol. Med.* 49 (3), S. 366–379. DOI: 10.1017/S003329171800199X.

van den Broek, E.; Keulen-de Vos, M.; Bernstein, D. P. (2011): Arts therapies and Schema Focused therapy: A pilot study. In: *The Arts in Psychotherapy* 38 (5), S. 325–332. DOI: 10.1016/j.aip.2011.09.005.

van Reenen, M.; Janssen, B. (2019): EQ-5D-5L User Guide: Basic Information on How to Use the EQ-5D-5L Instrument. Rotterdam, The Netherlands: EuroQol Research Foundation. Online verfügbar unter <https://euroqol.org/publications/user-guides>.

Vandenberghe, L.; Coppede, A. M.; Bittencourt, M. V. (2018): Building and Handling Therapeutic Closeness in the Therapist-Client Relationship in Behavioral and Cognitive Psychotherapy. In: *J Contemp Psychother* 48 (4), S. 215–223. DOI: 10.1007/s10879-018-9388-9.

Vasquez, M. J. T. (2007): Cultural difference and the therapeutic alliance: an evidence-based analysis. In: *The American psychologist* 62 (8), S. 875–885. DOI: 10.1037/0003-066x.62.8.878.

Wasmuth, S.; Wilburn, V. G.; Hamm, J. A.; Chase, A. (2021): Comparing narrative-informed occupational therapy in adult outpatient mental health to treatment as usual: A quasi-experimental feasibility study with preliminary treatment outcomes. In: *Occupational therapy in mental health* 37 (1), S. 56–71. DOI: 10.1080/0164212x.2020.1845276.

Waszczuk, M. A.; Zimmerman, M.; Ruggero, C.; Li, K.; MacNamara, A.; Weinberg, A. et al. (2017): What do clinicians treat: Diagnoses or symptoms? The incremental validity of a symptom-based, dimensional characterization of emotional disorders in predicting medication prescription patterns. In: *Comprehensive psychiatry* 79, S. 80–88. DOI: 10.1016/j.comppsy.2017.04.004.

Weekers, L. C.; Hutsebaut, J.; Bach, B.; Kamphuis, J. H. (2020): Scripting the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders assessment procedure: A clinically feasible multi-informant multi-method approach. In: *Personality and mental health* 14 (3), S. 304–318. DOI: 10.1002/pmh.1481.

- Weekers, L. C.; Hutsebaut, J.; Kamphuis, J. H. (2019): The Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: Update of a brief instrument for assessing level of personality functioning. In: *Personality and mental health* 13 (1), S. 3–14. DOI: 10.1002/pmh.1434.
- Weekers, L. C.; Hutsebaut, J.; Kamphuis, J. H. (2021a): Client and Clinical Utility of the Assessment of Personality Disorders. In: *The Journal of nervous and mental disease* 209 (11), S. 846–850. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001398.
- Weekers, L. C.; Hutsebaut, J.; Rovers, J. M. C.; Kamphuis, J. H. (2023): Head-to-head comparison of the alternative model for personality disorders and Section II personality disorder model in terms of predicting patient outcomes 1 year later. In: *Personality disorders*. DOI: 10.1037/per0000637.
- Weekers, L. C.; Verhoeff, S. C. E.; Kamphuis, J. H.; Hutsebaut, J. (2021b): Assessing Criterion A in adolescents using the Semistructured Interview for Personality Functioning DSM-5. In: *Personality disorders* 12 (4), S. 312–319. DOI: 10.1037/per0000454.
- Wei, Y.; Chen, S. (2021): Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. In: *Psychological trauma: theory, research, practice and policy* 13 (8), S. 877–884. DOI: 10.1037/tra0000922.
- Wendt, L. P.; Engesser, D.; Dotzauer, L.; van Haaren, Y.; Benecke, C.; Singer, S.; Zimmermann, J. (2024a): Leitlinien-Mapping der LL-SBPF – Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/Q2FKJ>.
- Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr.
- Wendt, L. P.; Wright, A. G. C.; Pilkonis, P. A.; Nolte, T.; Fonagy, P.; Montague, P. R. et al. (2019): The latent structure of interpersonal problems: Validity of dimensional, categorical, and hybrid models. In: *Journal of abnormal psychology* 128 (8), S. 823–839. DOI: 10.1037/abn0000460.
- Werner, J. (1996): Experiences with Long-term Psychoanalytic Group Therapy for Psychotic Outpatients. In: *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* (2), S. 137–274.
- Westcott, C.; Waghorn, G.; McLean, D.; Statham, D.; Mowry, B. (2015): Interest in Employment Among People with Schizophrenia. In: *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 18 (2), S. 187–207. DOI: 10.1080/15487768.2014.954162.
- WFOT (2012): Definition of Occupational Therapy. Hg. v. World Federation of Occupational Therapists. Online verfügbar unter <https://wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations>, zuletzt geprüft am 22.01.2024.
- Whitley, R.; Drake, R. E. (2010): Recovery: a dimensional approach. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 61 (12), S. 1248–1250. DOI: 10.1176/ps.2010.61.12.1248.
- Whitworth, J. W.; Nosrat, S.; SantaBarbara, N. J.; Ciccolo, J. T. (2019): Feasibility of Resistance Exercise for Posttraumatic Stress and Anxiety Symptoms: A Randomized

Controlled Pilot Study. In: *Journal of traumatic stress* 32 (6), S. 977–984. DOI: 10.1002/jts.22464.

WHO (2001/2005): ICF: International statistical classification of functioning, disability, and health / Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.

WHO (2022): International Classification of Diseases Eleventh Revision. (ICD-11). Geneva. Online verfügbar unter <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>, zuletzt geprüft am 08.08.2023.

WHO-DAS 2.0 (2010): Measuring health and disability. Manual for WHO disability assessment schedule; WHODAS 2.0. Geneva.

Widiger, T. A.; Bach, B.; Chmielewski, M.; Clark, L. A.; DeYoung, C.; Hopwood, C. J. et al. (2019): Criterion A of the AMPD in HiTOP. In: *Journal of personality assessment* 101 (4), S. 345–355. DOI: 10.1080/00223891.2018.1465431.

Wiegand, H. F.; Godemann, F. (2017): Increased Treatment Complexity for Major Depressive Disorder for Inpatients With Comorbid Personality Disorder. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 68 (5), S. 524–527. DOI: 10.1176/appi.ps.201600192.

Wiegand, H. F.; Saam, J.; Marschall, U.; Chmitorz, A.; Kriston, L.; Berger, M. et al. (2020): Challenges in the Transition from In-Patient to Out-Patient Treatment in Depression. In: *Deutsches Arzteblatt international* 117 (27-28), S. 472–479. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0472.

Wienberg, G.; Steinhart, I.; Beblo, T.; Dehn, L. B.; Driessen, M.; Grochtmann, J. et al. (2021): „Wirksamkeit der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen in Nordrhein-Westfalen“ – Projekt WiEWohnen NRW.

Wietersheim, J. von; Seitz, B.; Rottler, E.; Köppelmann, N.; Gündel, H. (2021): Aufwand, Erfolg und Scheitern bei der Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz – Ergebnisse einer prospektiven Studie. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 83 (1), S. 40–46. DOI: 10.1055/a-1005-6958.

Woll, C. F. J.; Schönbrodt, F. D. (2020): A Series of Meta-Analytic Tests of the Efficacy of Long-Term Psychoanalytic Psychotherapy. In: *European Psychologist* 25 (1), S. 51–72. DOI: 10.1027/1016-9040/a000385.

Yerxa, E. J. (1990): An introduction to occupational science, a foundation for occupational therapy in the 21st century. In: *Occupational therapy in health care* 6 (4), S. 1–17. DOI: 10.1080/J003v06n04_04.

Young, J. E.; Klosko, J. S.; Weishaar, M. E. (2008): Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann.

Young, S. E.; Beazley, P. (2023): Interrater reliability of criterion A of the alternative model for personality disorder (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fifth Edition-Section III): A meta-analysis. In: *Personality disorders* 14 (6), S. 613–624. DOI: 10.1037/per0000631.

Zettl, M.; Taubner, S.; Hutsebaut, J.; Volkert, J. (2019): Psychometrische Evaluation der deutschen Version des Semistrukturierten Interviews zur Erfassung der DSM-5

Persönlichkeitsfunktionen (STiP-5.1). In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 69 (12), S. 499–504. DOI: 10.1055/a-1010-6887.

Zettl, M.; Volkert, J.; Vögele, C.; Herpertz, S. C.; Kubera, K. M.; Taubner, S. (2020): Mentalization and criterion a of the alternative model for personality disorders: Results from a clinical and nonclinical sample. In: *Personality disorders* 11 (3), S. 191–201. DOI: 10.1037/per0000356.

Zimmermann, J. (2022): Beyond defending or abolishing Criterion A: Comment on Mo-
rey et al. (2022). In: *Personality disorders* 13 (4), S. 321–324. DOI:
10.1037/per0000561.

Zimmermann, J.; Benecke, C.; Bender, D. S.; Skodol, A. E.; Schauenburg, H.; Cierpka,
M.; Leising, D. (2014): Assessing DSM-5 level of personality functioning from vide-
otaped clinical interviews: a pilot study with untrained and clinically inexperienced stu-
dents. In: *Journal of personality assessment* 96 (4), S. 397–409. DOI:
10.1080/00223891.2013.852563.

Zimmermann, J.; Böhnke, J. R.; Eschstruth, R.; Mathews, A.; Wenzel, K.; Leising, D.
(2015): The latent structure of personality functioning: Investigating criterion a from the
alternative model for personality disorders in DSM-5. In: *Journal of abnormal psychol-
ogy* 124 (3), S. 532–548. DOI: 10.1037/abn0000059.

Zimmermann, J.; Ehrenthal, J. C.; Cierpka, M.; Schauenburg, H.; Doering, S.; Be-
necke, C. (2012): Assessing the level of structural integration using operationalized
psychodynamic diagnosis (OPD): implications for DSM-5. In: *Journal of personality
assessment* 94 (5), S. 522–532. DOI: 10.1080/00223891.2012.700664.

Zimmermann, J.; Hopwood, C. J.; Krueger, R. F. (2023): The DSM-5 level of person-
ality functioning scale. In: Krueger, R. F. und Blaney, Paul, H. (Hg.): *Oxford Textbook
of Psychopathology* 4th ed.

Zimmermann, J.; Kerber, A.; Rek, K.; Hopwood, C. J.; Krueger, R. F. (2019): A Brief
but Comprehensive Review of Research on the Alternative DSM-5 Model for Person-
ality Disorders. In: *Current psychiatry reports* 21 (9), S. 92. DOI: 10.1007/s11920-019-
1079-z.

Zimmermann, J.; Müller, S.; Bach, B.; Hutsebaut, J.; Hummelen, B.; Fischer, F. (2020):
A Common Metric for Self-Reported Severity of Personality Disorder. In: *Psychopathol-
ogy* 53 (3-4), S. 168–178. DOI: 10.1159/000507377.

Zimmermann, J.; Witthöft, M.; Cicero, D. C.; Forbes, M. K.; Hopwood, C. J.; Kotov, R.
et al. (2024): Hierarchische Taxonomie der Psychopathologie (HiTOP): Ein neues Mo-
dell zur Beschreibung psychischer Probleme. DOI: 10.31234/osf.io/kp8yx.

Zuaboni, G.; Abderhalden, C.; Schulz, M.; Winter, A. (2012): *Recovery praktisch!*
Schulungsunterlagen. Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD): Bern.

*Kurzfassung S3-Leitlinie: Diagnostik,
Therapie und Rehabilitation von Pati-
entinnen und Patienten mit schwerer
Beeinträchtigung der Persönlichkeits-
funktionen (LL-SBPF)*

Benecke, C.; van Haaren, Y.; Engesser, D.; Dotzauer, L.; Wendt, L.; Daszkowski, J.; Dillo, W.; Dulz, B.; Dürich, C.; Engel-Diouf, C.; Engelhardt, U.; Eversmann, H.; Fassbinder, E.; Franke, G. H.; Giertz, K.; Herpertz, S. C.; Hörz-Sagstetter, S.; Jansen, A.; Klein, E.; Kopp, I. B.; Kruse, J.; Kubiak, T.; Kupsch, W.; Lammers, C.-H.; Lindner, R.; Matzat, J.; Milch, M.; Montag, M.; Munz, D.; Muschalla, B.; Nothacker, M.; Ommert, J.; Reddemann, O.; Reininger, K. M.; Rixe, J.; Röh, D.; Schäfer, G.; Schumacher, C.; Siegel, S.; Siegl, J.; Spitzer, C.; Steger, T.; Tarbiat, K.; Taylor, K. J.; von Haebler, D.; Waldherr, B.; Weißflog, S.; Welk, C.; Wiegand, H. F.; Wingefeld, K.; Zimmermann, J.; Singer, S.

Version 1.0 – Kurzfassung

Datum 06.08.24 – Gültig bis 06.08.29

Reg.-Nr. 134-001

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21013 gefördert.



Deutsche Gesellschaft für
Psychoanalyse,
Psychotherapie,
Psychosomatik und
Tiefenpsychologie e.V.

Herausgeber

DGPT – Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V.

Kontakt unter: www.dgpt.de und per Mail unter psa@dgpt.de

Die S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen“ wurde unter Federführung der DGPT erarbeitet. Die Leitlinie (LL) zu schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen (SBPF) wird im Folgenden als „LL-SBPF“ abgekürzt. An der Leitlinienerstellung und Konsensfindung waren insgesamt 33 Fachgesellschaften und Berufsverbände beteiligt.

Tabelle 1: Beteiligte Fachgesellschaften und Mandatsträger:innen

	Fachgesellschaft	Mandatstragende
	Arbeitsgemeinschaft Psychodynamischer Professorinnen und Professoren e.V.	Prof. Dr. Susanne Singer, Vertretung: Prof. Dr. Cord Benecke
	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V.	Cornelia Schumacher
	Bundespsychotherapeutenkammer	Dr. Dietrich Munz, Dr. Alessa Jansen, Dr. Tina Wesels
	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.	Kaveh Tarbiat
	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.	Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr
	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.	Jurand Daszkowski
	Dachverband deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie e.V.	PD Dr. Christiane Montag, Vertretung: Prof. Dr. Dorothea von Haebler
	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.	Dipl.-Psych. Jürgen Matzat



Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammer



Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege e.V.

Jacqueline Rixe, M.Sc.



Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/psychodynamische Psychotherapie e.V.

Dr. Christian Dürich, Vertretung: Prof. Dr. Klaus Michael Reininger



Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.

Olaf Reddemann, Vertretung: Dr. Thomas Steger



Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V.

Dr. Wolfgang Kupsch, Vertretung: Ute Engelhardt



Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie e.V.

Prof. Dr. Gabriele Helga Franke



Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V.

Prof. Dr. Sabine Weißflog



Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.

Prof. Dr. Sabine C. Herpertz, Vertretung: Dr. Hauke Felix Wiegand



Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.

Dipl.-Psych. Georg Schäfer, Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter



Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V., Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie

Prof. Dr. Katja Wingefeld



Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.

Prof. Dr. Johannes Kruse



Deutsche Gesellschaft für
Rehabilitationswissenschaften e.V.



Deutsche Gesellschaft für
Rehabilitationswissenschaf-
ten e.V.

Prof. Dr. Beate
Muschalla

Deutsche Gesellschaft für Se-
xualmedizin, Sexualtherapie
und Sexualwissenschaft e.V.

Prof. Dr. Stefan
Siegel

Deutsche Gesellschaft für So-
ziale Arbeit e.V.

Prof. Dr. Dieter
Röh,
Vertretung:
Karsten Giertz

Deutsche Gesellschaft für Su-
izidprävention e.V.

Prof. Dr. med.
Reinhard Lind-
ner

Deutsche Gesellschaft für
Verhaltensmedizin und Ver-
haltensmodifikation e.V.

Prof. Dr.
Thomas Kubiak

Deutsche Psychoanalytische
Gesellschaft e.V.

Prof. Dr. Cord
Benecke

Deutsche Psychoanalytische
Vereinigung e.V.

Prof. Dr. Wolf-
gang Milch

Deutsche Psychotherapeuten
Vereinigung e.V.

Prof. Dr. Klaus
Michael Reinin-
ger

Deutsche Vereinigung für
Soziale Arbeit im Gesund-
heitswesen e.V.

Prof. Dr. Judith
Ommert,
Vertretung:
Claudia Welk

Deutscher Fachverband für
Verhaltenstherapie e.V.

Dr. Judith Siegl,
Vertretung: Dr.
Eva Fassbinder

Deutscher Verband Ergothe-
rapie e.V.

Hannah Evers-
mann,
Vertretung:
Claudia Engel-
Diouf

Deutsches Kollegium für
Psychosomatische Medizin
e.V.

Prof. Dr. Carsten
Spitzer



Gesellschaft zur Erforschung
und Therapie von Persönlich-
keitsstörungen e.V.

Dr. med. Birger
Dulz,
Vertretung: Prof.
Dr. Klaus Mi-
chael Reininger



Systemische Gesellschaft
– Deutscher Verband für sys-
temische Forschung, Thera-
pie, Supervision und Bera-
tung e.V.

Dr. Wolfgang
Dillo

Bitte wie folgt zitieren:

Benecke, C.; van Haaren, Y.; Engesser, D.; Dotzauer, L.; Wendt, L.; Daszkowski, J.; Dillo, W.; Dulz, B.; Dürich, C.; Engel-Diouf, C.; Engelhardt, U.; Eversmann, H.; Fassbinder, E.; Franke, G. H.; Giertz, K.; Herpertz, S. C.; Hörz-Sagstetter, S.; Jansen, A.; Klein, E.; Kopp, I. B.; Kruse, J.; Kubiak, T.; Kupsch, W.; Lammers, C.-H.; Lindner, R.; Matzat, J.; Milch, M.; Montag, M.; Munz, D.; Muschalla, B.; Nothacker, M.; Ommert, J.; Reddemann, O.; Reininger, K. M.; Rixe, J.; Röh, D.; Schäfer, G.; Schumacher, C.; Siegel, S.; Siegl, J.; Spitzer, C.; Steger, T.; Tarbiat, K.; Taylor, K. J.; von Haebler, D.; Waldherr, B.; Weißflog, S.; Welk, C.; Wiegand, H. F.; Wingefeld, K.; Zimmermann, J.; Singer, S. *S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen – Kurzfassung, 2024* [abgerufen am YYYY-MM-DD]
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001>

Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

Die erste Version der LL-SBPF ist ab dem 06.08.2024 bis zum 06.08.2029 gültig.
Die LL-SBPF soll 5 Jahre nach ihrer ersten Implementierung aktualisiert werden.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zur Zeit der Drucklegung der Leitlinie entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Die Nutzenden selbst bleiben verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation.

Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzt:innen und Therapeut:innen zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährter Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Diese Leitlinien sind für Ärzt:innen und Therapeut:innen rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Irrtümer und Druckfehler bei der Publikation von Leitlinien können auch bei der Anwendung größtmöglicher Sorgfalt nicht ganz ausgeschlossen werden. Zudem berücksichtigen Leitlinien immer nur abstrakte Nutzen-Risiko-Potentiale. Daher haften die Autor:innen, Mitglieder der Steuerungsgruppen, die Expert:innen, die Mitglieder der Konsensusgruppe und andere am Leitlinienerstellungsverfahren beteiligte Personen nicht für Schäden, die durch eine fehlerhafte oder unterbliebene Diagnostik oder Behandlung im Einzelfall entstehen.

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmung des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Redaktionsteams der Leitlinie unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Redaktionsteams reproduziert werden. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung, Nutzung und Verwertung in elektronischen Systemen, Intranets und dem Internet.

Leitlinie als Entscheidungshilfe

Bei der LL-SBPF handelt es sich um eine systematisch entwickelte Entscheidungshilfe. Sie zeigt damit die angemessene ärztlich-therapeutische Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen im Rahmen der strukturierten medizinischen Versorgung auf. Damit ist sie eine Orientierungshilfe im Sinne von Handlungs- und Entscheidungsvorschlägen, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss (Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 1997).

Die Entscheidung, ob einer bestimmten Empfehlung gefolgt wird, muss individuell getroffen werden und die individuellen Patient:innenvariablen und zur Verfügung stehenden Ressourcen berücksichtigen (Empfehlung Rec (2001)13 des Europarates 2001).

Eine Leitlinie wird dann wirksam, wenn ihre Empfehlungen in der Praxis angewandt werden. Die Anwendbarkeit einer Leitlinie bzw. ihrer Empfehlungen muss in der jeweiligen Situation geprüft und nach den Prinzipien der Indikationsstellung, Beratung, Präferenzmitteilung und partizipativen Entscheidungsfindung stattfinden (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)-Ständige Kommission Leitlinien 2020).

Wie bei anderen medizinischen Leitlinien auch handelt es sich bei der LL-SBPF explizit *nicht* um eine Richtlinie im Sinne einer Regelung des Handelns oder Unterlassens, die von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert und veröffentlicht wurde, für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich ist und deren Nicht-Beachtung definierte Sanktionen nach sich zieht (Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 1997).

Leitlinienreport

Die vollständige Methodik der Leitlinienentwicklung kann dem zeitgleich publizierten Leitlinienreport entnommen werden.

Der Leitlinienreport ist unter folgender Adresse hinterlegt:

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001>

Die Leitlinienleitung und -koordination wurde in Kooperation mit der Abteilung Epidemiologie und Versorgungsforschung, Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) Universitätsmedizin Mainz und den Abteilungen für Klinische Psychologie und Psychotherapie sowie für Differenzielle und Persönlichkeitspsychologie, Institut für Psychologie, Universität Kassel, durchgeführt.

Am Konsensprozess beteiligt:

Die Leitlinie wurde unter direkter Beteiligung von Patientenvertretern erstellt: Herr Jurand Daszkowski, Herr Kaveh Tarbiat und Herr Jürgen Matzat waren stimmberechtigt.

Steuerungsgruppe

Bei der Steuerungsgruppe handelte es sich um das richtungsweisende Gremium der Leitlinienentwicklung. Die Gruppe entwickelte und verantwortete die Formulierung und Priorisierung

der Schlüsselfragen, welche diese Leitlinie strukturieren und anhand derer die Empfehlungen und Statements für Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen gebildet wurden. Es war deshalb essenziell, dass Vertreter verschiedener Disziplinen und Versorgungssektoren daran beteiligt waren. Trotzdem sollte sie klein genug sein, um effizient arbeiten zu können. Neben dem Leitlinienkoordinator, der Methodikerin, der federführenden Fachgesellschaft und dem Konsortialpartner Prof. Zimmermann (Differentielle und Persönlichkeitspsychologie, Universität Kassel) übernahmen Vertreter aus Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, psychiatrischer Pflege und Sozialarbeit diese Leitungsfunktion. Die Kolleg:innen gehören jeweils unterschiedlichen Fachgesellschaften an. Die Gruppe setzte sich wie folgt zusammen:

Tabelle 2: Zusammensetzung der Steuerungsgruppe

Mitglied der Steuerungsgruppe	Verantwortlichkeit/Expertise
Dipl.-Psych. Georg Schäfer	Federführende Fachgesellschaft
Prof. Dr. Cord Benecke	Leitlinienkoordination
Prof. Dr. Susanne Singer	Evidenzbasierung, Methodik, LL-Sekretariat
Dipl.-Psych. Jürgen Matzat	Patientenperspektive
Dr. Christian Dürich	Ambulante Psychotherapie
Prof. Dr. Johannes Kruse	Psychosomatische Medizin
Prof. Dr. Johannes Zimmermann	Differentielle und Persönlichkeitspsychologie, Diagnostik
Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers	Ärztliche Psychotherapie
Prof. Dr. Sabine Herpertz	Psychiatrie und Psychotherapie
Dr. Hauke Wiegand	Psychiatrische Versorgungsforschung
Jacqueline Rixe	Psychiatrische Pflege
Prof. Dr. Reinhard Lindner	Soziale Arbeit

Wissenschaftliche Mitarbeiter:innen

Yannik van Haaren, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie, Universität Kassel;

Deborah Engesser, Abteilung Epidemiologie und Versorgungsforschung, Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) Universitätsmedizin Mainz;

Eva Klein, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie, Universität Kassel (während der ersten 10 Monate);

Lena Dotzauer, Abteilung Epidemiologie und Versorgungsforschung, Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) Universitätsmedizin Mainz;

Leon Wendt, Differentielle und Persönlichkeitspsychologie, Institut für Psychologie, Universität Kassel.

Begleitung und Unterstützung durch die AWMF

Die AWMF-Leitlinienberatung und Moderation des Konsensfindungsprozesses übernahmen Dr. Monika Nothacker und Frau Prof. Dr. Ina Kopp von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Fassungen der Leitlinie

Die LL-SBPF wird mit folgenden Komponenten publiziert:

- Langfassung: Graduierte Empfehlungen und Darstellung der Evidenzgrundlage (Evidenz und weitere Erwägungen);

- Kurzfassung: Übersicht der graduierten Empfehlungen – das vorliegende Dokument;
 - Leitlinienreport mit Evidenztabelle(n);
 - Patient:innenleitlinie;
 - Zweiseitige Kurzfassungen für Laien in folgenden Versionen: leichte Sprache, Arabisch, Englisch, Farsi, Französisch, Hindi, Polnisch, Russisch, Somali, Spanisch und Türkisch
- <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001>

Schlüsselfragen

Die Steuerungsgruppe erarbeitete mehrere Schlüsselfragen, welche die inhaltliche Arbeit der LL strukturierte. Die Schlüsselfragen wurden von den Mandatsträger:innen diskutiert und konsentiert. Sie umfassen relevante Versorgungsbereiche.

Für die Bearbeitung der Schlüsselfragen bildeten sich mehrere Arbeitsgruppen (AGs). Die Beteiligung an den jeweiligen AGs ist in Tabelle 3 abgebildet.

Für die ersten fünf Schlüsselfragen wurde eine systematische *de novo* Literaturrecherche durchgeführt, für die Schlüsselfragen 9 und 11 erfolgte zu einem späteren Zeitpunkt eine systematische Literaturrecherche. Für die weiteren Schlüsselfragen wurden Empfehlungen basierend auf publizierten AWMF-Leitlinien und Meta-Analysen sowie Einzelstudien formuliert.

Tabelle 3: Arbeitsgruppen und beteiligte Personen

Mit systematischer Literaturrecherche	
Schlüsselfrage	Mitglieder der Arbeitsgruppe
1. Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante Psychotherapie erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?	Deborah Engesser, Lena Dotzauer, Dr. Katherine J. Taylor, Prof. Dr. Cord Benecke, Yannik van Haaren, Leon Wendt, Prof. Dr. Johannes Zimmermann, Prof. Dr. Susanne Singer
2. Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die Online-Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung erhalten, ein schlechteres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?	Deborah Engesser, Lena Dotzauer, Dr. Katherine J. Taylor, Prof. Dr. Cord Benecke, Yannik van Haaren, Leon Wendt, Prof. Dr. Johannes Zimmermann, Prof. Dr. Susanne Singer
3. Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulant und stationär abgestimmte Versorgung erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?	Deborah Engesser, Lena Dotzauer, Dr. Katherine J. Taylor, Prof. Dr. Cord Benecke, Yannik van Haaren, Leon Wendt, Prof. Dr. Johannes Zimmermann, Prof. Dr. Susanne Singer
4. Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die in „besonderen Wohnformen“ unter einem Dach wohnen, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?	Deborah Engesser, Lena Dotzauer, Dr. Katherine J. Taylor, Prof. Dr. Cord Benecke, Yannik van Haaren, Leon Wendt, Prof. Dr. Johannes Zimmermann, Prof. Dr. Susanne Singer
5. Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante koordinierte Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?	Deborah Engesser, Lena Dotzauer, Dr. Katherine J. Taylor, Prof. Dr. Cord Benecke, Yannik van Haaren, Leon Wendt, Prof. Dr. Johannes Zimmermann, Prof. Dr. Susanne Singer
9. Haben Patient:innen mit SBPF, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?	Arbeitsgruppenleitung: Prof. Dr. Susanne Singer

Mitarbeit: Dr. Wolfgang Dillo, Benedikt Waldherr, Prof. Dr. Wolfgang Milch, Prof. Dr. Claas-Hinrich Lamers, PD Dr. Christiane Montag, Prof. Dr. Dorothea von Haebler, Jacqueline Rixe

11. Hat dimensionale Diagnostik einen Vorteil gegenüber nicht-dimensionaler Diagnostik für Patient:innen und/oder Versorger (z. B. bessere Arzt-Patienten-Kommunikation, größere Zufriedenheit mit Behandlung, geringere Stigmatisierungserfahrung)?

Arbeitsgruppenleitung: Prof. Dr. Johannes Zimmermann und Leon Wendt,
Mitarbeit: Prof. Dr. Thomas Kubiak, Prof. Dr. Sabine C. Herpertz, Prof. Dr. Gabriele Helga Franke, Karsten Giertz

Ohne systematische Literaturrecherche

Schlüsselfrage

Mitglieder der Arbeitsgruppe

6. Haben Patient:innen mit SBPF, die eine ambulante Begleitung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Arbeitsgruppenleitung: Jacqueline Rixe, und Prof. Dr. Sabine Weißflog
Mitarbeit: Cornelia Schumacher, Hannah Eversmann, Prof. Dr. Judith Ommert, Karsten Giertz, Claudia Engel-Diouf, Jurand Daszkowski

Zudem erarbeitete diese Arbeitsgruppe das Kapitel 4.1 „Übergeordnetes Verständnis“

7. Ist Psychotherapie mit Behandlungsvertrag bei Patient:innen mit SBPF wirksamer als ohne Behandlungsvertrag?

Arbeitsgruppenleitung: Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter
Mitarbeit: Prof. Dr. Klaus Michael Reininger, Jurand Daszkowski, Karsten Giertz, Dr. Judith Siegl

8. Wann sollten Patient:innen mit SBPF (teil-)stationär aufgenommen werden?

Arbeitsgruppenleitung: Prof. Dr. Carsten Spitzer, Hauke Felix Wiegand MD/PhD, Prof. Dr. Johannes Kruse

Mitarbeit: Dr. Wolfgang Kupsch, Dr. Christian Dürich, Prof. Dr. Katja Wingenfeld, Dr. Eva Fassbinder,

10. Haben Patient:innen mit SBPF, die langfristige/kontinuierliche hausärztliche Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, ohne eine solche Versorgung?

Arbeitsgruppenleitung: Olaf Reddemann und Dr. med. Thomas Steger
Mitarbeit: Prof. Dr. Beate Muschalla, Prof. Dr. Reinhard Lindner, Kaveh Tarbiat

12. Bestehen bei SBPF Indikationen für eine psychopharmakologische Therapie und wenn ja, welche?

Arbeitsgruppenleitung: Hauke Felix Wiegand, MD/PhD
Mitarbeit: Dr. Christian Dürich

Externes Peer-Review

Zur Legitimation der Leitlinie gegenüber anderen Professionen gab es eine öffentliche Konsultationsphase vom 27.05.2024 bis 09.06.2024, in der die Leitlinie kommentiert werden konnte. Dazu wurden die beteiligten Fachgesellschaften gebeten, die Leitlinie zum Kommentieren über ihre Verteiler zu versenden. Zusätzlich wurde die Leitlinie auf die Website der AWMF gestellt.

Sprachregelungen

Es wird das generische Femininum plus Doppelpunkt verwendet. Damit soll einerseits verdeutlicht werden, dass alle Menschen gleichermaßen angesprochen werden, andererseits soll eine flüssige Lesbarkeit gewährleistet werden.

Weiterhin wird in der Leitlinie der Begriff Zugehörige für all jene Menschen genutzt, die in einer bedeutsamen Verbindung zu den Betroffenen stehen.

In der Leitlinie wird an verschiedenen Stellen der Begriff „Behandler:in“ verwendet. Damit sind *alle* Berufsgruppen gemeint, die direkt mit Patient:innen arbeiten, wie beispielsweise Pflegefachkräfte, Sozialarbeiter:innen, Psycholog:innen und Ärzt:innen. Wir möchten uns hiermit ausdrücklich davon abgrenzen, wie dieser Begriff in der Zeit des Nationalsozialismus verwendet wurde.

Zur Kurzfassung

Diese Kurzversion enthält eine gekürzte Version der LL-SBPF Langfassung. Herausgenommen wurden u.a. der Methodenteil und die Evidenztabellen. Des Weiteren konzentriert sich die Kurzfassung zum einen auf das Konzept der Persönlichkeitsfunktionen, welches wie in der Langfassung beschrieben wird, sowie auf die einzelnen Empfehlungen. Gekürzt oder ausgelassen wurden hingegen die Hintergrundtexte und ein Großteil der Beschreibung der Evidenz der evidenzbasierten Empfehlungen. Daher soll für die vollständige Angabe von Literaturverweisen die Langfassung konsultiert werden. Die Langfassung sowie der Leitlinienreport finden Sie hier:

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001>

Die wichtigsten Empfehlungen

1.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Das der ICF zugrunde liegende bio-psycho-soziale Modell und die damit verbundene personenzentrierte Haltung soll für alle Akteur:innen im Gesundheits- und Sozialwesen die Grundlage von Diagnose- und Interventionsprozessen von Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bilden.	
	Literatur: Mental Health Bericht der WHO, UN-BRK und SGB IX	
	Konsensstärke: 100%	

2.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Die Diagnostik von Beeinträchtigungen der PF sollte dimensional erfolgen und sich nicht auf kategoriale Persönlichkeitsstörungsdiagnosen beschränken.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Evidenzrecherche; Zwei Meta-Analysen, fünf Einzelstudien	
Validität: ⊕⊕⊕⊕ Reliabilität: ⊕⊕⊕⊕ Klinische Nützlichkeit ⊕⊕⊕⊕	Haslam et al. (2020) Markon et al. (2011) Weekers et al. (2023) Wendt et al. (2024b) Zimmermann et al. (2023), darin: Buer Christensen et al. (2020) Morey et al. (2013) Morey et al. (2014)	
	Konsensstärke: 100%	

3.5	Konsensbasiertes Statement	Neu
EK	Patient:innen mit SBPF benötigen in der Regel längere und ausreichend hochfrequente psychotherapeutische Behandlung.	
	Literatur: vgl. S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung; NICE, 2009; Kool et al. 2018; Bruijniks et al. 2020; Bone et al. 2021; Woll und Schönbrodt 2020; Shefler et al. 2023	
	Konsensstärke: 100%	

5.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Wenn Patient:innen mit SBPF sowohl ambulant als auch stationär versorgt werden, sollte diese Versorgung abgestimmt werden, unter Berücksichtigung der Wünsche der Patient:innen und ggf. Zugehörigen.	
	Konsensstärke: 100%	

7.4	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Bei Bedarf einer multiprofessionellen ambulanten Behandlung, sollte diese koordiniert, durch eine an dieser Behandlung beteiligte Person stattfinden.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche, zwei Meta-Analysen:	
Psychische Lebensqualität: ⊕⊕⊕⊖	Lim et al. (2022)	
Funktionsfähigkeit st: ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)	
Funktionsfähigkeit mt: ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)	
Funktionsfähigkeit lt: ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)	
Erwerbsstatus mt: ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)	
Erwerbsstatus lt: ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)	
	Konsensstärke: 96%	

Die Qualität der Evidenz wurde für die psychosoziale Funktionsfähigkeit und dem Erwerbsstatus jeweils nach Zeitabschnitten bewertet, st – short term, mt - medium term, lt – long term

8.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: A	Im Rahmen der Diagnostik und Therapie von Patient:innen mit SBPF soll eine tragfähige therapeutische Beziehung etabliert werden. Diese soll bei Menschen mit SBPF als Basis aller weiteren Therapieschritte angesehen werden, abhängig von der Schwere der BPF sogar als Behandlungsziel.	
Qualität der Evidenz:		
Ergebnis der Psychotherapie: ⊕⊕⊕⊖	Formulierung ursprünglich basierend auf: S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen [dort EK, Empfehlung 3, S.59; „Psychotherapie“ geändert zu „Therapie“. Als Basis der Therapie und als Therapieziel ergänzt.] Danach de novo-Recherche von Meta-Analysen.	
Veränderung der psychiatrischen Symptomatik: ⊕⊕⊕⊖	neue Literatur: Flückiger et al. (2018); Bourke et al. (2021); Browne et al. (2021); Howard et al. (2022); Haw et al. (2023)	
Veränderung psychotischer Symptomatik: ⊕⊕⊕⊖		
Veränderung von PTSD-Symptomen: ⊕⊕⊕⊖		
Relevanz vertrauensvolle und langfristige Beziehung: ⊕⊕⊕⊕		
	Konsensstärke: 100%	

9.7	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Eine dialogische Zusammenarbeit zwischen Patient:innen mit SBPF, deren Zugehörigen sowie professionell Tätigen sollte angeboten werden. Der dialogische Aspekt sollte in professionellen Fort- und Weiterbildungen und Seminaren berücksichtigt werden, u. a. durch direkte Beteiligung Betroffener und Zugehöriger. Patient:innen mit SBPF und deren Zugehörige sollten Dialogforen angeboten werden.	
	Literatur: S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen; S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen	
	Konsensstärke: 100%	

10.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Patient:innen mit SBPF soll im Rahmen von Psychotherapien ein spezifischer Behandlungsvertrag angeboten werden.	
	Konsensstärke: 100%	

11.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Bei Vorliegen einer SBPF kann eine stationäre oder teilstationäre Behandlung aus diagnostischen und/oder therapeutischen Gründen sinnvoll sein. Dabei sollte unter Wahrung der partizipativen Entscheidungsfindung dem Grundsatz gefolgt werden: ambulant vor teilstationär vor vollstationär. Bei der Indikationsstellung zur Krankenhausbehandlung sollte gemeinsam sorgfältig geprüft werden, ob die angestrebten Therapieziele mit den jeweiligen Behandlungsmöglichkeiten der Institution in Übereinstimmung stehen. Eine stationäre Einweisung soll entsprechend den in Tabelle 6 aufgeführten Indikationen geprüft oder im Notfall veranlasst werden.	
	Literatur: S3-Leitlinie Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression; S3-Leitlinie Schizophrenie; S3-Leitlinie Zwangsstörungen; S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen; S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung; S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen; S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen; S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden; S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie; S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörungen	
	Konsensstärke: 100%	

12.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	<p>Patient:innen mit SBPF soll eine kontinuierliche hausärztliche Langzeitbegleitung empfohlen werden.</p> <p>Die Behandlung von Patient:innen mit SBPF soll kooperativ unter Einbeziehung der hausärztlichen Langzeitbegleitung erfolgen.</p> <p>Die bewusste, verlässliche, aktive und strukturierende Gestaltung der Patient-Arzt-Beziehung und Patient-Behandlungsteam-Beziehung ist ein entscheidender Wirkfaktor in der Langzeitbegleitung von Patient:innen mit SBPF. Dies sollte in hausärztlicher Forschung, Fort- und Weiterbildung adressiert werden.</p>	
	Konsensstärke: 100%	

Inhaltsverzeichnis

Zur Kurzfassung	10
Die wichtigsten Empfehlungen	10
1 Einleitung	19
2 Einordnung der LL-SBPF	19
2.1 Ziel der Leitlinie	20
2.2 Persönlichkeitsfunktionen (PF) als zentrale störungsübergreifende Dimension der Leitlinie.....	20
2.2.1 Was sind Persönlichkeitsfunktionen?.....	21
2.3 Besonderheiten einer Leitlinie für Menschen mit SBPF	23
2.3.1 Konzeptuelle Einordnung vor dem Hintergrund kategorialer Klassifikationssysteme.....	23
2.3.2 Bezug zu anderen Leitlinien.....	25
2.3.3 Inwiefern unterscheidet sich der Fokus auf SBPF von anderen Konzepten des Schweregrads?	25
2.3.4 Beispiel für Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen.....	26
3 Methodisches Vorgehen.....	27
4 Schlüsselfragen und Empfehlungen.....	27
4.1 Übergeordnetes Verständnis.....	27
4.1.1 Biopsychosoziales Grundverständnis.....	27
4.1.2 Resilienz	28
4.1.3 Recovery.....	28
4.1.4 Beziehungsgestaltung und Partizipative Entscheidungsfindung.....	29
4.1.5 Selbstmanagement und Selbsthilfe.....	30
4.2 Empfehlungen auf Basis systematischer Literaturrecherche	31
4.2.1 Befunde aus Qualitativen Studien im Rahmen der systematischen Literaturrecherche	32
4.2.2 Schlüsselfrage 11: Hat dimensionale Diagnostik einen Vorteil gegenüber nicht-dimensionaler Diagnostik für Patient:innen und/oder Versorger (z. B. bessere Arzt-Patienten-Kommunikation, größere Zufriedenheit mit Behandlung, geringere Stigmatisierungserfahrung)?	32
4.2.3 Schlüsselfrage 1: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante Psychotherapie erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?	34
4.2.4 Schlüsselfrage 2: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die Online-Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung erhalten, ein schlechteres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?	39

4.2.5	Schlüsselfrage 3: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulant und stationär abgestimmte Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?	40
4.2.6	Schlüsselfrage 4: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die in „besonderen Wohnformen“ unter einem Dach wohnen, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?	42
4.2.7	Schlüsselfrage 5: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante koordinierte Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?	43
4.2.8	Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit SBPF, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?	46
4.3	Schlüsselfragen und Empfehlungen ohne systematische Literaturrecherche	55
4.3.1	Schlüsselfrage 6: Haben Patient:innen mit SBPF, die eine ambulante Begleitung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?55	
4.3.2	Schlüsselfrage 7: Ist Psychotherapie mit Behandlungsvertrag bei Patient:innen mit SBPF wirksamer als ohne Behandlungsvertrag?	62
4.3.3	Schlüsselfrage 8: Wann sollten Patient:innen mit SBPF (teil-)stationär aufgenommen werden?	64
4.3.4	Schlüsselfrage 10: Haben Patient:innen mit SBPF, die langfristige/kontinuierliche hausärztliche Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die keine Gespräche erhalten?	69
4.3.5	Schlüsselfrage 12: Bestehen bei SBPF Indikationen für eine psychopharmakologische Therapie und wenn ja welche?	71
5	Offene Forschungsfragen	72
6	Evidenztabelle	72
7	Literaturverzeichnis	73

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beteiligte Fachgesellschaften und Mandatsträger:innen.....	2
Tabelle 2: Zusammensetzung der Steuerungsgruppe.....	7
Tabelle 3: Arbeitsgruppen und beteiligte Personen	8
Tabelle 4: Bereiche der Persönlichkeitsfunktionen gemäß DSM-5	21
Tabelle 5: Kurzbeschreibung der Stufen der LPFS.....	22
Tabelle 6: Indikationen für eine stationäre Behandlung	65
Tabelle 7: Maßnahmen bei Entlassung von Patient:innen mit SBPF aus (teil-)stationärer Behandlung.....	68
Tabelle 8: Themenrelevante deutsche Leitlinien:	70
Tabelle 9: mögliche Hinweise auf relevante Einschränkungen der Persönlichkeitsfunktionen im hausärztlichen Setting, die eine dezidierte Abklärung in Betracht ziehen lassen:	71
Tabelle 10: Dachorganisationen und bundesweit operierende Hilfsdienste für Hilfe in akuten Krisen	71

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AMPD	Alternative Model of Personality Disorder (dt. Alternatives Model der Persönlichkeitsstörungen)
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BPF	Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
DBT	Dialektisch-behaviorale Therapie
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (dt. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen)
EK	Expertenkonsens
EUTB	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung
GAF	Global Assessment of Functioning
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
HiTOP	Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (dt. Hierarchische Taxonomie der Psychopathologie)
ICD	Internationale Statische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

IMBEI	Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KSVPsych-RI	Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf
LL	Leitlinie
LL-SBPF	Leitlinie Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen
LPFS	Level of Personality Functioning Scale
LPFS-BF	Level of Personality Functioning Scale—Brief Form
LPFS-SR	Level of Personality Functioning Scale—Self-Report
lt	long term (dt. langfristig)
mt	medium term (dt. mittelfristig)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
PF	Persönlichkeitsfunktionen
PICO	für Population/Patient:innen, Intervention, Comparison (Vergleich/Kontrollgruppe) und Outcome (Behandlungsziel)
PPP-RL	Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie
SBPF	Schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen
SCID-AMPD	Structured Clinical Interview for the Level of Personality Functioning Scale (dt. Strukturiertes Klinisches Interview für das DSM-5 – Alternatives Modell für Persönlichkeitsstörungen)
SE	Supported Employment
SGB IX	Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
st	short term (dt. kurzfristig)
STiP 5.1	Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (dt. Semistrukturierten Interviews zur Erfassung der DSM-5 Persönlichkeitsfunktionen)
STIPO	Structured Interview on Personality Organization (dt. Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation)
TAU	Treatment as usual
UN-BRK	Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen

1 Einleitung

Die vorliegende Leitlinie entstand in Folge einer Förderbekanntmachung des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss zur themenspezifischen Förderung von Versorgungsforschung gemäß § 92a Absatz 2 Satz 4 zweite Alternative des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V): Projekte zur Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht (BAnz AT 12.10.2020 B5). Ein gefördertes Themenfeld umfasste die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und komplexem Behandlungsbedarf.

Die Leitlinie **Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen (LL-SBPF)**, unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT), greift dieses Themenfeld auf (Förderkennzeichen 01VSF21013). Weitere Unterstützung erhielt die Leitlinie freundlicherweise von folgenden Fachgesellschaften: Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/Psychodynamische Psychotherapie e.V. (DFT), Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen e.V. (GePs), Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation e.V. (DGVM), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG), Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e.V. (DGS), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM), Systemische Gesellschaft e.V. (SG), Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM), Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V. (DGSA), Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM), Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V. (DPV), Bundespsychotherapeutenkammer (BpTK), Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW), Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft e.V. (DGSMTW), Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V. (DVT), Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE), Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V. (DPtV), Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie e.V. (DGMP), Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DÄVT), Arbeitsgemeinschaft Psychodynamischer Professorinnen und Professoren e.V. (APPP), Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft e.V. (DPG), Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp), Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V. (DGPPR), Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie e.V. (DGPs), Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (Bpe), Dachverband deutschsprachiger Psychosen-Psychotherapie e.V. (DDPP), Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V. (BAG KT), Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG), Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK), Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP).

2 Einordnung der LL-SBPF

Die Leitlinie *Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen (LL-SBPF)* gibt für die Diagnostik, Therapie und Rehabilitation dieser Patientengruppe Empfehlungen und Statements ab.

Zunächst wird beschrieben, warum die Versorgung von Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen (SBPF) verbessert werden soll, bevor dann näher das

Konzept der PF vorgestellt wird. Anschließend wird die Besonderheit dieser Leitlinie (LL) erläutert, dass und warum keine einzelnen Störungen betrachtet werden, sondern ein übergeordnetes Konzept angewendet wird. Zudem wird Bezug zu anderen LL genommen und ein Fallbeispiel gegeben. Es folgen die Empfehlungen und Statements entsprechend der Schlüsselfragen. Zudem werden in den Hintergrundtexten Kontextinformationen gegeben.

2.1 Ziel der Leitlinie

Die LL-SBPF wurde entwickelt, um die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und komplexem Behandlungsbedarf zu verbessern. Die LL legt den Fokus auf die Gruppe von Betroffenen, bei denen der psychischen Erkrankung und dem komplexem Behandlungsbedarf eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen (SBPF) zugrunde liegt oder mit einer solchen einhergeht. Die LL soll zur Versorgung dieser Personengruppe beitragen, indem Empfehlungen und Statements gegeben werden, die konkret die Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz, die Behebung von Versorgungsdefiziten in der gesetzlichen Krankenversicherung und die besondere Nähe zu praktischen Patient:innenversorgung betreffen. Durch die LL soll die Patient:innenpopulation gestärkt und das Patient:innen-Empowerment gefördert werden.

Die Ziele der verbesserten Versorgung lassen sich insgesamt in drei Bereiche unterteilen:

1. *Patient:innenorientierung*: Der Zugang zur psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung soll an die spezifischen Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen (PF) adaptiert, verbessert und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Erwerbstätigkeit, soziale Aktivitäten) erleichtert werden. Patient:innen und Angehörige sollen erfahren, welche Behandlungsmöglichkeit es gibt und ermutigt werden, diese für sich in Anspruch zu nehmen (Empowerment). Es geht um eine Versorgungsgerechtigkeit, indem benachteiligte Personen nicht von der notwendigen Versorgung ausgeschlossen werden.
2. *Organisatorische, prozessuale und strukturelle Innovation*: Durch die Diagnostik von PF sollen Versorgungsbedarfe besser erkannt und frühzeitig adressiert werden. Probleme im Versorgungsablauf (z.B. durch Brüche an Sektorengrenzen, Zugangsbarrieren, Fehlbehandlungen) sollen identifiziert und koordinierende Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden. Dazu gehören insbesondere Empfehlungen für die Umsetzung einer koordinierten Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen und Versorgungseinrichtungen bei der sequenziellen Behandlung. Deren Umsetzung scheitert oft daran, dass das Gesundheitssystem diese Schritte nicht sektorenübergreifend von sich aus berücksichtigt und die Beeinträchtigung der PF verhindern, dass es die Betroffenen von sich aus tun. Entsprechend soll die Leitlinie (LL) die Zusammenarbeit zwischen den Professionen verbessern. Dadurch sollten sich auch die Häufigkeit und Dauer stationärer Aufenthalte verringern.
3. *Verbesserung patientenrelevanter Endpunkte*: Durch eine auf den Schweregrad der PF-Beeinträchtigung abgestimmte Versorgung sollten sich die patientenrelevanten Endpunkte verbessern (siehe Kapitel 4 und im Leitlinienreport Kapitel 3.1.3).

2.2 Persönlichkeitsfunktionen (PF) als zentrale störungsübergreifende Dimension der Leitlinie

Die LL-SBPF stellt statt kategorialen Diagnosen die PF ins Zentrum. PF können unabhängig von der spezifischen Störung beschrieben und auf einer dimensional Skala hinsichtlich ihrer Beeinträchtigung erfasst werden.

2.2.1 Was sind Persönlichkeitsfunktionen?

PF beschreiben basale psychische Fähigkeiten, von denen angenommen wird, dass sie zur Bewältigung unterschiedlichster innerer und äußerer Anforderungen notwendig sind (Bender und Skodol 2007; Bender et al. 2011). Das Konzept der PF hat eine lange Tradition im psychoanalytischen Denken („Ich-Funktionen“) und wurde in jüngster Zeit für die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 und ICD-11 aktualisiert. Es wird davon ausgegangen, dass das Ausmaß der Verfügbarkeit der PF für alle psychischen Störungen relevant ist, da die Verfügbarkeit bzw. die Beeinträchtigung auch innerhalb von kategorial-diagnostischen Gruppen variiert und diese Variationen Implikationen für die Behandlungsplanung haben (z.B. Henkel et al. 2018; Ehrental und Benecke 2019).

Im DSM-5 werden PF in Funktionen des Selbst (mit den Bereichen *Identität* und *Selbststeuerung*) und der interpersonellen Beziehungen (mit den Bereichen *Empathie* und *Nähe*) unterteilt. Diese Fähigkeitsbereiche werden in Tabelle 4 näher beschrieben und können als relativ stabile Kernkomponenten des intrapsychischen Systems einer Person angesehen werden (Sharp und Wall 2021; Herpertz in Vorbereitung). Beeinträchtigungen der PF können eine wichtige Ursache für die Entstehung psychischer Störungen im Sinne eines generellen Risiko- oder Vulnerabilitätsfaktors sein (Bender und Skodol 2007; Bender et al. 2011; Sharp und Wall 2021); sie können aber auch Folge psychischer Erkrankungen sein. Insofern sind Beeinträchtigungen in den PF häufig mit dem Ausmaß an Komorbidität oder der Chronizität von Störungen korreliert (vgl. Zimmermann et al. 2023; Kerber et al. 2024). Gleichzeitig setzen etliche Ziele von Psychotherapie an den PF an (Hutsebaut 2023), PF sind also trotz relativer Stabilität auch veränderbar.

Tabelle 4: Bereiche der Persönlichkeitsfunktionen gemäß DSM-5

Selbst:
1. Identität: Erleben von Eigenständigkeit der eigenen Person, mit klaren Grenzen zwischen sich und anderen; Stabilität des Selbstwerts und Akkuratheit der Selbsteinschätzung; Fähigkeit, eine Reihe von Emotionen zu erleben und zu regulieren
2. Selbststeuerung: Verfolgen von kohärenten und sinnhaften kurz- und langfristigen Zielen; Orientierung an konstruktiven und prosozialen Maßstäben des Verhaltens; Fähigkeit zur produktiven Selbstreflexion

Interpersonelle Funktion:
1. Empathie: Verständnis und Anerkennung des Erlebens und der Motive anderer; Toleranz bezüglich unterschiedlicher Sichtweisen; Verstehen der Wirkungen des eigenen Verhaltens auf andere
2. Nähe: Tiefe und Dauer von positiven Beziehungen mit anderen; Wunsch und Fähigkeit, anderen Menschen nahe zu sein; gegenseitiger Respekt, der sich im interpersonellen Verhalten zeigt

Die LL-SBPF richtet sich bei dem Verständnis von PF nach der Operationalisierung des Alternativen DSM-5 Modells für Persönlichkeitsstörungen (alternative model of personality disorder, AMPD; American Psychiatric Association 2013; für die deutsche Version siehe Falkai et al. 2018), welches mithilfe der „Level of Personality Functioning Scale“ (LPFS; Bender et al. 2011) Persönlichkeitsfunktionen und deren verschiedene Grade von Beeinträchtigung beschreibt. Die LPFS gilt insgesamt als gut validiert (Zimmermann et al. 2023; siehe Kapitel 4.2.2). PF bilden auch im ICD-11 (WHO 2022) das zentrale Kriterium für Persönlichkeitsstö-

rungen, wobei die Operationalisierungen der PF von DSM-5 und ICD-11 insgesamt sehr ähnlich sind (McCabe und Widiger 2020; Oltmanns und Widiger 2019; Bach et al. 2017; Tyrer et al. 2019). Auf empirischer Ebene zeigten sich substantielle Zusammenhänge zwischen Beeinträchtigungen in PF mit einer Vielzahl an theoretisch verwandten Konstrukten, wie bspw. Beeinträchtigungen in der Mentalisierungsfähigkeit, im psychosozialen Funktionieren im Alltag, psychodynamischen Konzeptualisierungen von Persönlichkeitsfunktionen, Suizidalität, maladaptiven Schemata und geringem Wohlbefinden (weitere Übersicht bei Zimmermann et al. 2023).

PF werden im DSM-5 und ICD-11 primär zur Definition von Persönlichkeitsstörungen verwendet. Gleichzeitig wird in beiden Systemen angenommen, dass das durch PF beschriebene Schweregradkontinuum über den Bereich von Persönlichkeitsstörungen hinausreicht. PF können beispielsweise dafür eingesetzt werden, um Beeinträchtigungen unterhalb der Schwelle zur Störungswertigkeit abzubilden (American Psychiatric Association 2013, S. 772) oder um bei Personen mit anderen Diagnosen Behandlungsplanung und Verlauf abzuschätzen (American Psychiatric Association 2013, S. 774).

Die LPFS wird in gekürzter Form in Tabelle 5 dargestellt. Das AMPD sieht ein Globalrating vor, indem eine Einschätzung über alle vier Bereiche erfolgt. Es besteht aber auch die Möglichkeit für die Kliniker:in, das Funktionsniveau für jeden Bereich gesondert einzuschätzen und die Einschätzungen zu einem Gesamtwert zu aggregieren (siehe Kapitel 4.2.2; Bach und Simonsen 2021 vgl. z.B. Zimmermann et al. 2014).

Tabelle 5: Kurzbeschreibung der Stufen der LPFS

Keine oder geringfügige Beeinträchtigungen (0)	Leichte Beeinträchtigungen (1)	Mittelgradige Beeinträchtigungen (2)	Schwere Beeinträchtigungen (3)	Extreme Beeinträchtigungen (4)
Klares Selbstkonzept sowie Erleben von Autonomie; stabiler und positiver Selbstwert sowie akkurate Selbsteinschätzung; facettenreiches Gefühlsleben sowie Fähigkeit zur Emotionsregulation	Relativ intaktes Selbstkonzept, das bei Belastung weniger klar abgegrenzt ist; zeitweise reduzierter Selbstwert; situativ eingeschränktes Gefühlsleben	Übermäßig auf andere bezogenes Selbstkonzept; vulnerabler Selbstwert mit kompensatorisch überhöhter oder verringerter Selbsteinschätzung; starke Emotionen bei Selbstwertbedrohungen	Schwach oder sehr rigide definiertes Selbstkonzept mit wenig Autonomieerleben; fragiler Selbstwert mit inkohärenter, verzerrter Selbsteinschätzung; schnelle Gefühlswechsel oder chronische Verzweiflung	Fehlendes Selbstkonzept und Autonomieerleben; stark verzerrtes oder verwirrtes Selbstbild; unpassende, extreme Emotionen
Vernünftige, realistische Zielsetzung; Orientierung an angemessenen persönlichen Maßstäben, sowie Erleben von Sinn und Zufriedenheit in vielen Lebensbereichen; konstruktive Selbstreflexion	Konflikthafte oder übermäßig ambitionierte Zielsetzung; teils überzogene persönliche Maßstäbe, die das Erleben von Zufriedenheit situativ einschränken; relativ intakte Selbstreflexion, die aber bestimmte Aspekte der Selbstwahrnehmung überbetont	Fremdbestimmte, auf die Bestätigung von anderen ausgerichtete Zielsetzung; unangemessene persönliche Maßstäbe sowie mangelnde Authentizität; eingeschränkte Selbstreflexion	Grundlegende Schwierigkeiten bei Zielsetzung; unklare oder widersprüchliche persönliche Maßstäbe sowie Erleben von Sinnlosigkeit oder Bedrohung; deutlich eingeschränkte Selbstreflexion	Inkohärente, realitätsfremde Zielsetzung; fehlende persönliche Maßstäbe sowie fehlende Vorstellung von persönlicher Erfüllung; tiefgreifend beeinträchtigte Selbstreflexion, bei der eigene Motive verkannt werden
Fähigkeit, das Erleben anderer in den meisten Situationen zu verstehen; Verständnis und Toleranz für Sichtweisen anderer, auch wenn diese nicht geteilt werden; Bewusstsein für die Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere	Leicht eingeschränkte Fähigkeit, das Erleben anderer zu verstehen (z.B. Zuschreibung von unangemessenen Erwartungen); eher widerwillige Berücksichtigung der Sichtweisen anderer; situativ eingeschränkte Bewusstheit für die Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere	Empfindsamkeit für das Erleben anderer nur im Hinblick auf dessen Relevanz für die eigene Person; übermäßige Selbstbezogenheit sowie deutlich eingeschränkte Fähigkeit, alternative Sichtweisen zu berücksichtigen; unrealistische Einschätzung oder Ignoranz hinsichtlich der Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere	Deutlich beeinträchtigte Fähigkeit, das Erleben anderer zu verstehen (mit Ausnahme bestimmter Aspekte wie Verletzlichkeit und Leiden); Starke Bedrohtheit durch abweichende Ansichten; Verwirrung oder fehlende Bewusstheit hinsichtlich der Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere	Ausgeprägte Unfähigkeit, das Erleben anderer zu verstehen; Unfähigkeit, Sichtweisen anderer wahrzunehmen oder zu berücksichtigen; verwirrende oder verstörende soziale Interaktionen
Zahlreiche stabile und befriedigende Beziehungen; Wunsch nach und Fähigkeit zu liebevollen, engen	Stabile Beziehungen mit Einschränkungen bezüglich Tiefe und erlebter Zufriedenheit; Gehemtheit	Größtenteils oberflächliche Beziehungen; Selbstwertregulation auf Kosten von	Deutlich beeinträchtigte Fähigkeit zu positiven und dauerhaften Beziehungen; Schwanken zwischen	Distanzierter, chaotischer, oder durchgängig negativer Umgang mit anderen;

und auf Gegenseitigkeit beruhenden Beziehungen; Bestreben nach Kooperation und gegenseitigem Nutzen sowie Fähigkeit, flexibel auf andere einzugehen	in Beziehungen, wenn starke Emotionen oder Konflikte auftreten; durch unrealistische Maßstäbe teilweise erschwerte Kooperation sowie leicht eingeschränkte Fähigkeit, flexibel auf andere einzugehen	Beziehungen sowie unrealistische Erwartung, von anderen perfekt verstanden zu werden; vorrangig aus Eigennutz angestrebte Kooperation	Angst, Zurückweisung und verzweifelter Wunsch nach Nähe; wenig Gegenseitigkeit sowie Scheitern von Kooperation durch erlebte Kränkungen	Desinteresse an Beziehungen oder Erwartung von Verletzungen; fehlende Gegenseitigkeit im zwischenmenschlichen Verhalten
---	--	---	---	---

Für eine differenziertere Betrachtungsweise nutzt die LL-SBPF eine Einteilung der Beeinträchtigung der PF mit Zwischenstufen (also 0, 0.5, 1.0, 1.5 ... 3.5, 4.0). Die LL-SBPF fokussiert dabei auf anhaltende, schwere und extreme Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die auf der LPFS einen Punktwert von 2,5 oder höher erreichen, nicht jedoch auf kurzzeitige Schwächungen der PF, bspw. im Rahmen von akuten Krisen oder organisch bedingten Beeinträchtigungen.

Da PF basale psychische Fähigkeiten beschreiben, die auf einer dimensional Skala von keinen bis zu extremen Beeinträchtigungen abgebildet werden und diese bei allen Menschen beschrieben werden kann, eignet sich die LPFS für die Bestimmung der psychischen Vulnerabilität einer Person.

2.3 Besonderheiten einer Leitlinie für Menschen mit SBPF

2.3.1 Konzeptuelle Einordnung vor dem Hintergrund kategorialer Klassifikationssysteme

Bei Patient:innen mit SBPF kann ein breites Spektrum an psychischen Störungen vorliegen, von denen in der Regel mehrere gleichzeitig auftreten und die durch unterschiedlichste Symptome gekennzeichnet sein können (Kerber et al. 2024). Diese Komorbiditäten stellen eine erhebliche Behandlungs- und Konzeptionsschwierigkeit dar. Unklar kann dann sein, welche Symptome und Störungen im Vordergrund stehen und wie diese sich untereinander beeinflussen. Da existierende Leitlinien meist auf spezifische Störungen nach kategorialen Konzeptionen von psychischen Störungen zugeschnitten sind, können sie für Patient:innen mit vielen Komorbiditäten bisweilen nur eine unvollständige Orientierung bieten. Dies schließt natürlich nicht aus, dass bei solchen Komorbiditäten zusätzlich die jeweiligen störungsspezifischen Leitlinien berücksichtigt werden sollten, um zu einer individuellen Behandlungsentscheidung zu kommen.

Die PF eignen sich, um ein basales psychisches Funktionsniveau zu bestimmen. Dieses Funktionsniveau kann bei Patient:innen mit komplexem Behandlungsbedarf als eine interne Ursache (im Sinne einer Vulnerabilität) neben weiteren Ursachen für psychische Erkrankungen angesehen werden. Damit ergibt sich ein Erklärungsmodell für die regelhaft auftretenden Komorbiditäten und ein gemeinsamer Ansatzpunkt, diese zu behandeln (Kerber et al. 2024). So könnten beispielsweise Ängste aber auch impulsives Verhalten mit einer mangelnden Selbststeuerung in Verbindung gebracht werden. Weiterhin können PF als Erklärungsmodell für die Heterogenität innerhalb einer Störungskategorie dienen. Patient:innen mit bspw. einer Depression können unterschiedlich starke Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen aufweisen, die die unterschiedlichen Ausgestaltungen der Depression (teilweise) erklären können und unterschiedliche Prognosen mit sich bringen.

Es kann auch große Unterschiede zwischen Menschen geben, die dasselbe Persönlichkeitsfunktionsniveau aufweisen. Beispielsweise ist davon auszugehen, dass eine Person mit SBPF und einer *Dissoziativen Identitätsstörung* sich von einer Person mit ebenfalls SBPF und einer *Antisozialen Persönlichkeitsstörung* in behandlungsrelevanten Aspekten unterscheidet. Dies wäre

eine symptomgeleitete Differenzierung, bei der auf bestehende störungsspezifische Leitlinien zurückgegriffen werden kann. Die PF selbst können sich im beschriebenen Beispiel dahingehend unterscheiden, dass die Beeinträchtigungen in den verschiedenen Bereichen (z.B. Identität vs. Empathie) unterschiedlich schwer ausgeprägt sind.

Falls Differenzierungen auf Symptom-Ebene notwendig sind, hat sich die Leitliniengruppe dazu entschlossen, diese mithilfe von HiTOP-Spektren („Hierarchical Taxonomy of Psychopathology“, dt. Hierarchische Taxonomie von Psychopathologie; Kotov et al. 2017; Kotov et al. 2021; Zimmermann et al. 2024) vorzunehmen. HiTOP ist ein quantitativ entwickeltes Klassifikationssystem, das psychopathologische Phänomene entsprechend ihrer Breite und Korrelation in einem hierarchischen Modell anordnet (<https://www.hitop-system.org/>). In der Systematik von HiTOP konnten auf übergeordneter Ebene sechs Spektren identifiziert werden, das *somatoforme Spektrum*, das *internalisierende Spektrum*, das *Spektrum der Denkstörungen*, das *Spektrum der Verschlussenheit*, das *enthemmt-externalisierende Spektrum* und das *antagonistisch-externalisierende Spektrum*. Diesen Spektren lassen sich auch Störungen nach DSM und ICD zuordnen, wobei nur deren Symptome im engeren Sinne Teil des HiTOP-Modells sind. Die Kombination der LPFS mit den HiTOP-Spektren ermöglicht klinisch relevante Differenzierungen, ohne notwendigerweise wieder auf die kategorialen Störungskategorien zurückgreifen zu müssen (Remmers und Zimmermann 2022). Beispielsweise könnten sich für Patient:innen mit SBPF im internalisierenden Spektrum andere Behandlungsempfehlungen ergeben als für Patient:innen mit SBPF im enthemmt-externalisierenden Spektrum.

Aus einer langfristigen Perspektive soll die vorliegende LL helfen, eine klinisch valide und treffsichere Bestimmung von komplexen Behandlungsbedarfen bei Patient:innen mit SBPF und verschiedenen F-Diagnosen bzw. 06-Diagnosen im ICD-11 zu ermöglichen. Mithilfe der LPFS können Patient:innen hinsichtlich ihres individuellen Persönlichkeitsfunktionsniveaus erfasst werden. Dadurch erhält die Diagnostik eine größere Spezifität und verdeutlicht, welches Ausmaß an Vulnerabilität vorliegt. Die im Rahmen der LL-Entwicklung durchgeführte Expert:innen-Befragung (Wendt et al. 2024b) ermöglicht zudem, die durchschnittlich zu erwartende Schwere der Beeinträchtigung in PF bzw. der zu erwartende Anteil von Personen mit SBPF bei verschiedenen kategorialen Diagnosen abzuschätzen. Dies ermöglicht, die bisherige Evidenz bzgl. kategorialer Diagnose-Gruppen unter dem Gesichtspunkt von PF zu betrachten. Zudem hat die Befragung gezeigt, dass die Nutzung einer dimensional Skala eine ähnlich präzise Vorhersage zu behandlungsrelevanten Variablen, wie bspw. die notwendige Behandlungsintensität, erlaubt, wie die Nutzung von fast 40 kategorialen Diagnosen. Ebenso wird von einer niedrigeren Stigmatisierung bei einer Verwendung von dimensional Skalen ausgegangen (Wendt et al. 2024b).

Die konzeptionelle Grundlage der LL-SBPF hat wichtige Implikationen für die zukünftige Forschung. Sie legt beispielsweise nahe, dass Patient:innen mit SBPF nicht mehr aufgrund von Ausschlusskriterien aus der überwiegenden Zahl an Studien ausgeschlossen werden sollten, sondern stattdessen Beeinträchtigung in PF als klinisch relevante Variable standardmäßig in Forschungsdesigns einbezogen werden sollte. Die Inhalte der LL-SBPF können auch in Aus- und Weiterbildung von Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen und Gesundheitsfachpersonal integriert werden, um die Diagnostik von Persönlichkeitsfunktionen und deren Implikationen für die klinische Praxis zu vermitteln.

2.3.2 Bezug zu anderen Leitlinien

Die PF weisen viele Berührungspunkte zu inhaltlichen Bereichen anderer Leitlinien auf. Wie diese Berührungspunkte in die LL-SBPF integriert wurden, ist in Kapitel 3.1.2 des Methodensberichts beschrieben. Berührungspunkte waren dabei, dass Beeinträchtigung in den PF als Risiko-, bzw. Vulnerabilitätsfaktor der meisten psychischen Störungen angesehen werden können und dass bei vielen Störungen bestimmte Probleme im Sinne von Beeinträchtigung in PF interpretiert werden können. So haben beispielsweise Patient:innen mit Autismus-Spektrum Störungen oder Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis regelhaft Beeinträchtigungen in ihrem Empathievermögen. Aus den Empfehlungen und Statements thematisch verwandter AWMF-Leitlinien wurde das sogenannte Leitlinien-Mapping (Wendt et al. 2024a) erstellt, das die Arbeit in den Arbeitsgruppen zu den Schlüsselfragen 6 - 12 unterstützte. Das Leitlinien-Mapping bietet eine umfassende Datensammlung zu Berührungspunkten zwischen den Schlüsselfragen der LL-SBPF und verwandten AWMF-Leitlinien. Das Vorgehen des Leitlinien-Mappings siehe die Langfassung der Leitlinie, bei Wendt et al. (2024a) und unter <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/Q2FKJ>.

2.3.3 Inwiefern unterscheidet sich der Fokus auf SBPF von anderen Konzepten des Schweregrads?

Die LPFS beschreibt unterschiedliche Grade der Beeinträchtigung der PF. PF sind konzeptualisiert als *basale psychische Fähigkeiten*, über die ein Mensch sicher verfügen kann (Stufe 0: keine oder geringe Beeinträchtigung), oder die leicht (Stufe 1), mittelgradig (Stufe 2), schwer (Stufe 3) oder extrem (Stufe 4) beeinträchtigt sind (siehe oben). Beeinträchtigungen der PF können eine bedeutsame *Vulnerabilität* für die Entwicklung psychischer Störungen darstellen, ab einem bestimmten Ausmaß der Beeinträchtigung wird dieser selbst Krankheitswertigkeit zugesprochen (laut AMPD und ICD-11 kann dann, sofern weitere allgemeine Kriterien erfüllt sind, eine Persönlichkeitsstörung vorliegen). Die Frage der kausalen Bedeutung der PF für die Entstehung psychischer Störungen wie auch der Operationalisierung von Störungsursachen in Abgrenzung zu Störungsfolgen sind eine der zentralen Forschungsfragen für die Zukunft, die longitudinale Studiendesigns erfordern.

Zwar korreliert das Ausmaß der Beeinträchtigung der PF mit verschiedenen anderen Schweregrad-Maßen (z.B. Anzahl von Symptomen, psychosoziales Funktionsniveau), die PF ist aber nicht deckungsgleich damit. Vielmehr werden Beeinträchtigungen der PF als eine wesentliche ursächliche Komponente (im Zusammenspiel mit weiteren Komponenten) für die Entwicklung von Symptomen und/oder einem Einbruch im psychosozialen Funktionsniveau (z.B. gemäß GAF; American Psychiatric Association 1987) betrachtet. Beispielsweise *beschreibt* die GAF unterschiedliche Grade der Beeinträchtigungen in der Lebens-/Alltagsbewältigung – die LPFS trägt zu einer möglichen *Erklärung* dieser Beeinträchtigungen in der Lebens-/Alltagsbewältigung bei.

Widiger et al. (2019) stellen die Hypothese auf, dass die PF einen generellen Psychopathologiefaktor (p-Faktor) darstellen könnten. Dieser könnte die höchste Ebene in HiTOP darstellen (Widiger et al. 2019) und geeignet sein, Anfälligkeiten einer Person für psychische Störungen und Komorbiditäten zu messen (Caspi und Moffitt 2018; Caspi et al. 2014). Allerdings ist letztlich nicht geklärt, was diesen p-Faktor genau ausmacht, was er beinhaltet und was nicht (Watts et al. 2024).

2.3.4 Beispiel für Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen

Frau E. (nach Henkel et al. 2018)

Frau E. trägt ihre dunklen Haare zu zwei Zöpfen geflochten. Die Patientin wirkt im Kontakt misstrauisch und abweisend. Das Gespräch gestaltet sich zäh, da die Patientin lange schweigt. Außerdem sagt sie häufiger, dass sie gerade nicht mehr denken kann oder dass sie über Themen nicht sprechen oder nachdenken möchte. Als Hauptaffekte tauchen im Gespräch Angst und Hass auf. Letzterer bezöge sich sowohl auf sich selbst als auch auf andere.

Frau E. kann nicht sagen, was sie eigentlich belaste, am ehesten ihre Lebenssituation, die Sinnlosigkeit und das Chaos, wobei nicht verstehbar wird, was sie damit eigentlich meint. Sich selbst könne sie nur mit einem Wort beschreiben: „sinnlos“. Im Laufe des Gesprächs kommt der Verdacht auf, dass sich die Patientin selbst verletzt, und zwar aufgrund von Andeutungen, dass sie Zustände herstellen wolle, in denen sie sich spüre; sie spricht dies aber auch auf Nachfragen nicht aus. Sie berichtet, dass es ihr schwerfalle, alleine zu sein. Sie könne dann nichts mit sich anfangen, müsse sich irgendwie beschäftigen.

Die Eltern der Patientin hätten sich 1,5 Jahre nach ihrer Geburt scheiden lassen. Ihre Mutter habe erneut geheiratet und zwei Kinder bekommen. Auch der Vater habe später eine neue Familie gegründet, sie habe ihn trotzdem regelmäßig besucht. Sie habe vermutlich eine gute Kindheit gehabt, sie sehe auf Fotos und Videos lachende Gesichter. Allerdings hat die Patientin bezüglich ihrer Erlebnisse bis zum 12. Lebensjahr eine ausgeprägte Amnesie und sie frage sich, ob wirklich sie selbst auf den Fotos zu sehen sei. Ihre Mutter kann sie schwer beschreiben, sie traue sich nicht, negative Eigenschaften zu nennen, weil sie ihr damit unrecht tun würde. Ihre „Väter“ seien sehr unterschiedlich: Ihr Stiefvater kümmere sich um Formalien und interessiere sich für das Leben der Patientin, sei aber gefühllos und distanziert. Ihr leiblicher Vater zeige ihr durch Umarmungen und Worte, dass er sie liebe, scheine sich aber nicht wirklich für ihr Leben zu interessieren. Bei den Schilderungen der Patientin über ihre Kindheit kommt vor allem wegen der ausgeprägten Kindheitsamnesie, aber auch den wenig integriert wirkenden Schilderungen der Verdacht von traumatischen Erlebnissen auf.

In Bezug auf partnerschaftliche Beziehungen berichtet die Patientin von einem Exfreund (Trennung 2 Wochen vor dem Interview), mit dem sie seit ca. zwei Jahren eine On-Off-Beziehung geführt habe. Zu Beginn sei diese gut gewesen, er habe sich für sie interessiert. Dann sei ihr „das alles zu viel“ geworden und sie habe sich getrennt, es folgte ein Hin und Her. Es wird deutlich, dass das von der Patientin beschriebene „zu viel“ mit der partnerschaftlichen Sexualität in Verbindung stand. Sie habe ausgeprägte Angst vor Intimität, wisse aber nicht, weshalb. Ihren eigenen Körper hasse die Patientin.

Frau E. weist in fast allen Bereichen eine **schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen** auf. Im Bereich *Identität* bzw. Selbstwahrnehmung fällt auf, dass die Patientin die Befürchtung hat, dass das Aussprechen von Gedanken und Fantasien diese „real“ werden lässt. Hier ist die Patientin in Bezug auf die Unterscheidung von Realität und Gedanken sehr unsicher. In der *Selbststeuerung* erscheint sie eher untersteuert, d.h. negative Affekte lösen starke Verwirrung aus und können kaum reguliert werden, sodass es zu Impulsdurchbrüchen (z. B. Maßnahmen, um „sich zu spüren“) kommt. Im Bereich *Empathie* gelingt es der Patientin schwer, mit sich selbst, aber auch mit anderen in Kontakt zu kommen. *Nähe* und Intimität scheinen kaum möglich, die Fähigkeit zu positiver und dauerhafter Bindung ist deutlich beeinträchtigt.

Weitere Fallbeispiele finden sich in der Langfassung der Leitlinie.

3 Methodisches Vorgehen

Zum Vorgehen der Leitlinienerstellung, der Entwicklung von Empfehlungen nach GRADE, dem Vorgehen der systematischen Literaturrecherche, dem Konsensusprozess und der Methodenkritik siehe die Langfassung der Leitlinie (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001>). Für den Umgang mit vor allem an kategorialen Diagnosen orientierten Studienergebnisse und dem Konzept der PF siehe auch Wendt et al. (2024b).

4 Schlüsselfragen und Empfehlungen

Die Leitliniengruppe erarbeitete Schlüsselfragen, die von der Steuerungsgruppe kommentiert und anschließend durch die Mitglieder der Fachgesellschaften diskutiert und konsentiert wurden. Insgesamt wurden 12 Schlüsselfragen nach dem PICO-Prinzip (**P**opulation/**P**atient:innen, **I**ntervention, **C**omparison (Vergleich/Kontrollgruppe), **O**utcome (Behandlungsziel) formuliert. Die *Population*, auf die sich die LL-SBPF bezieht, sind Patient:innen mit SBPF. Der *Vergleich* in den Schlüsselfragen sollte gegen eine „unspezifizierte Kontrollbedingung“ gerichtet sein. *Unspezifizierte Kontrollbedingung* bedeutet hier, dass keine bestimmte Vergleichsgruppe festgelegt wurde. Stattdessen wurden die Studienergebnisse separat nach den in den Studien vorhandenen Vergleichsgruppen berichtet. Ausgeschlossen wurde jedoch der Vergleich mit einer in Dosis, Dauer und/oder Frequenz gleichen Intervention, ein prä-post-Vergleich ohne Kontrollgruppe sowie Vergleiche zwischen medikamentös unterstützter Psychotherapie und Psychotherapie ohne medikamentöse Unterstützung oder einer anderen medikamentösen Unterstützung.

Analog bedeutet das unspezifizierte *Outcome*, dass die Studienergebnisse separat nach den in den Studien untersuchten Endpunkten berichtet werden.

4.1 Übergeordnetes Verständnis

Die Empfehlungen und Statements der LL-SBPF beruhen auf einem grundlegenden Verständnis, welches in den folgenden Abschnitten vorgestellt wird.

4.1.1 Biopsychosoziales Grundverständnis

Als wesentlich wird das bio-psycho-soziale Modell angesehen, welches der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) zugrunde liegt. Damit wird sowohl ein medizinisches als auch ein soziales Modell vereint, welches insbesondere im Bereich von SBPF bedeutsam ist, da diese sich auf beide Bereiche stark auswirken kann und Wechselwirkungen bestehen. Um dem bio-psycho-sozialen Modell gerecht zu werden bedarf es eines Zusammenwirkens verschiedener Akteur:innen im Gesundheits- und Sozialwesen.

1.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Das der ICF zugrunde liegende bio-psycho-soziale Modell und die damit verbundene personenzentrierte Haltung soll für alle Akteur:innen im Gesundheits- und Sozialwesen die Grundlage von Diagnose- und Interventionsprozessen von Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bilden.	
	Literatur: Mental Health Bericht der WHO, UN-BRK und SGB IX	
	Konsensstärke: 100%	

4.1.2 Resilienz

Rönnau-Böse et al. (2022) untersuchen die Resilienz- und Schutzfaktorenforschung, die in den 1970er Jahren begann. Resilienz, ursprünglich aus der Entwicklungspsychopathologie und beeinflusst vom Salutogenese-Modell, bezeichnet die psychische Widerstandsfähigkeit und gesunde Entwicklung trotz widriger Umstände oder traumatischer Ereignisse. Es wird zwischen chronisch widrigen Umständen und einmaligen traumatischen Ereignissen unterschieden, wobei unterschiedliche Schutzfaktoren wirken.

Resilienzförderung erfolgt durch personale Schutzfaktoren (individuelle Lebenskompetenzen) und soziale Schutzfaktoren. Flexible Selbstregulation gilt als wichtiger personaler Schutzfaktor. Hoffnung, ein bedeutender psychologischer Schutzfaktor, ist laut Snyder und Lopez (2002) durch Zieldefinition, Wege zu deren Erreichung (pathways thinking) und die Zuversicht, diese Ziele zu erreichen (agency thinking) (Shorey et al. 2003) charakterisiert. Hoffnung führt zu größerem beruflichem Erfolg und sozialer Kompetenz (Snyder und Lopez 2002).

Die Literaturrecherche im März 2023 erbrachte keine spezifische Evidenz für eine Empfehlung des Konzeptes Resilienz als Grundlage der Behandlung von Menschen mit SBPF. Von den Studienergebnissen kann aber abgeleitet werden, dass eine hohe Resilienz eine wichtige Ressource im Umgang mit einer psychischen Erkrankung darstellt. Die Stärkung der Resilienz als Widerstandskraft kann zu einer positiven Veränderung der Lebenssituation beitragen.

1.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen sollten in ihren Schutz- und Resilienzfaktoren gestärkt werden.	
	Konsensstärke: 100%	

4.1.3 Recovery

Patricia Deegan und Dan Fischer begründeten die Recovery-Bewegung, die Genesung bei psychischen Erkrankungen als selbstgesteuerten Prozess definiert. Recovery bedeutet, Sinn und Ziel im Leben wiederzufinden, und beinhaltet Fortschritte sowie Rückschläge. Wichtige Elemente sind Verbundenheit, Hoffnung, Identität, Lebenssinn und Empowerment. Psychiater:innen sollen unterstützen, ohne die Möglichkeit von Fehlern zu nehmen. Klinisch bedeutet Recovery Symptomreduktion und Remission. Im deutschsprachigen Raum gibt es verschiedene Materialien zur Unterstützung von Recovery.

1.3	Konsensbasierte Empfehlung	Modifiziert (Stand 2018)
EK	<p>Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen sollten in ihrem individuellen Recovery-Prozess unterstützt werden. Dazu gehören Interventionen, die Betroffene</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ im Rahmen ihrer individuellen Ziele und Wünsche unterstützen, ▪ in ihrer Autonomie und Individualität stärken ▪ eine Inklusion in alle Lebensbereiche und Lebensqualität fördern. <p>Die Grundlage hierfür liegt in einer Recovery-Orientierung in allen Versorgungsbereichen und einem gemeinsamen Verständnis von Recovery.</p>	
Leitlinienadaptation	<p>S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 2 (S. 55)) Siehe auch Leamy et al. (2011); Deegan (1995)</p>	
	Konsensstärke: 100%	

4.1.4 Beziehungsgestaltung und Partizipative Entscheidungsfindung

Die Qualität der therapeutischen Beziehung ist entscheidend in stationären, rehabilitativen und ambulanten Bereichen. Das Wirkkomponentenmodell von Grawe (2000) dient als Grundlage für psychosoziales Handeln in der ambulanten Begleitung bei Menschen mit SBPF. Es umfasst Ressourcenaktivierung, problemspezifische und Klärung fördernde Interventionen und die Veränderung motivationaler Schemata, die positive Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung und den Heilungsprozess haben können.

Das Modell der partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) betont eine gleichberechtigte, aktive Interaktion zwischen Patient:in und Therapeut:in, basierend auf geteilter Information und Kommunikation. Vorteile sind Symptomreduktion, verbessertes Selbstwertgefühl und höhere Behandlungsmotivation, obwohl Umsetzungsbarrieren existieren.

Studien zeigen positive Effekte der partizipativen Entscheidungsfindung bei verschiedenen Störungsbildern, einschließlich Depression und Schizophrenie. In Krisen- oder Notfallsituationen kann die Umsetzung unter Umständen jedoch weniger sinnvoll sein. Weitere Forschungen unterstützen die Stärkung partizipativer Entscheidungen, was die therapeutische Beziehung und Kommunikation leicht verbessert.

1.4	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Diagnostische, therapeutische und versorgungsbezogene Entscheidungen sollen entsprechend dem Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung erfolgen.	
Qualität der Evidenz:		
Stärkung der therapeutischen Beziehung: ⊕⊕⊕⊖	Literatur: Stovell et al. (2016)	
	Konsensstärke: 100%	

4.1.5 Selbstmanagement und Selbsthilfe

Die Selbsthilfe spielt bei der Behandlung von Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen eine bedeutende Rolle. Der Nutzen von Selbsthilfe ist unumstritten. Allerdings gibt es kein einheitliches Verständnis und keine eindeutige Begrifflichkeit für Selbsthilfe.

1.5	Konsensbasiertes Statement	Neu
EK	Selbsthilfe ist mittlerweile ein fester Bestandteil im Hilfesystem für Menschen mit SBPF. Sie unterstützt die Selbstmanagementkompetenzen, dient dem Austausch und der Aktivierung von Ressourcen und Selbstheilungskräften und dem besseren Verständnis und dem Umgang mit der Erkrankung.	
Leitlinienadaptation	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Statement 2, S. 64)	
	Konsensstärke: 100%	

Hinweis: Das Statement aus der S3-LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (DGPPN 2018, S. 64) wurde modifiziert, um nicht wie ursprünglich die Akzeptanz der Erkrankung hervorzuheben, sondern ein besseres Verständnis und einen besseren Umgang mit der Erkrankung.

Im Rahmen des Selbstmanagements und der Selbsthilfe haben sich unterschiedliche Angebote und Möglichkeiten etabliert, die in den folgenden Unterkapiteln vorgestellt werden.

4.1.5.1 Selbstregulierung und mediengestützte Edukation

Selbstmanagement bzw. Selbstregulierung wird als die Fähigkeit verstanden, die eigene Entwicklung selbstständig zu gestalten und mit krankheitsbedingten Einschränkungen umzugehen. Selbstmanagement-Programme können Menschen mit SBPF helfen, diese Einschränkungen zu bewältigen. Medienunterstützte Edukation, wie schriftliche Ratgeber und internetbasierte Selbsthilfe, kann in der Selbsthilfe nützlich sein.

1.6	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Selbstmanagement ist ein bedeutender Teil der Krankheitsbewältigung und sollte im gesamten Behandlungs- und Versorgungsprozess intensiv unterstützt werden. Ratgeber und Selbsthilfemanuale sollten interessenunabhängig, leicht verständlich (<i>auch übersetzt in die leichte Sprache</i>) und qualitativ hochwertig sein.	
	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 5 und 6 (S. 65f))	
	Konsensstärke: 100%	

Hinweis: Die Empfehlung wurde modifiziert und um den Begriff „Versorgung“ erweitert, um die Unterstützung nicht nur wie in der Empfehlung 5 aus der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S.65) im Bereich der Behandlung (im engeren Sinne nach SGB V) anzusiedeln, sondern auch in anderen Bereichen der Versorgung, wie beispielsweise in der Eingliederungshilfe nach SGB IX., zu verorten.

4.1.5.2 Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen

Selbsthilfegruppen variieren in Organisation und Größe, können offen oder geschlossen sein und eigenständig oder Teil größerer Selbsthilfeorganisationen wie dem Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE). Der BPE bietet Beratung, z.B. über EUTB-Stellen, und vertritt Mitglieder politisch. Die Selbstvertretung kann positiv zur Krankheitsbewältigung, Empowerment und Recovery bei Menschen mit SBPF beitragen. Regionale Selbsthilfekontaktstellen informieren über Selbsthilfegruppen und unterstützen deren Neugründung.

1.7	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Patient:innen mit SBPF sollen über Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen informiert und auf Wunsch bei der Kontaktaufnahme unterstützt werden.	
Leitlinienadaptation	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 8 (S. 71))	
	Konsensstärke: 100%	

Hinweis: Die Empfehlung 8 aus der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen wurde modifiziert, auf die Zielpopulation übertragen, das Spektrum der Anlaufstellen für Selbsthilfe erweitert und die Empfehlung leicht umformuliert.

4.1.5.3 Peer-Support—Expert:innen aus Erfahrung

Die Einbeziehung und Mitarbeit von Peers als Genesungsbegleiter:innen hat auch bei der Behandlung und Versorgung von Menschen mit SBPF immer größere Bedeutung. Dies zeigt sich u.a. darin, dass die geltende PPP-RL (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie) des Gemeinsamen Bundesausschusses in § 9 Abs. 2 den Einsatz von Genesungsbegleiter:innen unabhängig von Diagnosen in der Erwachsenenpsychiatrie und in der Psychosomatik als Qualitätsempfehlung ausspricht (G-BA 2024).

Peer-Support ist auch eine wichtige Antwort auf die von vielen Betroffenen gewünschte und für den Genesungsprozess (Recovery) wichtige Förderung von Autonomie und partizipativer Entscheidungsfindung und unterstützt die Schritte Richtung nutzerorientierter Transformation der psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen und Dienste.

1.8	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Menschen mit SBPF sollte Peer-Support unter Berücksichtigung ihrer Wünsche und Präferenzen zur Stärkung des Recovery-Prozesses und zur Förderung der aktiven Beteiligung an der Behandlung angeboten werden.	
	Siehe auch S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 9 (S. 90))	
	Konsensstärke: 96%	

4.2 Empfehlungen auf Basis systematischer Literaturrecherche

Mit den oben beschriebenen Definitionen führte die Arbeitsgruppe in Mainz eine systematische Literaturrecherche für die Schlüsselfragen 1-5 durch. So sollte die bestverfügbare Evidenz identifiziert werden (Blümle et al. 2020). Auf Anraten der AWMF wurden im Nachgang zur Konsensuskonferenz am 14.02.2023 zusätzlich die Schlüsselfragen 9 und 11 durch die jeweiligen

Arbeitsgruppen systematisch recherchiert. Die zugehörigen Evidenztabellen finden sich im Kapitel 6 und im Leitlinienreport unter Kapitel 3.1.4.

4.2.1 Befunde aus Qualitativen Studien im Rahmen der systematischen Literaturrecherche

Die systematische Literaturrecherche identifizierte zwei qualitative Studien, die Einblicke geben, wie Patient:innen mit SBPF verschiedene Interventionen wie Psychotherapie und gemeindepsychiatrische Versorgung erleben.

Little et al. (2018) untersuchte, wie Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung die Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) erleben. Wichtige Aspekte aus Patient:innensicht waren die therapeutische Beziehung, Selbstwirksamkeit und Perspektivwechsel hinsichtlich des eigenen Selbst und der Zukunft. Positiv empfunden wurden Therapeut:innen, die zugewandt, nicht bewertend und respektvoll waren. Gruppentherapie wurde als unterstützend, aber auch potenziell überfordernd beschrieben. Hinderlich wirkten nach Little et al. (2018) manchmal die als komplex beschriebene Sprache der DBT und negative Auswirkungen von Verhaltensänderungen auf Beziehungen.

Sheridan Rains et al. (2021) untersuchte Erfahrungen von Patient:innen mit Persönlichkeitsstörungen bei gemeindepsychiatrischen Diensten. Wichtige Aspekte waren dabei die Langzeitperspektive, individualisierte und ganzheitliche Behandlung, Zugang und Qualität der Angebote. Patient:innen wünschten sich kontinuierliche, verständliche und kompetente Betreuung. Eine zentrale Bedeutung wurde der therapeutischen Beziehung beigemessen; Therapeut:innen sollten vertrauensvoll, offen, ehrlich und empathisch sein. Die Diagnose Persönlichkeitsstörung wurde teils als stigmatisierend, teils hilfreich für spezialisierte Behandlungen empfunden.

Für die Implementierung im deutschen Gesundheitssystem sollten diese Erkenntnisse berücksichtigt werden. Wichtige Aspekte sind eine gute therapeutische Beziehung, Wertschätzung und Orientierung im Leben und im Gesundheitssystem.

4.2.2 Schlüsselfrage 11: Hat dimensionale Diagnostik einen Vorteil gegenüber nicht-dimensionaler Diagnostik für Patient:innen und/oder Versorger (z. B. bessere Arzt-Patienten-Kommunikation, größere Zufriedenheit mit Behandlung, geringere Stigmatisierungserfahrung)?

Empirische Untersuchungen zeigen, dass psychische Störungen meist kontinuierlich verteilt sind, ohne klare Trennung zwischen Betroffenen und Nicht-Betroffenen (Haslam et al. 2020). So weisen die Symptome von Persönlichkeitsstörungen beispielsweise Verteilungen auf, die besser mit einem dimensionalen Verständnis der zugrundeliegenden Unterschiede in Einklang zu bringen sind (Ahmed et al. 2013; Aslinger et al. 2018; Conway et al. 2012). Kategoriale Diagnosen können zu willkürlichen Einteilungen, beeinträchtigten Reliabilität und Validität führen und den Informationswert, besonders für behandlungsrelevante Variablen, vermindern (Clark et al. 2017; Markon et al. 2011; Wendt et al. 2019). Auch die klinische Nützlichkeit ist ein entscheidender Faktor. Positive Einschätzungen hinsichtlich der klinischen Nützlichkeit von LPFS-Instrumenten liegen vor (Bach und Tracy 2022; Hopwood 2018; Milinkovic und Tiliopoulos 2020).

In deutscher Sprache liegen folgende Instrumente zur Erfassung der LPFS vor:

- Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit: Enthalten in der deutschen DSM-5-Ausgabe (Falkai et al. 2018).
- STiP-5.1: Deutsche Übersetzung verfügbar (Hutsebaut et al. 2017; Zettl et al. 2020).

- SCID-AMPD Modul 1: Deutsche Übersetzung verfügbar (Bender et al. 2018; Hörz-Sagstetter et al. 2024).
- LPFS-BF: Deutsche Kurzformen verfügbar (Spitzer et al. 2021; Zimmermann et al. 2020).

2.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Die Diagnostik von Beeinträchtigungen der PF sollte dimensional erfolgen und sich nicht auf kategoriale Persönlichkeitsstörungsdiagnosen beschränken.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Evidenzrecherche; Zwei Meta-Analysen, fünf Einzelstudien:	
Validität: ⊕⊕⊕⊕ Reliabilität: ⊕⊕⊕⊕ Klinische Nützlichkeit ⊕⊕⊕⊕	Haslam et al. (2020) Markon et al. (2011) Weekers et al. (2023) Wendt et al. (2024b) Zimmermann et al. (2023), darin: Buer Christensen et al. (2020) Morey et al. (2013) Morey et al. (2014)	
	Konsensstärke: 100%	

2.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Der Schweregrad der Beeinträchtigung der PF sollte anhand der LPFS mit entsprechenden klinischen Interviews erfasst werden.	
	<ol style="list-style-type: none"> 1) Zu diesem Zweck sollten eigens dafür entwickelte strukturierte Interviews verwendet werden, beispielsweise das <i>Strukturierte Klinische Interview für das alternative DSM-5-Modell für Persönlichkeitsstörungen Modul I (SCID-5-AMPD-I)</i> oder das <i>Semistrukturierte Interview zur Erfassung der DSM-5 PF (STiP-5.1)</i>. 2) Alternativ können hierzu Interviews verwendet werden, die auf sehr ähnliche psychodynamische Konstrukte des Strukturniveaus oder der Persönlichkeitsorganisation abzielen, beispielsweise das <i>OPD-Interview</i> oder das <i>Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO)</i>. 	
Qualität der Evidenz:	Systematische Evidenzrecherche; Zwei Meta-Analysen, fünf narrative Reviews:	
Validität: ⊕⊕⊕⊕ Reliabilität: ⊕⊕⊕⊕ Klinische Nützlichkeit ⊕⊕⊕⊕	Birkhölzer et al. (2021) Hörz-Sagstetter et al. (2021) Morey et al. (2022) Sharp und Wall (2021) Young und Beazley (2023) Zimmermann et al. (2023)	
	Konsensstärke: 100%	

2.3	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: 0	Zu Screening-Zwecken können eigens dafür entwickelte Selbstberichtsfragebögen eingesetzt werden, beispielsweise die deutsche Version des <i>Level of Personality Functioning Scale—Self-Report</i> (LPFS-SR) oder der <i>Level of Personality Functioning Scale—Brief Form</i> (LPFS- BF 2.0). Auch etablierte Instrumente zu eng verwandten Konstrukten wie der OPD-Strukturfragebogen können verwendet werden.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Evidenzrecherche; Fünf narrative Reviews:	
Validität: ⊕⊕⊕⊖ Reliabilität: ⊕⊕⊕⊖ Klinische Nützlichkeit ⊕⊕⊖⊖	Birkhölzer et al. (2021) Hörz-Sagstetter et al. (2021) Morey et al. (2022) Sharp und Wall (2021) Zimmermann et al. (2023)	
	Konsensstärke: 100%	

Welche besonderen Anforderungen gibt es in der Diagnostik bestimmter Personengruppen?

Die Diagnostik bestimmter Personengruppen erfordert die Berücksichtigung von Merkmalen wie Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung und kultureller Hintergrund, da sie die Messungen beeinflussen können. Bisher wurden keine Verzerrungen durch kulturelle Unterschiede oder Geschlecht bei der LPFS-BF 2.0 festgestellt (Natoli et al. 2022; Le Corff et al. 2022).

Allerdings fehlen noch Daten zur Messinvarianz für Altersgruppen, kognitiven Fähigkeiten und den Einfluss des soziokulturellen Hintergrunds. Bei verwandten Tests wie dem PID-5 zeigen LGBTQ+ Personen abweichende Ergebnisse, möglicherweise aufgrund ihrer oft erschwerten Lebensumstände. Dies betont die Bedeutung der Kontextualisierung individueller Lebensumstände bei der Interpretation von Testergebnissen.

Welche Forschungslücken gibt es?

Siehe Langfassung.

4.2.3 Schlüsselfrage 1: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante Psychotherapie erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Dass ambulante Psychotherapie bei vielen psychischen Erkrankungen wirkt, ist allgemein anerkannt. Über die Wirksamkeit für Patient:innen mit SBPF hingegen liegen noch keine Meta-Analysen vor. Entsprechend wurden Meta-Analysen für Störungskategorien gesucht, bei denen von einer SBPF ausgegangen werden kann und ob ambulante Psychotherapie als wirksam für diese Patient:innengruppe bezeichnet werden kann.

Evidenz:

Die Studien zur Evidenz und die Bewertung der Outcomes werden in der Langversion der LL-SBPF dargestellt. In den Empfehlungen wird die Evidenz getrennt nach Outcomes dargestellt. So wird bspw. bei der Änderung der Symptomschwere nach Intervention bei Patient:innen mit

behandlungsresistenten Depressionen zwischen einem Vergleich von Psychotherapie mit Treatment as usual (TAU; Medikation) und Psychotherapie zusätzlich zu TAU (Medikation) unterschieden.

3.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Für die Verbesserung der störungsspezifischen Symptome bei Patient:innen mit SBPF sollte ambulante Psychotherapie angeboten werden.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; Elf Meta-Analysen, ein Cochrane Review:	
Störungsspezifische Symptome <u>Vergleich mit Treatment as usual</u> <i>Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum</i>		
Auditive Halluzinationen nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖ Wahnvorstellungen nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖ Wahnvorstellungen nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖ Wahnvorstellungen nach 47 Wochen: ⊕⊕⊕⊖	Turner et al. (2020) Turner et al. (2020) Mehl et al. (2019) Mehl et al. (2019)	
<i>Borderline-Persönlichkeitsstörung</i>		
Borderline-Persönlichkeitsstörungssymptome nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖ Para-/Suizidalität nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖	McLaughlin et al. (2019) McLaughlin et al. (2019)	
<i>Behandlungsresistente Depression</i>		
Änderung Symptomschwere nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖ Änderung Symptomschwere nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖ Symptomschwere nach 12 Monaten: ⊕⊕⊕⊖ Depressive Symptome st: ⊕⊕⊕⊖ Depressive Symptome st: ⊕⊕⊕⊖	van Bronswijk et al. (2019) van Bronswijk et al. (2019) Li et al. (2018) Ijaz et al. (2018) Ijaz et al. (2018)	

Depressive Symptome st: ⊕⊕⊕⊖	Ijaz et al. (2018)
Depressive Symptome st: ⊕⊕⊕⊖	Ijaz et al. (2018)
Depressive Symptome mt: ⊕⊕⊕⊖	Ijaz et al. (2018)
<u>Vergleich mit aktiver Kontrollbedingung</u> <i>Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum</i>	
Auditive Halluzinationen nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖	Turner et al. (2020)
Wahnvorstellungen nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖	Turner et al. (2020)
Wahnvorstellungen nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖	Mehl et al. (2019)
Wahnvorstellungen nach 35 Wochen: ⊕⊕⊕⊖	Mehl et al. (2019)
<i>Posttraumatische Belastungsstörung</i>	
Symptomreduktion nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖	Wei und Chen (2021)
Symptomreduktion nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖	Sonis und Cook (2019)
Symptomschwere nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖	Asmundson et al. (2019)
Symptomschwere nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖	Merz et al. (2019)
Symptomschwere nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖	Merz et al. (2019)
Symptomschwere bei Follow-Up: ⊕⊕⊕⊖	Asmundson et al. (2019)
Symptomschwere bei Follow-Up: ⊕⊕⊕⊖	Merz et al. (2019)
Symptomschwere bei Follow-Up: ⊕⊕⊕⊖	Merz et al. (2019)
Symptomschwere bei Follow-Up: ⊕⊕⊕⊖	Thompson et al. (2018)
Erfüllen der Diagnose- kriterien nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖	Wei und Chen (2021)
<i>Posttraumatische Belastungsstörung und/oder Depression</i>	
Symptomreduktion bei Follow-Up: ⊕⊕⊕⊖	Althobaiti et al. (2020)

<u>Vergleich mit inaktiver Kontrollbedingung</u> <i>Posttraumatische Belastungsstörung</i>	
Symptomreduktion nach Intervention: ⊕⊕⊕⊕ Symptomschwere nach Intervention: ⊕⊕⊕⊕ Symptomschwere bei Follow-Up: ⊕⊕⊕⊕ Erfüllen der Diagnosekriterien nach Intervention: ⊕⊕⊕⊕	Wei und Chen (2021) Asmundson et al. (2019) Asmundson et al. (2019) Wei und Chen (2021)
	Konsensstärke: 100%

Die Qualität der Evidenz wurde für depressive Symptome jeweils nach Zeitabschnitten bewertet, st – short term, mt - medium term

3.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: 0	Zur Verbesserung der psychosozialen Funktionsfähigkeit bei Patient:innen mit SBPF kann ambulante Psychotherapie angeboten werden.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; Eine Meta-Analyse:	
Psychosoziale Funktionsfähigkeit <u>Vergleich mit Treatment as usual</u>		
Psychosoziale Funktionsfähigkeit nach Intervention: ⊕⊕⊕⊕	Laws et al. (2018)	
<u>Vergleich mit aktiver Kontrollgruppe</u>		
Psychosoziale Funktionsfähigkeit nach Intervention: ⊕⊕⊕⊕	Laws et al. (2018)	
	Konsensstärke: 100%	

3.3	Evidenzbasiertes Statement	Neu
	Für die Verringerung der Hospitalisierung und Notaufnahmen durch Patient:innen mit SBPF nach ambulanter Psychotherapie findet sich keine ausreichende Evidenz.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; Eine Meta-Analyse:	
Inanspruchnahme des Gesundheitssystems <u>Vergleich mit Treatment as usual</u>		

Hospitalisierungen nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖	McLaughlin et al. (2019)
Aufsuchen der Notaufnahme nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖	McLaughlin et al. (2019)
Konsensstärke: 100%	

Fazit der Evidenz für ambulante Psychotherapie bei Patient:innen mit SBPF:

Insgesamt deutet die Evidenzlage daraufhin, dass ambulante Psychotherapie für Patient:innen mit SBPF wirksam ist. Diese Befundlage deckt sich mit klinischer Erfahrung, dass eine Besserung durch Psychotherapie erreicht werden kann. Allerdings sind die Effekte oftmals eher niedrig und die Qualität der Evidenz schwach bis allenfalls moderat.

Weiterführende Informationen:

Die Empfehlung von ambulanter Psychotherapie lässt offen, wie diese gestaltet sein sollte, damit Patient:innen mit SBPF bestmöglich von dieser profitieren. Dafür sind Studien notwendig, die sich explizit mit dieser Fragestellung auseinandersetzen. In den Metaanalysen bzw. Cochrane Review zur Schlüsselfrage 1 wurden vereinzelt Analysen zu Gruppentherapie bzw. Dosis vorgenommen, welche in der Langfassung beschrieben werden. Darüberhinausgehende Literatur zeigt folgende Ergebnisse:

Vergleich von Gruppen- mit Einzelsetting:

Da bei Patient:innen mit SBPF häufig interpersonelle Probleme vorliegen, können Gruppentherapien vorteilhaft sein, da diese interpersonelle Probleme lindern können (z.B. Rabung et al. 2005). Durch ein Gruppensetting können die interpersonellen Funktionen, Empathie und Nähe, gestärkt werden, da in diesem Setting die Auseinandersetzung mit mehreren anderen Personen im Fokus stehen kann. Dies schließt natürlich die Effektivität von Gruppentherapie bei Patient:innen ohne interpersonelle Probleme nicht aus.

Inwiefern Gruppentherapie gegenüber Einzeltherapie zu bevorzugen ist, ist empirisch nicht klar (z.B. Arntz et al. 2022). Auch ist bei der Effektivität einer Gruppentherapie die spezifische Auswahl des Gruppensettings entscheidend. So kann der Effekt einer psychoanalytisch-interaktioneller Gruppe ein anderer sein als der einer Skill-Training-Gruppe im Rahmen einer DBT.

3.4	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Ein Gruppensetting kann Patient:innen mit SBPF angeboten werden.	
	Literatur z.B. Rabung et al. 2005	
	Konsensstärke: 90%	

Vergleiche zur Behandlungsdosis:

Es scheint eine Frequenz von 2 Sitzungen in der Woche mit einem besseren Outcome assoziiert zu sein (Kool et al. 2018). Diesen Befund zeigt auch die Untersuchung von Bruijnicks et al. (2020).

Die NICE-Richtlinien empfehlen für Patient:innen mit Borderline-Störungen keine Behandlungen unter 3 Monaten und eine Frequenz von 2 Sitzungen in der Woche (NICE, 2009). Die S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung führt an, dass die Frequenz von einer Sitzung pro Woche nicht unterschritten werden sollte und ein Drittel der betroffenen Patient:innen mit

Borderline-Persönlichkeitsstörung nach einem Jahr die Remission erreicht, ein weiteres Drittel dafür zwei Jahre benötigt und das letzte Drittel einen noch längeren Zeitraum benötigt. In den aufgeführten Studien und der Richtlinie wurden unterschiedliche Patient:innen untersucht. Legt man die Annahmen nach Wendt et al. (2024b) zugrunde, ist davon auszugehen, dass die PF bei den meisten der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Aufgrund der oben ausgeführten Befunde ist davon auszugehen, dass die Behandlung von Patient:innen mit SBPF ebenfalls längere Therapiedauern umfasst, die eher in Jahren als in Monaten gemessen kann. Ebenso ist davon auszugehen, dass eine höhere Sitzungsfrequenz als einmal wöchentlich ein positives Outcome unterstützen kann.

3.5	Konsensbasiertes Statement	Neu
EK	Patient:innen mit SBPF benötigen in der Regel längere und ausreichend hochfrequente psychotherapeutische Behandlung.	
	Literatur: vgl. S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung; NICE, 2009; Kool et al. 2018; Bruijniks et al. 2020; Bone et al. 2021; Woll und Schönbrodt 2020; Shefler et al. 2023	
	Konsensstärke: 100%	

4.2.4 Schlüsselfrage 2: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die Online-Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung erhalten, ein schlechteres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

In der LL-SBPF werden unter Online-Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung Interventionen verstanden, die rein computerbasiert ohne Beteiligung einer menschlichen Person durchgeführt wird.

Um den Zugang zu Therapie zu erleichtern, werden häufig internetbasierte Interventionen entwickelt (Griffiths und Christensen 2006; Spek et al. 2007). Diese können helfen, wenn leicht zugängliche Angebote oder ausreichend Therapeut:innen nicht vorhanden sind, bzw. diese eine große Anzahl an Patient:innen versorgen müssen (z.B. Backhaus et al. 2012; Ahern et al. 2018; Spek et al. 2007).

Die Autor:innen gehen davon aus, dass Patient:innen mit SBPF häufig innere und äußere Hemmnisse erleben, therapeutische Angebote wahrzunehmen und eine direkte Ansprache notwendig ist (siehe auch Kapitel 4.2.8). Dies kann die Therapiemotivation erhöhen und ein Lernen im persönlichen Kontakt ermöglichen. Fehlt ein therapeutisches Gegenüber, wie es bei Online-Interventionen der Fall sein kann, sind diese Erfahrungen nicht möglich und entsprechend ist ein schlechteres Outcome zu erwarten, als wenn eine Therapeut:in involviert ist. (vgl. Simon et al. 2022; Cuijpers et al. 2019).

Evidenz:

Die Studien zur Evidenz und die Bewertung der Outcomes werden in der Langversion der LL-SBPF dargestellt.

Fazit der Evidenz für Online-Interventionen bei Patient:innen mit SBPF:

4.1	Evidenzbasiertes Statement	Neu
	Die Datenlage erlaubt keine klare Empfehlung für oder gegen Online-Interventionen ohne kontinuierliche persönlich medizinisch-therapeutische Begleitung bei Patient:innen mit SBPF.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; zwei randomisiert kontrollierte Studien, eine cluster-randomisierte kontrollierte Studie:	
Psychosoziale Funktionsfähigkeit: ⊕⊕⊕⊖	Hedman et al. (2016)	
Gesundheitsangst: ⊕⊕⊕⊖	Hedman et al. (2016)	
Symptomschwere der Depression: ⊕⊕⊕⊖	Adu et al. (2023)	
Häufigkeit Suizidalen Verhaltens: ⊕⊕⊕⊖	Rodante et al. (2022)	
Gesundheitsbezogene Lebensqualität: ⊕⊕⊕⊖	Adu et al. (2023)	
	Konsensstärke: 96%	

Aufgrund der geringen Qualität der Evidenz, der wenigen Studien und der fehlenden Sicherheit der Ergebnisse kann eine Online-Intervention ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung nicht empfohlen werden, es kann aber auch keine Empfehlung dagegen ausgesprochen werden. Eine Entscheidung muss im klinischen Einzelfall und unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten und Präferenzen getroffen werden.

4.2.5 Schlüsselfrage 3: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulant und stationär abgestimmte Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Eine Abstimmung von vollstationären, tagesklinischen, ambulanten und aufsuchenden Behandlungen ermöglicht eine flexible und passgenaue Versorgung von Patient:innen und soll daher weiter gefördert werden, wie die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung in ihrer achten Stellungnahme beschreibt. Dort werden die Sektorengrenzen als zentrale Ursache für verminderte Qualität und Effizienz identifiziert und den Psych-Fächern ein relevantes Potential zur Verbesserung bescheinigt (Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 29.09.2023). Eine abgestimmte Versorgung wird im deutschen Gesundheitssystem mit der Komplexversorgung angestrebt (KSVPsych-RL, G-BA 2021). Bei dieser steht eine intensive Koordination und Kooperation der beteiligten Behandler:innen im Zentrum. Schließen sich Behandler:innen über Sektoren und Berufsgruppen hinweg zusammen, ermöglicht dies einen Austausch über Diagnostik, Indikation und Therapieplanung. Dadurch kann ein Gesamtbehandlungsplan erstellt werden und vor allem die Kontinuität von Beziehungen gewährleistet werden. So kann eine Patient:in eine feste Ansprechpartner:in haben, die die Behandlung koordiniert, sich um organisatorische Aufgaben kümmert und die Patient:innen beispielsweise dabei unterstützt, Behandlungstermine wahrzu-

nehmen (vgl. KBV 2024). Insgesamt soll damit den Patient:innen erleichtert werden, selbstständig und stabil zu leben, stationäre Aufenthalte zu vermeiden und Beziehungsabbrüche zu minimieren. Dies ist insbesondere bei Patient:innen mit SBPF wichtig, da mit den eingeschränkten Fähigkeiten zur Kontaktaufnahme und -aufrechterhaltung und gravierenden Defiziten in der Emotionsregulation Patient:innen mit SBPF die Therapieplatzsuche insbesondere bei der angespannten Situation der ambulanten psychotherapeutischen psychiatrischen Versorgung (Bundespsychotherapeutenkammer 2018; Goldner et al. 2011) häufig rasch frustriert aufgeben (z.B. nach dem ersten oder zweiten Anruf bei der Ärzt:in, bzw. Psychotherapeut:in (Bridler et al. 2013). Teils sind bis zu 50 Anrufe notwendig, bis Behandlungen beginnen können (Wietersheim et al. 2021)), oder begonnene Behandlung werden abgebrochen, was meist zu verstärkter Demoralisierung führt (Benecke et al. 2018). Gelingt eine Abstimmung von stationärer und ambulanter Versorgung können damit laut Expert:innen stationäre Aufenthalte vermieden werden, die zustande kommen, wenn Patient:innen keine ambulante Anschlussbehandlung finden. In ihrer Not wenden sich dann Patient:innen häufig an stationäre Einrichtungen.

Evidenz:

Die Studien zur Evidenz und die Bewertung der Outcomes werden in der Langversion der LL-SBPF dargestellt.

Fazit der Evidenz für ambulant und stationär abgestimmte Versorgung bei Patient:innen mit SBPF:

5.1	Evidenzbasiertes Statement	Neu
	Die Datenlage erlaubt keine klare Empfehlung für oder gegen eine ambulant und stationär abgestimmte Versorgung bei Patient:innen mit SBPF.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; eine quasi-experimentelle Längsschnittstudie:	
Psychosoziales Funktionsniveau: ⊕⊕⊕⊖	Müller et al. (2016)	
Subjektive Lebensqualität: ⊕⊕⊕⊖	Müller et al. (2016)	
Veränderung der Symptomatik: ⊕⊕⊕⊖	Müller et al. (2016)	
Behandlungssadhärenz: ⊕⊕⊕⊖	Müller et al. (2016)	
Häufigkeit der stationären Behandlung: ⊕⊕⊕⊖	Müller et al. (2016)	
	Konsensstärke: 92%	

Die Qualität der Evidenz und die uneindeutige Richtung der Ergebnisse erlauben alleine keine klare Empfehlung, jedoch weisen die klinischen Erfahrungen klar in die Richtung, dass Patient:innen von einer ambulant und stationär abgestimmten Versorgung profitieren. Daher wird empfohlen, Patient:innen mit SBPF eine ambulant und stationär abgestimmte Versorgung anzubieten.

5.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Wenn Patient:innen mit SBPF sowohl ambulant als auch stationär versorgt werden, sollte diese Versorgung abgestimmt werden, unter Berücksichtigung der Wünsche der Patient:innen und ggf. Zugehörigen.	
	Konsensstärke: 100%	

4.2.6 Schlüsselfrage 4: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die in „besonderen Wohnformen“ unter einem Dach wohnen, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

In diesem Kapitel wird die in diesem Kontext übliche Terminologie von Klient:innen verwendet. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass dieser Bereich der Versorgung für ein sehr heterogenes Klientel relevant ist.

Für Klient:innen mit komplexem Behandlungsbedarf kann es verschiedene Unterstützungsformen, die das Wohnumfeld der Klient:innen betreffen, geben. Dazu zählen stationäre und ambulante Unterstützungsangebote. Eine präzise Terminologie fehlt, was vergleichende Untersuchungen (Richter und Hoffmann 2017) und eine genaue Beschreibung verschiedener Wohnformen erschwert. Zudem fehlen hochwertige Studien, die die Effektivität von verschiedenen Unterstützungsformen untersuchen (Chilvers et al. 2002, 2006; Speck et al. 2013). Entsprechend wurde das Kriterium „besondere Wohnform“ in der LL-SBPF bewusst offengehalten, welches hier als ein Kontinuum von stationären Wohneinrichtungen, die lange Zeit als „Heim“ und mittlerweile als „besondere Wohnform“ bezeichnet werden, bis zu ambulanten Unterstützungsangeboten in der eigenen Wohnung (Dehn et al. 2021) verstanden wird. Unterschiedlich ist jeweils der Grad an Unterstützung bei der Wohnsituation und dem Grad, indem therapeutische Angebote gemacht werden. So kann es sich auf der einen Seite um eine Unterbringung ansonsten obdachlos werdender Klient:innen handeln bis hin zu einer intensiv sozialtherapeutisch begleiteten therapeutischen Wohngruppe. Grob lassen sich in Deutschland drei Formen unterscheiden: Ambulant Betreutes Wohnen, Stationär Betreutes Wohnen und Betreutes Wohnen in Familien (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen).

Auf empirischer Ebene zeigen sich nach Richter und Hoffmann (2017) keine Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Wohnformen hinsichtlich sozialer und gesundheitlicher Parameter. Dabei scheint eine Trennung der eigenen Wohnung von Unterstützungsangeboten ein Ideal zu sein, das durch die Interventionen erhalten oder erreicht werden soll (Tabol et al. 2010). Eine eigenständige Wohnform wird allgemein präferiert (Richter und Jäger 2021). Studien, die verschiedene Wohnformen bei Klient:innen mit SBPF untersuchen, sind uns nicht bekannt.

Grundsätzlich gilt, dass die soziale Teilhabe von Klient:innen mit SBPF durch ein wohnortnahes, selbstbestimmtes, ambulantes Wohnen gefördert wird, wie dies bspw. in der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Kapitel 10.3, S. 134ff) beschrieben wird. Nur wenn dies nicht möglich ist, sollten unterstützte Wohnformen in Betracht gezogen werden, oder wenn Klient:innen eine Präferenz dafür haben. Auf diese Sondersituation bezieht sich die LL-SBPF. Gründe, weshalb ein selbstbestimmtes Wohnen nicht möglich ist, können bspw. eine fehlende Strukturierung des Alltags sein, weil Klient:innen dies aufgrund der Beeinträchtigungen der PF nicht möglich ist. Ein therapeutisch geführtes Wohnumfeld kann entwicklungsfördernd im Sinne der sozialen Therapie sein, da neue Beziehungserfahrungen gemacht, Selbstbilder dauerhaft geprüft, Interaktionen ein Feedback erhalten können und auch so die interaktionellen Funktionen gefördert werden können (Üben in der Gemeinschaft). Durch

das dauerhafte Zusammenleben kann ein intensiver Raum des Austausches geschaffen werden. Ziel sollte jedoch immer die Rückkehr in eine selbstbestimmte Wohnform sein, da unterstützte Wohnformen nicht selten wohnortfern und mit einem Verlust an Eigenständigkeit einhergehen (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen).

Evidenz:

Die Studien zur Evidenz und die Bewertung der Outcomes werden in der Langversion der LL-SBPF dargestellt.

Fazit der Evidenz für „besondere Wohnformen“ bei Klient:innen mit SBPF:

6.1	Evidenzbasiertes Statement	Neu
	Die Datenlage erlaubt keine klare Empfehlung für oder gegen eine Unterbringung in einer „besonderen Wohnform“ unter einem Dach bei Klient:innen mit SBPF.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; zwei Publikationen aus einer prospektiven Kohortenstudie:	
Soziales Funktionsniveau: ⊕⊕⊕⊕ Einweisung ins psychiatrische Krankenhaus: ⊕⊕⊕⊕ Psychopathologische Symptomschwere: ⊕⊕⊕⊕ Lebensqualität: ⊕⊕⊕⊕	Dehn et al. (2021) Dehn et al. (2022)	
	Konsensstärke: 92%	

Hinweis: In der Stellungnahme der DGPPN (siehe Kapitel 3.2 im Leitlinienreport) wird ein Sondervotum vorgeschlagen.

Aufgrund der geringen Qualität der Evidenz, der wenigen Studien und der fehlenden Sicherheit der Ergebnisse, kann die Unterbringung in einer „besonderen Wohnform“ unter einem Dach nicht empfohlen werden, es kann aber auch keine Empfehlung dagegen ausgesprochen werden. Eine Entscheidung muss im klinischen Einzelfall und unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten und Präferenzen getroffen werden.

Wenn eine unterstützte Wohnform notwendig ist, sollte diese:

- die größtmögliche Selbstbestimmung der Klient:innen ermöglichen
- selbstbestimmtes Wohnen der Klient:innen fördern
- therapeutische Konzepte und qualifiziertes Personal für Klient:innen mit SBPF vorhalten
- einen Bezug in die Gemeinde hinein erhalten.

4.2.7 Schlüsselfrage 5: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante koordinierte Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Vom Gesetzgeber wird eine koordinierte Versorgung, insbesondere in der ambulanten Versorgung, gefordert. Dazu wurde 2021 die „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte

mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)“ beschlossen (G-BA 2021). Darin wird die unzureichende „berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ festgestellt.

Eine gut koordinierte Versorgung zeichnet sich dadurch aus, dass Patient:innen mit SBPF eine Ansprechpartner:in haben, die:

- eine ausreichende Ausbildung hinsichtlich psychischer Störungen hat,
- Sektorenübergreifend vernetzt ist,
- Terminvereinbarungen übernehmen und weitere Leistungen und Hilfen anbahnen kann,
- Patient:innen motivieren kann, Termine wahrzunehmen,
- einen regelmäßigen (bis wöchentlichen) Kontakt zu den Patient:innen herstellen und halten kann,
- falls notwendig das relevante Umfeld einbeziehen kann,
- falls notwendig und mit Einverständnis der Patient:in diese in ihrem häuslichen Umfeld aufsucht.

Die Koordinierung kann von behandelnden Personen selbst ausgeübt werden oder an entsprechend qualifiziertes Personal delegiert werden. Die qualifizierende Beschreibung, was eine koordinierte Versorgung ausmacht, stammt von der KSVPsych-RL. Dort werden auch Berufsgruppen benannt, die diese koordinierende Versorgung ausüben können oder an die Aufgaben delegiert werden können. Da jedoch nicht alle relevanten Berufsgruppen, wie Hausärzt:innen, benannt werden, wurde hier allein die qualifizierende Beschreibung gewählt. Zudem wird die Richtlinie häufig aufgrund fehlender monetärer Anreize nicht umgesetzt.

Evidenz:

Die Studien zur Evidenz und die Bewertung der Outcomes werden in der Langversion der LL-SBPF dargestellt.

7.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: 0	Zur Verbesserung der psychischen Lebensqualität kann Patient:innen mit SBPF eine ambulante koordinierte Versorgung angeboten werden.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; eine Meta-Analyse:	
Psychische Lebensqualität: ⊕⊕⊖⊖	Lim et al. (2022)	
	Konsensstärke: 100%	

7.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Zur Verbesserung der psychosozialen Funktionsfähigkeit sollte Patient:innen mit SBPF eine ambulante koordinierte Versorgung angeboten werden.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; ein Cochrane Review:	
Psychosoziale Funktionsfähigkeit: ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)	

Psychosoziale Funktionsfähigkeit mt: ⊕⊕⊖⊖	Dieterich et al. (2017)
Psychosoziale Funktionsfähigkeit lt: ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)
	Konsensstärke: 100%

Die Qualität der Evidenz wurde für die psychosoziale Funktionsfähigkeit jeweils nach Zeitabschnitten bewertet, st – short term, mt - medium term, lt – long term

7.3	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: 0	Zur Reduktion von Erwerbslosigkeit kann Patient:innen mit SBPF eine ambulante koordinierte Versorgung angeboten werden.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; ein Cochrane Review:	
Erwerbsstatus mt: ⊕⊕⊖⊖	Dieterich et al. (2017)	
Erwerbsstatus lt: ⊕⊕⊖⊖	Dieterich et al. (2017)	
	Konsensstärke: 100%	

Die Qualität der Evidenz wurde für den Erwerbsstatus nach mt – medium term, lt – long term

Hinweis: In der Stellungnahme der DGPPN (siehe Kapitel 3.2 im Leitlinienreport) wird ein Sondervotum vorgeschlagen.

Fazit der Evidenz für ambulant koordinierte Versorgung bei Patient:innen mit SBPF:

Die Evidenz und klinische Erfahrung deuten darauf hin, dass Patient:innen mit SBPF von einer koordinierten ambulanten Versorgung profitieren, entsprechend sollte dies empfohlen werden.

7.4	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Bei Bedarf einer multiprofessionellen ambulanten Behandlung sollte diese koordiniert durch eine an dieser Behandlung beteiligten Person stattfinden.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; eine Meta-Analyse und ein Cochrane Review:	
Psychische Lebensqualität: ⊕⊕⊖⊖	Lim et al. (2022)	
Funktionsfähigkeit st: ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)	
Funktionsfähigkeit mt: ⊕⊕⊖⊖	Dieterich et al. (2017)	
Funktionsfähigkeit lt: ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)	
Erwerbsstatus mt: ⊕⊕⊖⊖	Dieterich et al. (2017)	
Erwerbsstatus lt: ⊕⊕⊖⊖	Dieterich et al. (2017)	
	Konsensstärke: 96%	

Die Qualität der Evidenz wurde für die Funktionsfähigkeit jeweils nach Zeitabschnitten bewertet, st – short term, mt – medium term, lt – long term, der Erwerbsstatus nach mt – medium term, lt – long term

4.2.8 Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit SBPF, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?

Dieses Kapitel behandelt die Rolle der therapeutischen Beziehung bei Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen.

Der Begriff Therapeutische Beziehung bezieht sich auf „die Gefühle und Einstellungen, die Therapeut:in und Patient:in zueinander haben und die Art, wie diese ausgedrückt werden“ (Norcross und Lambert 2018, S. 304). Es handelt sich also nicht um einzelne Techniken oder Interventionen, sondern die jeweils sich gestaltende Ausformung des Miteinander-Seins und erfordert grundlegende therapeutische Fertigkeiten und Haltungen. Behandlungsmethoden und therapeutische Beziehung informieren und formen sich gegenseitig. Anders ausgedrückt: Behandlungsmethoden sind Beziehungsakte (Safran und Muran 2000).

Für 9 weitere Empfehlungen wurde eine systematische Recherche von Meta-Analysen zugrunde gelegt. Grundlegend für die Festlegung der Suchterme waren dabei vor allem die Ergebnisse der Task Force „Evidence-based relationships and responsiveness“ der American Psychological Association (Norcross & Lambert, 2011; Norcross & Lambert, 2018). Die genaue Suchstrategie ist im Leitlinienreport nachzulesen. Insgesamt 17 Meta-Analysen wurden eingeschlossen.

4.2.8.1 Relevanz und Wirkung der therapeutischen Beziehung und der Beziehungskontinuität

Die therapeutische Beziehung und das Arbeitsbündnis von Patient:in und Behandler:in tragen maßgeblich zur Wirksamkeit von psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen bei (Gelso et al. 2018; Norcross und Lambert 2018). Bis zu 8% des Therapieoutcomes ist auf die therapeutische Beziehung zurückzuführen (Barkham et al. 2017).

8.1	Evidenzbasiertes Statement	Neu
	Eine krankheitsphasenübergreifende tragfähige therapeutische Beziehung trägt wesentlich zum Behandlungserfolg in der Akut- und Erhaltungstherapie bei.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; drei Meta-Analysen, eine Meta-Synthese, zwei systematische Reviews:	
Leitlinienadaptation Relevanz aus Patient:innensicht: ⊕⊕⊕⊕ Relevanz aus Sicht von Kliniker:innen: ⊕⊕⊕⊖ Ergebnis der Psychotherapie: ⊕⊕⊕⊖ Veränderung der psychiatrischen Symptome: ⊕⊕⊕⊖	Literatur: Gelso et al. (2018); Loughlin et al. (2020); Haw et al. (2023); Troup et al. (2022); Flückiger et al. (2018); Bourke et al. (2021) Vergleichbare Leitlinienempfehlung: S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen [Statement 7, S. 91]. Der Teilsatz „und prophylaktischen Therapie“ wurde zu „und Erhaltungstherapie“ geändert. Weiterführende Literatur: Barkham et al. (2017); Norcross und Lambert (2018)	
	Konsensstärke: 100%	

Verschiedene Meta-Analysen (Flückiger et al. 2018; Bourke et al. 2021; Browne et al. 2021; Howard et al. 2022) zeigen: Wenn die therapeutische Allianz stark ist und Allianzstörungen gut bearbeitet werden (Eubanks et al. 2018), dann ist das Ergebnis der Psychotherapie geringfügig bis moderat besser. Die therapeutische Allianz umfasst die ganzheitlichen kooperativen Aspekte der Therapeut:in-Patient:in-Beziehung. Der Zusammenhang mit dem Therapieerfolg ist gut belegt. In einer Meta-Analyse von 295 Studien mit über 30.000 Teilnehmenden (Flückiger et al. 2018) lag die Effektstärke bei $d = 0.58$.

8.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: A	Im Rahmen der Diagnostik und Therapie von Patient:innen mit SBPF soll eine tragfähige therapeutische Beziehung etabliert werden. Diese soll bei Menschen mit SBPF als Basis aller weiteren Therapieschritte angesehen werden, abhängig von der Schwere der BPF sogar als Behandlungsziel.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; vier Meta-Analysen, ein systematisches Review:	
Leitlinienadaptation Ergebnis der Psychotherapie: ⊕⊕⊕⊖ Veränderung der psychiatrischen Symptomatik: ⊕⊕⊕⊖ Veränderung psychotischer Symptomatik: ⊕⊕⊖⊖ Veränderung von PTSD-Symptomen: ⊕⊕⊕⊖ Relevanz vertrauensvolle und langfristige Beziehung: ⊕⊕⊕⊕	Formulierung ursprünglich basierend auf: S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen [dort EK, Empfehlung 3, S.59; „Psychotherapie“ geändert zu „Therapie“. Als Basis der Therapie und als Therapieziel ergänzt.] Danach de novo-Recherche von Meta-Analysen. neue Literatur: Flückiger et al. (2018); Bourke et al. (2021); Browne et al. (2021); Howard et al. (2022); Haw et al. (2023)	
	Konsensstärke: 100%	

Es ist für den Verlauf der Therapie förderlich, wenn **positive Erwartungen** gefördert werden. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass diese Erwartungen nicht so groß sein sollten, dass sie nur sehr schwer erreicht werden können, da dies zu Demotivierung und Demoralisierung führen könnte. Wenn Patient:innen die Therapie oder die Therapeut:in idealisieren, kann das auch zum Vermeiden vom Arbeiten an problematischem Verhalten und Denkmustern führen. Stattdessen ist eine mild positive Erwartung am besten geeignet, therapeutisch zu arbeiten. Welche Beziehungserwartungen die Patient:innen haben, hängt nicht nur mit der im Hier und Jetzt erlebten Realbeziehung (siehe nächster Abschnitt) zusammen, sondern auch mit den Erfahrungen, die die Patient:innen mit früheren Bezugspersonen gemacht haben. Ihre Erwartungen können daher nicht einfach verändert werden. Therapeut:innen sollten aber darauf achten, einerseits Idealisierungen nicht zu fördern und andererseits aktiv, hilfreich zur Verfügung zu stehen.

8.3	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Eine milde positive Beziehungserwartung sollte etabliert werden, um den Therapieerfolg zu verbessern.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; eine Meta-Analyse:	
Ergebnis der Psychotherapie: ⊕⊖⊖⊖	Literatur: Constantino et al. (2018)	
	Konsensstärke: 100%	

Hinweis: In der Stellungnahme der DGPPN (siehe Kapitel 3.2 im Leitlinienreport) wird ein Sondervotum vorgeschlagen.

Ist die therapeutische Beziehung von positiver Wertschätzung geprägt, ist das Ergebnis der Psychotherapie geringfügig besser (Farber et al. 2018). Dieser Effekt war besonders stark bei Einzeltherapie, im ambulanten Setting sowie bei ängstlichen und depressiven Patient:innen zu beobachten. Bei Patient:innen mit SBPF bestehen die spezifischen Beziehungskompetenzen darin, trotz ihrer interaktionellen Schwierigkeiten wertschätzend Veränderungen wahrnehmen und angemessen kommunizieren zu können.

8.4	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Die Therapeut:in sollte auch scheinbar kleine Veränderungen bei Patient:innen mit SBPF erkennen und als Erfolg des Therapieprozesses und der Beziehung wertschätzen.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; eine Meta-Analyse:	
Ergebnis der Psychotherapie: ⊕⊖⊖⊖	Literatur: Farber et al. (2018)	
	Konsensstärke: 100%	

4.2.8.2 Beziehungskompetenzen von Behandelnden

4.2.8.2.1 Allgemeine Beziehungskompetenzen

Einer engen therapeutische Beziehung schreiben Patient:innen einen entscheidenden Anteil für die Genesung bei, indem sie Handlungsfähigkeit, Interaktion und Identitätsgefühl verbessert (Loughlin et al. 2020). Wenn die therapeutische Beziehung durch **Empathie** geprägt ist, dann ist das Ergebnis der Psychotherapie moderat besser, wie eine Meta-Analyse zeigte (Elliott et al. 2018). Empathie umfasst resonante Reaktionen, Verständnis und das Erleben von Verstandenwerden. Eine weitere wichtige Fähigkeit ist es, eine **Realbeziehung** etablieren und aufrechterhalten zu können. Das Bearbeiten von **Beziehungsbrüchen** trägt signifikant zum Therapieerfolg bei (Eubanks et al. 2018). Für Patient:innen mit SBPF ist dies besonders relevant, da es aufgrund der Beeinträchtigungen häufiger zu Beziehungsbrüchen kommen kann.

8.5	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Behandler:innen sollten, um die Entwicklung der Patient:innen mit SBPF zu fördern, angemessen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ präsent sein (mit sich selbst und Patient:innen in Kontakt) ▪ in Beziehung gehen können ▪ emotional verfügbar sein ▪ therapeutisch aktiv sein ▪ ihre Erwartungen an den Therapieerfolg und die eigene Wirksamkeit reflektieren 	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; vier Meta-Analysen, ein systematisches Review:	
Ergebnis der Psychotherapie: ⊕⊖⊖⊖ Art der Beziehungsgestaltung: ⊕⊕⊕⊕	Literatur: Elliott et al. (2018); Flückiger et al. (2018); Tryon et al. (2018); Loughlin et al. (2020); Eubanks et al. (2018)	
	Konsensstärke: 100%	

Selektive Selbstöffnung von Therapeut:innen kann die therapeutische Beziehung stärken, das psychische Funktionsniveau verbessern und Einsicht fördern, sollte jedoch mit Bedacht eingesetzt werden, da sie nicht immer hilfreich ist (Hill et al. 2018). Grenzverletzungen sind zu vermeiden, und manchmal ist therapeutische Abstinenz nötig. Erfolgreiches Gegenübertragungsmanagement, bei dem Therapeut:innen ihre emotionalen Reaktionen auf Patient:innen regulieren und nutzen, ist ein starker Prädiktor für den Therapieerfolg (Hayes et al. 2018). Unregulierte Gegenübertragung kann sich negativ auswirken, etwa durch Vermeidung bestimmter Themen oder Überinvolvierung.

8.6	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Therapeut:innen sollten sich der Polarität von Selbstöffnung einerseits und Abstinenz andererseits bewusst sein und diese flexibel gestalten können.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; eine Meta-Analyse, eine qualitative Meta-Analyse:	
Ergebnis der Psychotherapie: ⊕⊖⊖⊖	Literatur: Hayes et al. (2018); Hill et al. (2018)	
	Konsensstärke: 95%	

Der soziokulturelle Kontext, bestehend aus Rollenerwartungen, ethnischen Normen, und religiöser Zugehörigkeit, prägt, wie Patient:innen Beziehungen eingehen. Eine erfolgreiche Therapie erfordert keine Übereinstimmung von Patient:innen und Therapeut:innen hinsichtlich kultureller Merkmale. Entscheidend sind die Patient:innenpräferenz und die Fähigkeit der Therapeut:innen, sich mit dem soziokulturellen Hintergrund der Patient:innen vertraut zu machen. Dies beinhaltet das Verständnis des spezifischen Krankheitsmodells und die Anpassung des

therapeutischen Angebots. Therapeut:innen sollten sich bewusst mit ihren möglichen Vorurteilen auseinandersetzen, die Sprache der Patient:innen nutzen, kulturelle Bräuche erfragen und regelmäßig ein Feedback-Prozess anregen.

8.7	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Die Therapeut:in sollte in der Lage sein, sich auf die „Kultur“ (Sprache, Verhalten, Werte) der Patient:in mit SBPF einzulassen und dieser mit Wertschätzung und Akzeptanz zu begegnen.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; ein systematisches Review:	
Art der Beziehungsgestaltung: ⊕⊕⊕⊕	Literatur: Loughlin et al. (2020)	
	Konsensstärke: 100%	

4.2.8.2.2 Spezielle Beziehungskompetenzen bei langfristigen Beziehungen

Langfristige therapeutische Beziehungen können positive Effekte wie Vertrauen und berufliche Kompetenz fördern, aber auch belastend sein (Tryon et al. 2018). Zielkonsens zwischen Therapeut:in und Patient:in verbessert das Therapieergebnis und sollte partizipativ erarbeitet werden. Shared Decision Making stärkt die therapeutische Beziehung und die Kommunikation (Stovell et al. 2016).

8.8	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Die Therapeut:in sollte regelmäßig die Aufträge bzw. Ziele der Patient:in erfragen, partizipativ konsentieren und sich am aktuellen Konsens orientieren.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; zwei Meta-Analysen:	
Ergebnis der Psychotherapie: ⊕⊖⊖⊖	Literatur: Tryon et al. (2018)	
Stärkung der therapeutischen Beziehung: ⊕⊕⊕⊖	Literatur: Stovell et al. (2016)	
	Konsensstärke: 100%	

4.2.8.2.3 Herausforderungen bei der Beziehungsgestaltung

Die therapeutische Beziehung ist aus Sicht von Fachkräften entscheidend für den Behandlungserfolg von Patient:innen (Troup et al. 2022). Herausforderungen für Therapeut:innen sind häufig negative Gefühle, Burnout und das Gefühl, zu nah dran zu sein. Regelmäßige **Supervision und Intervision** und spezifische Schulungen können negative Einstellungen zu Patient:innen reduzieren und die Beziehung verbessern. Die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung benötigt **Zeit und Kompetenz**. Besonderheiten in der Arbeit mit Patient:innen mit SBPF benötigen eine besondere **Qualifikation**. Eine gründliche **Selbsterfahrung** kann hilfreich sein.

8.9	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: A	Therapeut:innen von Patient:innen mit SBPF sollen auf ihre Arbeitsfähigkeit achten und die therapeutische Beziehung und das eigene Verhalten regelmäßig reflektieren: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es soll regelmäßig im Rahmen von Supervision oder Intervention reflektiert werden, ob die therapeutische Beziehung im Dienste der Entwicklung der Patient:in steht. ▪ Bei der Behandlung von Menschen mit SBPF sollen Therapeut:innen auf die Grenzen ihrer Belastbarkeit achten. Das betrifft sowohl äußere Belastungsfaktoren als auch persönliche Dispositionen. ▪ Bei Patient:innen mit SBPF ist das Einhalten von professionellen Grenzen eine besondere Herausforderung. Deshalb sollen professionelle Nähe und Distanz regelmäßig reflektiert und ggf. Supervision bzw. Intervention aufgesucht werden. ▪ Therapeut:innen sollen über ausreichende zeitliche Ressourcen und Kompetenzen verfügen, um an der Herstellung von Bindung, Therapiemotivation, der Abstimmung von Therapiezielen und –strategien, sowie an der Selbstregulation und Überwindung von Brüchen in der Beziehung durch den Therapeut:innen zu arbeiten. 	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; eine Meta-Synthese:	
Herausforderungen bei der Beziehungsgestaltung: ⊕⊕⊕⊕ Notwendigkeit von Supervision: ⊕⊕⊕⊕	Literatur: Troup et al. (2022)	
	Konsensstärke: 100%	

8.10	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Aus- und Weiterbildungen von Therapeut:innen und Mitgliedern von Behandlungsteams für Patient:innen mit SBPF sollten eine mindestens fallbezogene Selbsterfahrung beinhalten.	
	Konsensstärke: 100%	

4.2.8.2.4 Spezielle Beziehungskompetenzen bei aufsuchender Arbeit

Die aufsuchende Arbeit bietet viele Möglichkeiten, die bisher im psychotherapeutischen Kontext wenig genutzt wird. Die aufsuchende Arbeit erfordert spezifische Beziehungskompetenzen, die unter anderem damit zusammenhängen, dass man in die Privaträume der Patient:innen eindringt. Dies kann zu Beschämung bei den Betroffenen führen und Widerstand gegenüber Veränderungen erzeugen (Aggett et al. 2015).

8.11	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	<p>Bei der aufsuchenden Arbeit sollte sich die Therapeut:in bewusst sein, dass sie die Privatsphäre anderer Menschen betritt und daher eine respektvolle, interessierte und offene Haltung gegenüber dem System einnehmen.</p> <p>Die Therapeut:in sollte sich der Ambivalenz des Systems zwischen Veränderung und Nicht-Veränderung bewusst sein, eine mögliche Beschämung wahrnehmen können, die im System herrscht und daher Veränderungsimpulse erst bei tragfähiger Beziehung geben.</p>	
	Literatur: Aggett et al. (2015)	
	Konsensstärke: 100%	

4.2.8.3 Wichtigkeit von Kontinuität und Dauer

Wenn Therapeut:innen **kontinuierlich** mit Patient:innen arbeiten, resultiert das in besserer Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit (Ådnanes et al. 2019) und häufig auch einer tragfähigeren therapeutischen Beziehung (Klingemann et al. 2020; Schultz et al. 2012).

Die Rolle der **Behandlungskoordination** bei Patient:innen mit SBPF sollte nicht durch unbeteiligte Personen, zum Beispiel Mitarbeiter:innen von Krankenkassen, erfolgen, sondern durch Personen, die in direktem Behandlungskontakt mit den Patient:innen stehen, da sonst die wichtige Funktion der therapeutischen Beziehung nicht wirksam werden kann.

8.12	Evidenzbasierte Empfehlung	Modifiziert Stand 2019
Empfehlungsgrad: B	Für Patient:innen mit SBPF sollten Ansätze der beziehungsorientierten Behandlungskoordination ausgebaut und dann angeboten werden. Dabei kommt dem Aspekt der Verbindlichkeit und des bedarfsweise nachgehenden Hilfeangebots besondere Bedeutung zu.	
Leitlinienadoption Evidenzgrad: 2- SIGN	Leitlinienadaptation: S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen [Empfehlung Versorgung 3, S. 390] „Case Management“ geändert in Behandlungskoordination“. „Hilfegewährung“ geändert zu „Hilfeangebot“, um den Aspekt des Empowerments zu unterstreichen. Ergänzt: durch Personen in Behandlungskontakt). neue, relevante Literatur: Schöttle et al. 2018	
	Konsensstärke: 100%	

8.13	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Beziehungsorientiertes Case Management soll durch Personen angeboten werden, die selbst regelmäßig in Behandlungskontakt mit den Betroffenen stehen.	

	Konsensstärke: 96%
--	--------------------

Mitunter braucht es längere Zeiträume für Therapieerfolge. Eine deutsche Studie (Nolte et al. 2016) zeigte, dass sich Symptome sowohl mittel- als auch langfristig verbessern können. Eine Abstimmung zwischen Therapeut:innen und Patient:innen über Therapielänge und Sitzungsfrequenz ist wichtig. Aufsuchende Hilfen sollten im Einzelfall geprüft werden, da sie als übergriffig empfunden werden können, besonders bei komplex Traumatisierten.

8.14	Evidenzbasierte Empfehlung	Modifiziert Stand (2019)
Empfehlungsgrad: A	Menschen mit SBPF sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.	
Leitlinienadaptation Evidenzgrad: Ia Oxford	Leitlinienadaptation: S3-Leitlinie Schizophrenie [Empfehlung 151, S. 227, dort ebenfalls LL-Adaptation von Psycho-soziale Therapien → dort Empfehlung Nr. 12, Seite 38 und Seite 124] neue Literatur: Nolte et al. (2016)	
	Konsensstärke: 96%	

Bei langfristigen Behandlungsverläufen können sich besondere Anforderungen an die therapeutische Beziehung und an die Beziehungskompetenzen ergeben.

4.2.8.4 Merkmale von Strukturen bzw. Organisationen, die die therapeutische Beziehung fördern

Die Qualität der therapeutischen Beziehung wird stark von gesellschaftlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen beeinflusst. Patient:innen mit SBPF erleben häufig Beziehungsabbrüche durch systembedingte Faktoren wie WG-Kündigungen oder Entlassungen. Diese Patient:innen fallen oft aus klinischen Studien heraus, was die Evidenzlage schwächt, doch ihre Versorgung bleibt komplex. Aufgrund ihrer Störung kommen sie selten zur Therapie, sie beanspruchen das System durch wiederholte stationäre Aufenthalte. Der Zugang zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung ist schwierig, besonders im ambulanten Bereich, was für diese Patient:innen problematisch ist und ihre Symptomatik verschärfen kann. Wichtig sind Strukturen, die eine kontinuierliche therapeutische Beziehung ermöglichen, wie feste **Bezugstherapeut:innen**.

8.15	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	<p>Konzepte von Kliniken, ambulanten Behandlungseinrichtungen sowie Teilhabeangeboten sollen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die häufigen Komorbiditäten von Patient:innen mit SBPF (oft: substanzbezogene Störungen) berücksichtigen, um die therapeutische Kontinuität zu verbessern; ▪ die spezifischen interaktionellen Schwierigkeiten von Patient:innen mit SBPF antizipieren und berücksichtigen, um den Aufrechterhalt der therapeutischen Beziehung innerhalb einer koordinierten Behandlungsstruktur auch in und nach Krisenphasen zu gewährleisten (z. B. Balance finden zwischen Begrenzen und Tolerieren; systematische Arbeit an Brüchen in der Beziehung; nachgehendes Arbeiten). ▪ den Menschen mit SBPF eine feste Bezugstherapeut:in anbieten, welche therapeutische Maßnahmen und Betreuungsangebote koordiniert und vernetzt, um Brüche, Lücken, Dopplungen oder auch unwirksame oder schädliche Interventionen zu vermeiden. Dies betrifft sowohl die Einzel- als auch teambasierte Behandlung. ▪ bei einer integrierten, teambasierten Behandlung einen oder nur wenige Bezugsbehandelnde haben. Die fallführende Therapeut:in muss der Patient:in als solche bekannt und möglichst mit ihr vertraut sein. ▪ gemeinsam mit der Patient:in festlegen, wer den Fall führt. 	
Konsensstärke: 100%		

4.2.8.5 Beziehungsarbeit mit Angehörigen

Angehörige (Familienangehörige, Partner:innen, Kinder und enge Bezugspersonen) spielen eine wichtige Rolle bei der Behandlung von Personen mit SBPF. Sie können zur Entstehung und Aufrechterhaltung von SBPF beitragen, aber auch eine wichtige Ressource bei der Genesung sein. Wenn Angehörige negativ zur Therapie stehen, kann dies Loyalitätskonflikte auslösen. Die Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung, mit Wertschätzung ihres Verhaltens, kann nachhaltigere Verhaltensänderungen bewirken als die Arbeit mit Einzelpersonen allein.

8.16	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	<p>Wenn es von den Betroffenen gewünscht wird, sollten Angehörige mit in den Therapieprozess einbezogen werden. Werden Angehörige in die Therapie mit einbezogen, soll die Therapeut:in</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ den unterschiedlichen evtl. sogar gegensätzlichen Anliegen aller Beteiligten mit Wertschätzung begegnen, ohne sich für ein Anliegen instrumentalieren zu lassen, ▪ die Rückübernahme von Verantwortung für Veränderung im System fördern, ▪ den bisherigen Lösungsversuchen des Systems mit Respekt begegnen, ▪ auch scheinbar kleine Veränderungen im System der Angehörigen der Patient:in (z. B. in der Familie) als Erfolg wertschätzen. 	
	Für weitere Empfehlungen hinsichtlich der Einbindung Angehöriger siehe Empfehlungen 67 und 68 der S3-Leitlinie Schizophrenie	
	Konsensstärke: 100%	

4.3 Schlüsselfragen und Empfehlungen ohne systematische Literaturrecherche

4.3.1 Schlüsselfrage 6: Haben Patient:innen mit SBPF, die eine ambulante Begleitung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

4.3.1.1 Systeminterventionen

4.3.1.1.1 Frühintervention und Früherkennung

Psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter, die zu erheblichen sozialen Beeinträchtigungen führen, haben oft ihren Ursprung im Jugend- und jungen Erwachsenenalter (vgl. Giertz et al. 2021; Giertz et al. 2022; Kessler et al. 2005; Kim-Cohen et al. 2003). Sekundäre Krankheitsfolgen wie Schulabbrüche und Suchtprobleme tragen häufig zu einem schlechteren Verlauf und langfristiger Abhängigkeit von psychiatrischen Diensten bei (vgl. Giertz et al. 2021). Psychische Erkrankungen führen im Vergleich zu körperlichen Erkrankungen zu schlechteren schulischen und beruflichen Ergebnissen und erhöhen das Risiko für Arbeitslosigkeit im Erwachsenenalter (Hale et al. 2015). Frühe Interventionen können das Risiko von Chronifizierung und sekundären Folgen reduzieren (vgl. Correll et al. 2018; Karow et al. 2013; Lambert et al. 2019).

4.3.1.1.2 Gemeindepsychiatrische Behandlung/Versorgung

Die Versorgung von Menschen mit SBPF in Deutschland erfolgt im stationären und ambulanten Sektor und fällt unter verschiedene Sozialgesetzbücher (SGB). Zuständig sind Länder, Kommunen und zahlreiche Leistungserbringer, wobei die Versorgung in medizinische (SGB V) und rehabilitative sowie Teilhabeversorgung (SGB IX) unterteilt ist. Für ältere Menschen mit Pflegebedarf bietet die Pflegeversicherung kompensatorische Leistungen. Menschen mit SBPF benötigen häufig langwierige psychiatrische Hilfen und komplexe Angebote von Fachpersonen verschiedener therapeutischer Richtungen. Mit der ICD-11-Klassifikation wird der Fokus auf

Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag gelegt, was eine Verknüpfung und Abstimmung verschiedener Hilfsangebote notwendig macht. Die Erstdiagnose und Behandlungsplanung erfolgt häufig durch Hausärzt:innen, unterstützt von Fachärzt:innen und Psychotherapeut:innen. Besondere Bedeutung haben ambulante Interventionen wie häusliche psychiatrische Krankenpflege, Ergotherapie und Soziotherapie. Die psychiatrische häusliche Krankenpflege zielt darauf ab, Patient:innen zu stabilisieren und ihre Selbstständigkeit im Alltag zu fördern. Der Zugang zur Versorgung ist für Menschen mit niedrigem Persönlichkeitsfunktionsniveau besonders schwierig, was die Symptomatik eher verstärkt. Es ist wichtig, die speziellen interaktionellen Probleme dieser Patient:innen zu berücksichtigen und entsprechende Strukturen und Konzepte zu entwickeln, um eine nachhaltige therapeutische Beziehung zu ermöglichen.

9.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) kann als Hilfe in Krisenzeiten, als mittel- und längerfristige Unterstützung bei Funktionseinschränkungen, zur Herstellung/Förderung von Selbst- und Krankheitsmanagement sowie zur Förderung individueller Recovery-Prozesse angeboten werden. Da der Hilfebedarf nicht von der Diagnose abhängt, kann APP für alle Diagnosegruppen angeboten werden.	
Leitlinienadaptation	Literatur: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen Siehe auch Jacobi et al. (2021); Herpertz et al. (2022); G-BA (2023, 8,9); S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung (S. 84)	
	Konsensstärke: 96%	

4.3.1.1.3 Berufliche Teilhabe

4.3.1.1.3.1 Psychische Störungen und Arbeit

Schwere psychische Störungen gehen oft mit erheblichen negativen Folgen für die berufliche Situation Betroffener, wie Ausbildungsabbrüche, Arbeitsplatzverluste und Frühverrentungen, einher (Reker und Eikelmann 2004). Viele Betroffene bleiben ganz vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen, obwohl die meisten den Wunsch haben, beruflich tätig zu sein. Studien zeigen eine überdurchschnittlich hohe Arbeitslosenrate bei Menschen mit psychischen Erkrankungen, besonders bei Schizophrenie. Der "Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen" (BMAS 2013) zeigt, dass 50% der erwerbsfähigen Menschen mit chronischen psychischen Störungen nicht arbeiten, 21% in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) tätig sind, und 15% Hilfsangebote wie Tagesstätten nutzen. Unterstützung für den Übergang zum allgemeinen Arbeitsmarkt ist begrenzt. Menschen mit psychischen Störungen sind weniger integriert und verdienen weniger als somatisch Erkrankte (Richter et al. 2006). 2021 gingen fast 42% der vorzeitigen Frühverrentungen auf psychische Erkrankungen zurück (DRV 2022). Frühzeitige Rehabilitation ist wichtig, da viele krankheitsbedingte Fehltag die berufliche (Re-)Integration erschweren. Arbeitslosigkeit hat negative Folgen wie Verlust der Tagesstruktur, soziale Isolation und finanziellen Schwierigkeiten. Arbeit verbessert die psychische Gesundheit, Lebensqualität und Autonomie Betroffener, besonders auf dem ersten Arbeitsmarkt. Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Teilhabe sind daher essenziell.

4.3.1.1.3.2 Ansätze beruflicher Rehabilitation

Die Begriffe „Arbeitsrehabilitation“ und „berufliche Rehabilitation“ beziehen sich hier auf psychosoziale Interventionen zur Verbesserung der Arbeits- und Beschäftigungssituation von Menschen mit psychischen Störungen (Reker und Eikermann 2004). Seit 2009 ist das Recht auf berufliche Teilhabe in Deutschland gesetzlich verankert. Es gibt zwei Hauptmethoden: Pre-Vocational-Training und Supported Employment (SE). Pre-Vocational-Training bereitet Betroffene mit berufsvorbereitenden Maßnahmen auf den Arbeitsmarkt vor. Supported Employment platziert Betroffene direkt auf den Arbeitsmarkt und unterstützt sie dort langfristig. In Deutschland dominieren Programme nach dem "First-Train-Then-Place"-Ansatz (Pre-Vocational-Training), aber es gibt einen Trend zur Integration von SE-Elementen.

Die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen betont die frühzeitige und personenzentrierte berufliche Rehabilitation in Abstimmung mit verschiedenen Leistungsträgern. Maßnahmen sollten die Eignung und Neigung der Betroffenen berücksichtigen und nahe dem Wohnort verfügbar sein. Jedoch sind SE-Ansätze nicht für alle Betroffenen geeignet. Es besteht Bedarf an weiterführender Forschung zu diesen Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland.

9.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Modifiziert Stand 2018
Empfehlungsgrad: A	Menschen mit SBPF und dem Wunsch nach einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sollen im Rahmen der Förderung beruflicher Teilhabe Programme mit dem Ziel einer raschen Platzierung direkt auf einen Arbeitsplatz des Allgemeinen Arbeitsmarktes und notwendiger Unterstützung (Supported Employment) angeboten werden.	
Leitlinienadaptation Qualität der Evidenz: ⊕⊕⊕⊖ (Aufgrund von Indirektheit herabgestuft)	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 18, S. 192)	
	Konsensstärke: 100%	

9.3	Evidenzbasierte Empfehlung	Modifiziert Stand 2018
Empfehlungsgrad: B	Für Menschen mit SBPF sollten auch Angebote vorgehalten werden, die nach dem Prinzip „erst trainieren – dann platzieren“ vorgehen. Diese sind insbesondere für die Teilgruppe schwer psychisch kranker Menschen ohne Präferenz für eine sofortige Beschäftigung auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt bedeutsam. Ziel ist die Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit Unterstützung.	
Leitlinienadoption Qualität der Evidenz: ⊕⊕⊖⊖ (Aufgrund von Indirektheit herabgestuft)	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 19, S. 192)	
	Konsensstärke: 100%	

9.4	Evidenzbasierte Empfehlung	Modifiziert Stand 2018
Empfehlungsgrad: B	Die Wirksamkeit von Ansätzen nach den Prinzipien von Supported Employment kann durch begleitende trainierende Interventionen erhöht werden. Diese sollten deshalb in Abhängigkeit der individuellen Bedarfe angeboten werden.	
Leitlinienadaptation Qualität der Evidenz: ⊕⊕⊕⊖ (Aufgrund von Indirektheit herabgestuft)	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 20, S. 192)	
	Konsensstärke: 100%	

9.5	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Die Förderung beruflicher Teilhabe von Menschen mit SBPF sollte darauf ausgerichtet sein, den Arbeitsplatzverlust zu vermeiden. Dazu bedarf es beim Auftreten psychischer Erkrankungen eines frühzeitigen Einbezuges entsprechender Dienste bzw. Hilfen. Das Vorhandensein einer abgeschlossenen Ausbildung ist als Grundlage für die Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit SBPF von enormer Wichtigkeit. Daher sollten reguläre schulische, akademische, betriebliche und besondere Ausbildungsangebote wohnortnah und mit entsprechenden flankierenden Unterstützungsangeboten zur Verfügung stehen. Menschen mit SBPF sollte unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts frühzeitig Zugang zu passgenauen beruflichen Ausbildungs- und Rehabilitationsprogrammen zur Förderung der beruflichen Teilhabe ermöglicht werden.	
Leitlinienadaptation	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen	
	Konsensstärke: 96%	

4.3.1.2 Einzelinterventionen

4.3.1.2.1 Psychoedukation

Psychoedukation lässt sich sowohl in stationäre als auch ambulante Behandlungskontexte integrieren und ist ein Bestandteil der meisten psychotherapeutischen Verfahren. Psychoedukation umfasst die Aufklärung von Patient:innen und deren Zugehörigen über die Erkrankung, deren Ursachen, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten und wird auch von nicht-ärztlichen Fachkräften wie Pflegefachpersonen und Sozialarbeiter:innen durchgeführt. Es gibt einfache und ausführliche Formen der Psychoedukation. Eine einfache Psychoedukation ist zeitlich begrenzt und auf die Bedürfnisse der Patient:innen angepasst, kann im Einzel- oder Gruppenset-

ting stattfinden und umfasst bis zu zehn Einheiten. Eine ausführliche und interaktive Psychoedukation, wie bei bipolaren Störungen, beinhaltet Informationen zur Störung, Selbstbeobachtung, Förderung einer stabilen Alltagsstruktur, Reduktion von Belastungen und Erkennung von Frühsymptomen.

Psychoedukation ersetzt keine Psychotherapie, kann aber im Rahmen psychotherapeutischer Verfahren angewandt werden und für eine Psychotherapie sensibilisieren. Trotz fehlender spezifischer Studien von Psychoedukation bei Menschen mit SBPF wird angenommen, dass Psychoedukation zur Bewältigung von Alltagsproblemen beitragen und Stigmatisierung und Krankheitsfolgen entgegenwirken kann.

9.6	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Menschen mit SBPF und deren Zugehörige sollte eine ausführliche, strukturierte und interaktive Psychoedukation angeboten werden. Diese kann individuell als auch in Gruppen angeboten werden. Die zeitliche Dauer, Inhalte und Struktur sollten den emotionalen und kommunikativen Bedürfnissen sowie ihren individuellen Präferenzen angepasst sein.	
	Literatur: S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen; S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen	
	Konsensstärke: 100%	

4.3.1.2.2 Trialog

„Trialog“ beschreibt die gleichberechtigte Zusammenarbeit von Patient:innen, Zugehörigen und professionell Tätigen in verschiedenen Behandlungskontexten (S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (S. 27ff)). Merkmale und Effekte dieser Zusammenarbeit sind durch u.a. durch folgende Aspekte gekennzeichnet:

- Patient:innen sind „Expert:innen in eigener Sache“.
- Zugehörige werden einbezogen. Sie können eine wichtige Funktion bei der Alltagsbewältigung und Rückfallverhütung haben.
- Individuelle und familiäre Ressourcen können genutzt werden.
- Es kann zu mehr Verantwortungsübernahme führen.
- Es kann aktive Selbstbestimmung und eine Verbesserung der Fähigkeit zum Selbstmanagement bewirken.
- Eine offene, vertrauensvolle und erfolgreiche Kooperation zwischen Patient:innen, Zugehörigen sowie professionell Tätigen kann entstehen.
- Gemeinsame Interessen und Behandlungsziele können verfolgt werden.
- Gemeinsame Kompetenzen können im trialogischen Austausch genutzt werden .

Dies kann sich positiv auf den Krankheitsverlauf auswirken. Die S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen betont die Bedeutung von trialogischen Foren, Fortbildungen und Tagungen als Vermittlungsplattform und zur Anti-Stigma-Arbeit. Eine gut koordinierte und kontinuierliche Betreuung durch Bezugstherapeut:innen wird empfohlen, um Vertrauen und Respekt zu fördern und trialogisches Handeln zu unterstützen.

Die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S. 200) betont die Bedeutung der trialogischen Zusammenarbeit für die Informationsvermittlung und die Beziehungsarbeit im Hilfesystem. Sie fördere eine offene, vertrauensvolle Kooperation und hat Auswirkungen auf die Darstellung der Interessen von Patient:innen und Zugehörigen in der

Öffentlichkeit und Politik, die Qualitätsförderung und die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen.

9.7	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Eine trialogische Zusammenarbeit zwischen Patient:innen mit SBPF, deren Zugehörigen sowie professionell Tätigen sollte angeboten werden. Der trialogische Aspekt sollte in professionellen Fort- und Weiterbildungen und Seminaren berücksichtigt werden, u. a. durch direkte Beteiligung Betroffener und Zugehöriger. Patient:innen mit SBPF und deren Zugehörigen sollten Trialogforen angeboten werden.	
	Literatur: S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen; S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen	
	Konsensstärke: 100%	

4.3.1.2.3 Weitere Psychosoziale Therapien

Künstlerische Therapien¹

Zu den Fachbereichen Künstlerischer Therapien gehören u.a. Kunst-, Musik-, Tanz- und Theatertherapie. Diese Therapien nutzen künstlerische Medien in Diagnostik und Therapie und werden in verschiedenen Kontexten wie klinischen, rehabilitativen, ambulanten und pädagogischen Bereichen angewandt. Sie basieren auf psychotherapeutischen Modellen und weiteren wissenschaftlichen Konzepten. Künstlerische Therapien sind personenzentriert und fördern Selbstaktualisierung, Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortung der Patient:innen. Sie stimmen in vielen Wirkfaktoren mit psychotherapeutischen Ansätzen überein, wie z.B. der Qualität der therapeutischen Beziehung und der Ressourcenaktivierung. Ein wesentliches Merkmal ist das Entstehen eines künstlerischen Produkts, das innerhalb der therapeutischen Beziehung reflektiert werden kann. Kontraindikationen sind akutpsychotische Phasen und mangelnde Bereitschaft zur aktiven Teilnahme.

Ergotherapie

Ergotherapie ist ein klient:innenzentrierter Gesundheitsberuf, der Gesundheit und Wohlbefinden durch Betätigung fördert. Sie unterstützt Menschen, deren Handlungsfähigkeit eingeschränkt ist, bei der Durchführung von Betätigungen in ihrer persönlichen Umwelt. Die Ziele der Ergotherapie sind die selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und eine zufriedenstellende Lebensqualität. Dies wird durch ergotherapeutische Interventionen wie Üben konkreter Betätigungen, Umwelanpassung und Beratung, etc. erreicht. Ergotherapie ist ein anerkanntes, gesetzlich verankertes Heilmittel und eine wissenschaftlich fundierte Therapieform. Sie nutzt verschiedene Methoden zur Kompetenzförderung und Aktivitätsaufbau.

¹ Künstlerische Therapien sind umfassend in der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. 2018 beschrieben. Die Ausführungen hier gehen auf das Kapitel 11.3.1 der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. 2018 (S. 254ff) zurück.

Bewegungs- und Sporttherapien

Die Effekte von Sport und Bewegung auf SBPF lassen sich durch physiologische und psychologische Erklärungsansätze differenzieren. Durch die Freisetzung von Endorphinen und anderen Botenstoffen können Stimmung und Wohlbefinden verbessert werden. Sport und Bewegung können auch das Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen steigern und helfen, negative Gedankenmuster zu durchbrechen. Sport kann die soziale Integration und Interaktion fördern. Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass Sport- und Bewegungstherapie nicht als Haupttherapie angesehen werden sollten, sondern als Teil eines umfassenderen Behandlungsplans, der auch psychotherapeutische Interventionen umfasst. Die genaue Anwendung sollte unter Anleitung qualifizierter Fachkräfte erfolgen.

9.8	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Patient:innen mit SBPF sollten Künstlerische Therapien im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans sowohl im stationären als auch ambulanten Setting angeboten werden. Ergotherapie sollte Menschen mit SBPF im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes sowohl im stationären als auch ambulanten Setting und orientiert an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen angeboten werden. Sport- und Bewegungstherapie sollte bei Menschen mit SBPF im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und orientiert an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Patient:innen sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting angeboten werden.	
Leitlinienadaptation	Literatur: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen Siehe auch: Lindström et al. 2012; Ercan Doğu et al. 2021; Mashimo et al. 2020; Wasmuth et al. 2021; Ikiugu et al. 2017	
	Konsensstärke: 100%	

4.3.1.2.4 Gesundheitsfördernde Interventionen

Die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S. 311ff) betont die Bedeutung gesundheitsfördernder Interventionen, besonders in Bezug auf Ernährung und Bewegung. Menschen mit SBPF haben oft Komorbiditäten. So haben z.B. insbesondere Frauen mit einer Borderline-Störung einer Studie von Greggersen et al. (2011) zufolge ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen gegenüber Frauen, die nicht an einer Borderline-Störung leiden. Nicht nur pharmakologische Interventionen werden dafür empfohlen, sondern beispielsweise auch Modifikationen des Lebensstils (z.B. S3-Leitlinie Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention (S. 37)).

9.9	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Menschen mit SBPF sollten zu ihren somatischen Gesundheits- und Krankheitsrisiken beraten werden und es sollten darauf abgestimmte gesundheitsfördernde Interventionen angeboten werden.	
	Konsensstärke: 96%	

4.3.2 Schlüsselfrage 7: Ist Psychotherapie mit Behandlungsvertrag bei Patient:innen mit SBPF wirksamer als ohne Behandlungsvertrag?

4.3.2.1 Verwendung von Behandlungsverträgen

Während Vorsätze bzw. Absprachen in der Regel verbale Vereinbarungen zwischen Therapeut:in und Patient:in sind, handelt es sich bei Behandlungsverträgen um meist schriftlich fixierte Vereinbarungen. Allgemeine Behandlungsverträge werden in der Therapie bei der Organisation von Rahmenbedingungen (Erscheinen in Therapie, generelle Verhaltensregeln, etc.) genutzt. Im Sinne der Patient:innenrechte sind bei Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie im Sinne der Richtlinienpsychotherapie zahlreiche Aufklärungen (z.B. erwünschte und mögliche unerwünschte Wirkungen der Behandlung) der Patient:in mitzuteilen. „Alle gegebenen Hinweise sollte die Therapeutin oder der Therapeut in der Patientenakte dokumentieren. Die Aufklärung sollte mit Auflistung der besprochenen Themen schriftlich von der Patientin oder vom Patienten bestätigt werden, wenn der Behandlungsvertrag nicht ohnehin schon schriftlich festgehalten wurde“ (Faber und Haarstrick 2021, S. 111). Spezifischere Verträge betreffen therapeutische Inhalte und Themen, z.B. Suizidgefährdung (Lebens- oder Antisuizidverträge), therapieschädigendes Verhalten, Selbstverletzungen, Verhaltensexzesse (Suchtverhalten, Essverhalten etc.) sowie den Aufbau von funktionalem Verhalten wie z.B. der Planung von Aktivitäten oder dem Überwinden von Prokrastination (Fehm und Helbig-Lang 2020; Siegl und Wendler 2019).

Ein Vertrag ist unilateral, wenn sich die Patient:in zu gewissen Handlungen unabhängig von der Beteiligung anderer Personen verpflichtet. Bilaterale Kontrakte betreffen wechselseitige Vereinbarungen mit anderen Personen (z.B. Partnerschaft, Therapiebeziehung).

10.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Patient:innen mit SBPF soll im Rahmen von Psychotherapien ein spezifischer Behandlungsvertrag angeboten werden.	
	Konsensstärke: 100%	

Begründung der Empfehlung/Spezifizierung

Behandlungs-, Therapie- und Verhaltensverträge in mündlicher und/oder in schriftlicher Form können ohne Kontraindikationen eingesetzt werden, wenn sie umsichtig verwendet werden (präzise definiert, gut eingebettet, engmaschig begleitet, angepasst an die Patient:in und die Problematik sowie die Ziele) und eine gute Balance zwischen der Berücksichtigung der Autonomie der Patient:in und der therapeutischen Begleitung durch die Therapeut:in gewährleisten. Das Versorgungssystem bzw. Vertrauenspersonen der Patient:innen sollten nach Möglichkeit nach dem Prinzip der partizipativen Entscheidungsfindung mit einbezogen werden. Zudem sollten die Verträge im Idealfall auch in leichter Sprache verfügbar sein. Auch wenn spezifische Studien zur Wirksamkeit der Verträge fehlen, gibt es dennoch klare Indizien, dass Verträge effektiv und wirksam sind und bei der Etablierung stabiler Veränderungen hilfreich sind. Die bisherigen Erfahrungen legen nahe, dass sowohl Verhaltens-, Therapie- als auch Behandlungsverträge zu einer personenzentrierten und patient:innenorientierten Behandlung und Versorgung beitragen können. Im Vorfeld der Vertragsbesprechung muss die Vertragsfähigkeit der Patient:in eingeschätzt werden und/oder geeignete Rahmenbedingungen für die aktive Beteiligung der Patient:in an der Vertragsbesprechung hergestellt werden (z. B. genügend Zeit, Beteiligung einer Vertrauensperson, Dolmetscher:in).

In der Verhaltenstherapie werden sowohl allgemeine Behandlungsverträge, als auch spezifische Verhaltensverträge häufig genutzt und deren Einsatz in der Literatur explizit beschrieben (Siegl und Wendler 2019). Epstein und Wing (1979) sowie Kirschenbaum und Flanery (1983) berichten in Überblicksartikeln über den erfolgreichen Einsatz von Contract Management bei zahlreichen komorbiden Problemstellungen wie Sucht, Essstörungen oder Depressionen. Für Essstörungen fanden Solanto et al. (1994) eine Effektivität von Verhaltensverträgen für Verhaltensänderungen. Bei der Therapie von Substanzabhängigkeit wurde durch Contract Management eine Erhöhung der Compliance sowie eine Reduktion der Rückfallraten erreicht (Calsyn et al. 1994). Eine Cochrane Review mit 30 Studien ergab bei der Hälfte der Studien mit Bedingungen mit Verhaltensverträgen bei mindestens einem Outcome-Maß signifikant bessere Ergebnisse (Bosch-Capblanch et al. 2007). Verhaltensverträge wurden aber nur selten als eigenständige Interventionen evaluiert, da sie in der Regel Bestandteil komplexerer Programme sind und es fehlen weiterhin qualitativ gute Studien die Verträge explizit untersuchen.

In der psychodynamischen Psychotherapie ist es im Grundsatz nicht vorgesehen, dass neben verbalen Vereinbarungen zwischen Therapeut:in und Patient:in schriftliche spezifische Behandlungsverträge geschlossen werden müssen. Zu diesem Umstand trägt sicherlich bei, dass insbesondere die analytische Therapie einen öffnenden Freiraum im sehr klaren Setting die „Bewusstmachung einer unbewussten neurotischen Psychodynamik und Integration ‚abgespaltenener‘ Persönlichkeitsanteile zur Beseitigung oder Veränderung intrapsychischer und interpersoneller Konfliktfelder“ (Faber und Haarstrick 2021, S. 45) zum Ziel hat. Im Rahmen modifizierter analytischer Therapieverfahren und insbesondere im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ist durch die konkrete Zielsetzung/Fokussetzung eine explizit konsensuell getroffene Formulierung der Therapieziele und –inhalte – auch häufig im Sinne von Behandlungsverträgen – gängige Praxis. Hierbei beziehen sich Behandlungsverträge einerseits auf allgemeine und spezifische Inhalte (z.B. Fokus bei der Arbeit an der Veränderung der Symptome und Beschwerden, der intrapsychischen Einstellungen, Haltungen und Gefühlen, interpersonellen Verhaltens- und Erlebensweisen, siehe z.B. Boll-Klatt et al. 2021, S. 543). Besonders hervorzuheben ist, dass die Mehrzahl der manualisierten und evidenzbasierten psychodynamischen Weiterentwicklungen explizit spezifische Behandlungsverträge vorsehen. So sehen es die manualisierten Verfahren zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen und die für die meisten störungsspezifischen Manuale grundlegende Supportiv-Expressive Therapie (Luborsky und Crits-Christoph 1990; Albani et al. 2008) vor, bei welcher im Zuge der Definition des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas Problemverständnis und Zielvorstellungen definiert und schriftlich festgelegt werden.

In der Systemischen Therapie spielt die "Auftragsklärung", an deren Ende im Idealfall ein "Kontrakt" steht, immer eine zentrale Rolle. Schriftlich festgehalten werden solche Kontrakte i.d.R. nur, wenn unterschiedliche Ziele und Aufträge im Raum sind (vgl. Schweitzer und Schlippe 2015, S. 180) und Interessenskonflikte zu erwarten sind, was z.B. bei BPS, Essstörun-

gen und Sucht häufig der Fall ist. Den Autor:innen sind keine Studien bekannt, die einen Zusammenhang zwischen Behandlungsvertrag/Kontrakt in der Systemischen Therapie und deren Wirksamkeit untersucht.

Der Umgang von Behandlungsverträgen in manualisierten Verfahren zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, spezielle Verträge (z.B. zu Antisuiizidverträgen) und offene Forschungsfragen sind in der Langversion der Leitlinie beschrieben.

4.3.3 Schlüsselfrage 8: Wann sollten Patient:innen mit SBPF (teil-)stationär aufgenommen werden?

Dieses Kapitel behandelt die Indikationen für eine (teil-)stationäre Aufnahme von Patient:innen mit SBPF.

Für diese Fragestellung wurde Bezug auf angrenzende nationale und internationale Leitlinien, Empfehlungen, Meta-Analysen und Übersichtsarbeiten sowie den Autor:innen bekannte Literatur genommen. Die folgenden Statements und Empfehlungen basieren auf einer gründlichen Durchsicht der genannten Literatur.

4.3.3.1 (Teil-)Stationäre Aufnahme

4.3.3.1.1 Allgemeines zur (teil-)stationären Aufnahme

Deutschland hat etwa 40.000 stationär-psychotherapeutische Behandlungsplätze, die jährlich ca. 450.000 Patient:innen versorgen, ein Drittel davon in Rehabilitationseinrichtungen. Der Hauptunterschied zwischen Krankenhaus- und Rehabilitationsbehandlungen liegt im Therapieziel: kurative Therapie vs. Abwendung von Erwerbsunfähigkeit. Versicherte haben nach dem SGB V Anspruch auf notwendige Krankenbehandlung, einschließlich psychotherapeutischer Behandlung. Vollstationäre Behandlungen sind erforderlich, wenn teilstationäre oder ambulante Behandlungen nicht ausreichen. Derzeit lassen sich keine evidenzbasierten Statements oder Empfehlungen aus der Literatur für spezifische Indikationen einer (teil-)stationären Behandlung für die Therapie der heterogenen Kernsymptomatik einer SBPF ableiten. Unterschiedliche Indikationen und Kontraindikationen bestehen zwischen und innerhalb der Fachgebiete. Beispielsweise ist eine komorbide Suchterkrankung eine Indikation für eine stationäre Suchtbehandlung, aber eine Kontraindikation für eine stationäre psychosomatische Behandlung. Die Therapieziele müssen mit den stationären Möglichkeiten der Klinik übereinstimmen.

4.3.3.1.2 Allgemeine Indikationskriterien für eine (teil-)stationäre Behandlung

Unabhängig von der Diagnose nach ICD-10/ICD-11 oder HiTOP-Spektren gibt es allgemeine Indikationen für eine (teil-)stationäre Behandlung, die auch für Menschen mit SBPF gelten. Diese umfassen Notfallindikationen wie akute Eigen- oder Fremdgefährdung, sowie Situationen, in denen eine ambulante Therapie nicht ausreicht, um multidisziplinäre und engmaschige Betreuung sicherzustellen oder um eine Dekompensation zu verhindern. Auch schwerwiegende psychosoziale Faktoren wie familiäre Konflikte, häusliche Gewalt oder drohender Verlust von Arbeitsplatz oder Wohnung können eine stationäre Behandlung erforderlich machen. Die Indikationsstellung zu einer stationären Behandlung bei Patienten mit SBPF resultiert aus der Bewertung und Verknüpfung der Wechselwirkung von Krankheitsbild, Persönlichkeitsfunktionen, psychosozialen Umständen, Behandlungszielen und Versorgungsrealität. Eine Einweisung in somatische Kliniken sollte erfolgen, wenn die Behandlung der somatischen Komorbidität im

Vordergrund steht. Die Empfehlung beruht auf Sicherheitsaspekten und guter klinischer Praxis und orientiert sich an anderen genannten Leitlinien.

11.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	<p>Bei Vorliegen einer SBPF kann eine stationäre oder teilstationäre Behandlung aus diagnostischen und/oder therapeutischen Gründen sinnvoll sein. Dabei sollte unter Wahrung der partizipativen Entscheidungsfindung dem Grundsatz gefolgt werden: ambulant vor teilstationär vor vollstationär. Bei der Indikationsstellung zur Krankenhausbehandlung sollte gemeinsam sorgfältig geprüft werden, ob die angestrebten Therapieziele mit den jeweiligen Behandlungsmöglichkeiten der Institution in Übereinstimmung stehen.</p> <p>Eine stationäre Einweisung soll entsprechend den in Tabelle 6 aufgeführten Indikationen geprüft oder im Notfall veranlasst werden.</p>	
	<p>Literatur: S3-Leitlinie Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression; S3-Leitlinie Schizophrenie; S3-Leitlinie Zwangsstörungen; S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen; S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung; S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen; S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen; S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden; S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie; S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörungen</p>	
	Konsensstärke: 100%	

Tabelle 6: Indikationen für eine stationäre Behandlung

Notfallindikation ¹
<ul style="list-style-type: none"> ▪ akute Selbst- oder Fremdgefährdung ▪ Stupor, Katatonie und andere notfallpsychiatrisch relevante Syndrome und Störungen
Einweisungen prüfen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ wenn nach einem Suizidversuch medizinische Versorgung notwendig ist ▪ wenn eine hinreichend zuverlässige Einschätzung des Weiterbestehens der Suizidalität nicht möglich ist ▪ wenn die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung nicht gelingt und die Person trotz initialer Behandlung suizidal bleibt ▪ bei Therapieresistenz trotz leitliniengerechter ambulanter Therapie ▪ bei ausgeprägter Psychopathologie, die ambulant nicht ausreichend behandelbar ist ▪ bei vorübergehend krankheitsbedingt nicht gewährleisteter Ernährung und/oder Pflege ▪ bei der starken Gefahr einer (weiteren) Chronifizierung trotz leitliniengerechter ambulanter Therapie ▪ bei so schweren Krankheitsbildern, dass die ambulanten Therapiemöglichkeiten nicht ausreichen ▪ bei drohender krankheitsbedingter Isolation, Verwahrlosung und anderen schwerwiegenden psychosozialen Faktoren

- bei den Therapieerfolg hochgradig behindernden äußeren Lebensumständen (z. B. häusliche Gewalt oder Abstinenzsicherung bei schweren Suchterkrankungen und daraus resultierender erforderlicher Milieuänderung) oder
- bei Lebensumständen der Patient:in, die pathogenetisch für die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Störung wesentlich sind
- wenn die Therapieziele im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nur mit den Mitteln des Krankenhauses erreichbar sind.
- bei komorbiden Suchterkrankungen, wenn die Abstinenz ambulant nicht sichergestellt werden kann oder bei unklaren somatischen Komorbiditäten
- bei diagnostischem Klärungsbedarf insbesondere bei psychosomatischen und somatopsychischen Krankheitsbildern
- zum Aufbau einer adäquaten Therapiemotivation und zur Entwicklung eines psychosozialen Krankheitsverständnisses
- bei einer komorbiden somatischen Erkrankung

¹ Fehlen bei Vorliegen einer Notfallindikation sowohl Bereitschaft zur stationären Aufnahme als auch Absprachefähigkeit, kann bzw. muss eine stationäre Einweisung gegen den Willen der Patient:innen erfolgen

4.3.3.1.3 Spezifische Indikationskriterien für eine (teil-)stationäre Behandlung

Das zentrale Behandlungselement für Patient:innen mit SBPF ist Psychotherapie. Eine Meta-Analyse schlussfolgert, dass stationäre Psychotherapie effektiv ist (Doering et al. 2023; Lieberherz und Rabung 2013). Die größten Effekte wurden bei psychischer Symptombelastung und Allgemeinbefinden festgestellt, die geringsten im sozialkommunikativen Bereich. Diese Befunde sind unabhängig von der psychotherapeutischen Grundorientierung. Gruppenpsychotherapeutische Ansätze können den Behandlungserfolg erhöhen (Kösters et al. 2006). Das Konzept der SBPF könnte zukünftig helfen, Populationen zu charakterisieren, die durch das klassische medizinische Versorgungssystem nicht erreicht werden.

11.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	<p>Für die stationäre Aufnahme von Patient:innen mit SBPF und Erkrankungen aus dem somatoformen Spektrum, Mischbildern aus internalisierendem und externalisierendem Spektrum sowie dem Spektrum der Denkstörungen nach HiTOP sollten darüber hinaus grundsätzlich die gleichen Kriterien berücksichtigt werden wie in den entsprechenden Leitlinien beschrieben:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Somatoformes Spektrum: S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden, Version 2.0 vom 18.07.2018 [Empfehlung 21 (S. 182f)] ▪ Mischbilder aus internalisierendem und externalisierendem Spektrum: S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung, Version 2.0 vom 14.11.2022 [Empfehlung 32.2, 32.3 & 33 (S. 82)] ▪ Denkstörungen: S3-Leitlinie Schizophrenie, Version 2.0 vom 15.03.2019 [Empfehlung 156 (S. 233); 157 (S. 234); 155 (S. 233); 152 (S. 230); 153 (S. 230); 150 (S. 227); 151 (S. 227)] sowie S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, Version 2.0 vom 02.10.2018 [S. 365ff] 	
	Konsensstärke: 87%	

4.3.3.1.4 (Teil-)Stationäre Rehabilitation

Eine medizinische Rehabilitation orientiert sich am biopsychosozialen Modell und ICF, nicht primär an kategorialen Diagnosen. Ziel ist die Verbesserung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, insbesondere in Familie und Beruf, nicht die Heilung der Erkrankung. Die Indikation für eine psychosomatische oder psychiatrische Rehabilitation besteht bei gefährdeter oder beeinträchtigter Teilhabe und drohendem Verlust der selbstständigen Lebensführung.

Gemäß SGB IX ist eine Indikation für eine stationäre oder ganztägig ambulante Reha gegeben, wenn Therapieziele die Festigung von Behandlungserfolgen, Behandlung von Krankheitsfolgen, Verbesserung des Umgangs mit chronischen Erkrankungen oder Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit umfassen. Voraussetzungen sind nachgewiesener Reha-Bedarf (erheblich gefährdete oder geminderte Erwerbsfähigkeit), Reha-Fähigkeit durch adäquate Akutbehandlung und positive Reha-Prognose. Nach längerer Arbeitsunfähigkeit ist der Wiedereinstieg in den Beruf oft schwierig, besonders bei verlorener Tagesstruktur und Bedrohung des selbstständigen Lebens durch Krankheitssymptome. Eine medizinische Rehabilitation kann hier die soziale Teilhabe verbessern. Auch Patient:innen, die eine Arbeitsunfähigkeit strikt ablehnen, können von einer Reha profitieren, um Dekompensation bis hin zu Suizidalität zu vermeiden.

11.3	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	<p>Patient:innen mit SBPF sollte eine (teil-)stationäre Rehabilitation bei vorhandener Rehabilitationsfähigkeit (Motivation/Motivierbarkeit, Belastbarkeit) und positiver Rehabilitationsprognose empfohlen werden, wenn einzelne oder mehrere der folgenden Kriterien erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (drohende) erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit ▪ (drohender) Verlust der Fähigkeit zur selbstbestimmten und selbstständigen Lebensführung, ▪ (drohende) Teilhabebeeinträchtigungen oder Erhöhung der Teilhabebeeinträchtigung <p>Ausschlusskriterien sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ akute Selbst- oder Fremdgefährdung ▪ unzureichende Belastbarkeit für die Rehabilitationsbehandlung, z. B. wegen ausgeprägter Selbststeuerungsunfähigkeit ▪ primär substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen (ggf. mit Indikation für eine qualifizierte Entzugsbehandlung) ▪ ausgeprägter kognitiver Einschränkungen (z. B. Demenz) ▪ schwerer akuter somatischer Erkrankungen <p>ausgeprägter Psychopathologie, z. B. wahnhafte Symptomatik</p>	
	Vgl. Literatur: S3-Leitlinie Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (Empfehlung 13-1, S.193)	
	Konsensstärke: 94.4%	

In stationären psychosomatischen oder psychiatrischen Rehabilitationseinrichtungen erhalten Patient:innen psychotherapeutische Angebote, psychosoziale Interventionen wie Ergotherapie oder künstlerische Therapien sowie Sport- und Bewegungstherapien, ergänzt durch klinische Sozialarbeit und psychoedukative Maßnahmen.

Die Behandlungsziele von Akut- und Rehabilitationsbehandlungen unterscheiden sich grundlegend, obwohl beide auf multimodalen, multiprofessionellen Ansätzen im interdisziplinären Team basieren:

- Akutbehandlungen (ambulant oder stationär) fokussieren auf kurative Therapie, also Heilung und Linderung, basierend auf Krankheitsursache und -entstehung.
- Medizinische Rehabilitationsbehandlungen zielen auf Verhütung, Verringerung, Besserung oder Vermeidung von Beeinträchtigungen durch Funktionsstörungen. Ziel ist der Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, insbesondere in Familie, Arbeit und Beruf.

Zukünftig könnten auch ambulante und aufsuchende Rehabilitationsangebote eine gute Alternative darstellen, wofür jedoch noch Forschungsbedarf besteht.

4.3.3.1.5 Problematische Aspekte bei (teil-)stationären Behandlungen

Teil- und vollstationäre Behandlungen sind nur ein Baustein in der komplexen Versorgung von Patient:innen mit SBPF, die viele Akteure im Gesundheitssystem erfordert. Dies ermöglicht die Erfüllung vielfältiger Versorgungsbedürfnisse, stellt jedoch auch die Herausforderung einer effizienten Zusammenarbeit über Behandlungssettings und Versorgungssektoren hinweg dar. Eine gute Koordination ist sowohl Gesundheitssystemweit als auch im Einzelfall wichtig. Integrierte Behandlungspläne und strukturierte Versorgungsformen wie Fallmanagement können helfen, eine unkoordinierte und fragmentierte Versorgung zu vermeiden. Die Rolle von (teil-)stationären Behandlungen sollte gemeinsam mit den Betroffenen im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung erarbeitet werden, um problematische Schnittstellen bei Aufnahme und Entlassung zu bewältigen und die Kontinuität der Versorgung sicherzustellen.

11.4	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Um eine kontinuierliche Versorgung der Patient:innen mit SBPF zu gewährleisten, sollten rechtzeitig vor der Entlassung aus der (teil-)stationären Behandlung im Rahmen des inter-professionellen Entlassmanagements die in Tabelle 7 aufgeführten Maßnahmen erwogen und ggf. eingeleitet werden. Alle an der Versorgung von Patient:innen mit SBPF beteiligten Akteure und Professionen sollten sich über die jeweiligen regionalen Versorgungsmöglichkeiten kundig machen.	
Leitlinienadaptation	Literatur: S3-Leitlinie Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (Empfehlung 14-5, S.208; 14-1 S.201), S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen, S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung	
	Konsensstärke: 100%	

Tabelle 7: Maßnahmen bei Entlassung von Patient:innen mit SBPF aus (teil-)stationärer Behandlung

Die Tabelle finden Sie in der Langfassung der Leitlinie

Eine angemessene Struktur- und Behandlungsqualität ist für die (teil-)stationäre Behandlung von Patient:innen mit SBPF zentral. Studien zeigen jedoch, dass es in der Routineversorgung

an der erforderlichen Strukturqualität, insbesondere bei der Personalausstattung und -ausbildung, mangelt (Bohus et al. 2016; Klein et al. 2016; Mehl et al. 2016; Berger et al. 2015; Schnell et al. 2016; Wiegand et al. 2020). Dies kann zu Zustandsverschlechterungen und Chronifizierungen führen.

Wenn eine (teil-)stationäre Behandlung als kurative Maßnahme in Betracht gezogen wird, sollte sie in Einrichtungen mit spezifischen Behandlungsprogrammen erfolgen, die eine klare Struktur, einen Behandlungsfokus und eine Entlassungsorientierung bieten, um Hospitalisierungsgefahren und Tendenzen zur Verantwortungsabgabe entgegenzuwirken.

Es besteht großer Forschungsbedarf zur Wirkung, Nebenwirkungen und Langzeitwirkung von (teil-)stationären Behandlungen sowie zu Konzepten zur Ambulantisierung dieser Behandlungen. Wichtig ist zu erforschen, wie die Vorteile intensiver, multimodaler therapeutischer Angebote erhalten und Nachteile wie hohe Kosten und Abbruch therapeutischer Beziehungen vermieden werden können. Innovative Konzepte wie stationsäquivalente Behandlungen sind notwendig, um Sektorgrenzen zu überwinden und Ressourcen effizienter zu nutzen.

4.3.4 Schlüsselfrage 10: Haben Patient:innen mit SBPF, die langfristige/kontinuierliche hausärztliche Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die keine Gespräche erhalten?

Die Mehrheit der Menschen mit psychischen Störungen, einschließlich solcher mit SBPF, wird hausärztlich behandelt (Linden et al. 1996; Linden 2001; Wittchen 2000; Linden 2004; Linden et al. 2000; Wittchen und Jacobi 2001; Dittmann et al. 1997; Wittchen et al. 1999). Umgekehrt haben viele Patient:innen in hausärztlicher Behandlung psychische Störungen (Linden et al. 1996; Wittchen und Jacobi 2001; Jacobi et al. 2014). Viele schwer psychisch erkrankte Menschen werden langfristig oder dauerhaft überwiegend hausärztlich behandelt (Linden et al. 1996; Linden et al. 2016; Heuft et al. 2014; Herzog et al. 2012). Die hausärztliche Versorgung zeichnet sich durch langfristige, kontinuierliche Begleitung aus, die alle Aspekte von Gesundheit und Krankheit umfasst. Daher ist der Stellenwert dieser Versorgung für das Outcome von Patient:innen mit SBPF von Bedeutung.

12.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Patient:innen mit SBPF soll eine kontinuierliche hausärztliche Langzeitbegleitung empfohlen werden.	
	Die Behandlung von Patient:innen mit SBPF soll kooperativ unter Einbeziehung der hausärztlichen Langzeitbegleitung erfolgen.	
	Die bewusste, verlässliche, aktive und strukturierende Gestaltung der Patient-Arzt-Beziehung und Patient-Behandlungsteam-Beziehung ist ein entscheidender Wirkfaktor in der Langzeitbegleitung von Patient:innen mit SBPF. Dies sollte in hausärztlicher Forschung, Fort- und Weiterbildung adressiert werden.	
	Konsensstärke: 100%	

Alle deutschen Versorgungsleitlinien, die sich mit der Versorgung schwerer psychischer Störungen befassen, die mit SBPF einhergehen, betonen den Stellenwert hausärztlicher Beteiligung an Früherkennung und Koordination und den Stellenwert der interdisziplinären und interprofessionellen sowie settingübergreifenden Kooperation und Abstimmung (siehe Tabelle 8;

Linden et al. 2016; Muschalla und Linden 2019). Dies umso dringender, je schwerer die vorliegenden Störungen sind. Betrachtet man die Mortalität schwer psychisch erkrankter Menschen in Deutschland, so wird deren deutliche Lebenszeitverkürzung in Übereinstimmung mit internationalen Daten, vor allem durch ihre erhöhten somatischen Krankheits- und Mortalitätsrisiken bedingt, was den Stellenwert interdisziplinärer Kooperation unterstreicht (Schneider et al. 2019; Basu et al. 2019).

In diesem Zusammenhang ist kritisch zu bewerten, dass neu etablierte Versorgungsmodelle wie die ambulante Komplexversorgung gemäß KSVPsych-RL (G-BA 2021) Hausärzt:innen gar nicht mit einbeziehen.

Tabelle 8: Themenrelevante deutsche Leitlinien:

Die Tabelle finden Sie in der Langfassung der Leitlinie

12.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	<p>Die kontinuierliche Beobachtung der Patient:innen und deren Interaktion mit dem gesamten hausärztlichen Praxisteam stellt eine Grundlage für das Erkennen von SBPF dar. Im Gespräch können dann Beschwerden, Probleme, interpersonelle Konflikte sowie dysfunktionale Beziehungsgestaltung weiter exploriert und ggf. im Verlauf eine differenzielle Diagnostik initiiert werden.</p> <p>Für ein gelingendes Management insbesondere akuter Krisen (suizidale Krisen, psychotische Krisen, Beziehungskrisen, Krisen im Rahmen akuter Traumatisierung u.a.) ist die Kenntnis der lokalen Unterstützungsangebote und eine aktive Vernetzung und (z.B. fallbezogener) Austausch lokaler und regionaler Leistungserbringender hilfreich und entlastend.</p>	
	Konsensstärke: 100%	

Kennzeichen der hausärztlichen Versorgung sind ein niederschwelliger Zugang, eine große Diversität nahezu unbegrenzter und nicht selektierter Beratungsanlässe und idealerweise eine lange Kontinuität im Rahmen langjähriger Begleitung. Auch die Diagnostik erstreckt sich als teils lange dauernder longitudinaler Prozess und ist geprägt durch eine Mischung aus strukturiert erhobener und erlebter Anamnese, die auch Settings wie Hausbesuche mit einbezieht. In der psychosomatischen Grundversorgung besteht die Möglichkeit, in regelmäßigeren, geplanten Kontakten von etwa 15 Minuten Dauer longitudinal und fokussiert zusammenzuarbeiten (Reddemann et al. 2022; Reddemann 2023).

Aufwändige strukturierte Interviews sind im hausärztlichen Versorgungssetting regelhaft nicht praktikabel umsetzbar. Zusätzlich ist die klinische Validität von im Forschungskontext wertvollen strukturierten Interviews nicht notwendigerweise gegeben (Linden und Muschalla 2012). Hinweisend auf das Vorliegen einer durch SBPF mitbedingte Beeinträchtigung werden also zunächst andere Kriterien sein, wie sie in Tabelle 9 zu finden sind.

Tabelle 9: mögliche Hinweise auf relevante Einschränkungen der Persönlichkeitsfunktionen im hausärztlichen Setting, die eine dezidiertere Abklärung in Betracht ziehen lassen:

- Zahl der Diagnosen? Auch bzgl. komorbiden somatischen Erkrankungen? Chronischer Schmerz?
- Häufige Besuche in der Hausarztpraxis? Ständige Lifetime-Ereignisse?
- Anamnestisch viele „kritische Lebensereignisse“?
- Wiederholte Beziehungsprobleme und -abbrüche, auch bei Ärzten? Z.B. Anzahl bisheriger Behandler und abgebrochener Behandlungen? Zu welchen Behandlern kehren Patient:innen dann doch wieder zurück?
- Wiederholte Probleme mit dem Einhalten von Terminen, dem Befolgen von medizinischen Empfehlungen, verbunden mit ärgerlichen oder rückzügigen Interaktionen mit dem Praxisteam?
- Beobachtung starker eigener emotionaler Reaktionen auf das Interaktionsverhalten von Patient:innen ?

Für die diagnostische Einordnung in der Hausarztpraxis sind die Kriterien der gekürzten „Level of Personality Functioning Scale“ (Hummelen et al. 2021) hilfreich. Eine genauere Einordnung erfolgt meist mit Spezialist:innen. Frühe Hinweise auf Einschränkungen der Persönlichkeitsfunktionen sind für die Behandlungsplanung wichtig. Langfristige therapeutische Beziehungen sind auch im hausärztlichen Setting bedeutsam. Weitere Forschung ist nötig, da die Umsetzung in Hausarztpraxen anders sein kann als in psychotherapeutischen Praxen (Reddemann et al. 2022). Das Praxis-Team muss Strukturdefizite der Patient:innen erkennen und Verantwortung für den Rahmen, Gesprächsverlauf und Konfliktmanagement übernehmen. Techniken wie Spiegeln, Mentalisieren und vorsichtiges Konfrontieren helfen, heilsame Beziehungserfahrungen zu ermöglichen. Langsame Entwicklungen in der Beziehung werden reflektiert und wertgeschätzt. Kenntnisse der lokalen Versorgungssituation und eigenen Vernetzung erfordern persönliches Engagement. Hausärzt:innen können in Krisen für bis zu sechs Wochen ambulante psychiatrische Krankenpflege verordnen. Soziotherapie erfordert die Zusatzbezeichnung Psychotherapie von Hausärzt:innen.

Tabelle 10: Dachorganisationen und bundesweit operierende Hilfsdienste für Hilfe in akuten Krisen

Die Tabelle finden Sie in der Langfassung der Leitlinie

4.3.5 Schlüsselfrage 12: Bestehen bei SBPF Indikationen für eine psychopharmakologische Therapie und wenn ja welche?

Für diese Fragestellung wurde keine Literaturrecherche durchgeführt, sondern Bezug zu angrenzenden nationalen und internationalen Leitlinien genommen. Die folgenden Statements und Empfehlungen basieren auf einer gründlichen Durchsicht, ob aus den Literaturrecherchen und den Empfehlungen dieser Leitlinien Schlüsse zur medikamentösen Behandlung von Menschen mit SBPF abgeleitet werden können. Weiterhin wurde diskutiert, ob die Empfehlungen in ein dimensionales Modell, basierend auf den 2 Achsen SBPF und HiTOP, überführt werden könnten.

Es wurden folgende Leitlinien untersucht:

- S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung
- S3-Leitlinie Schizophrenie

- S3-Leitlinie Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression
- S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen
- S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörungen
- S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden
- S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen
- S3-Leitlinie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

Aus diesen Leitlinien lassen sich grundsätzlich keine Medikationsempfehlungen in Abhängigkeit von einer möglicherweise (und ggf. zusätzlich zur primären Störung nach ICD-10, auf welche sich die Quell-Leitlinie bezieht) vorliegenden Störung der Persönlichkeitsfunktionen ableiten.

Versuche einer Translation der an kategorialen Diagnosekonzepten orientierten Leitlinien-Empfehlungen in ein dimensionales Modell basierend auf den zwei Achsen SBPF und HiTOP bergen zum aktuellen Zeitpunkt die Gefahr nicht durch Evidenz gedeckter Indikationsausweitungen.

5 Offene Forschungsfragen

Siehe Langfassung der Leitlinie

6 Evidenztabellen

Siehe Langfassung der Leitlinie

7 Literaturverzeichnis

Ådnanes, M.; Kalseth, J.; Ose, S. O.; Ruud, T.; Rugkåsa, J.; Puntis, S. (2019): Quality of life and service satisfaction in outpatients with severe or non-severe mental illness diagnoses. In: *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 28 (3), S. 713–724. DOI: 10.1007/s11136-018-2039-5.

Adu, M. K.; Shalaby, R.; Eboreime, E.; Sapara, A.; Lawal, M. A.; Chew, C. et al. (2023): Apparent Lack of Benefit of Combining Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation with Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for the Treatment of Resistant Depression: Patient-Centered Randomized Controlled Pilot Trial. In: *Brain sciences* 13 (2). DOI: 10.3390/brainsci13020293.

Aggett, P.; Swainson, M.; Tapsell, D. (2015): 'Seeking permission': an interviewing stance for finding connection with hard to reach families. In: *Journal of Family Therapy* 37 (2), S. 190–209. DOI: 10.1111/j.1467-6427.2011.00558.x.

Ahmed, A. O.; Green, B. A.; Goodrum, N. M.; Doane, N. J.; Birgenheir, D.; Buckley, P. F. (2013): Does a latent class underlie schizotypal personality disorder? Implications for schizophrenia. In: *Journal of abnormal psychology* 122 (2), S. 475–491. DOI: 10.1037/a0032713.

Albani, C.; Blaser, G.; Kächele, H.; Pokorny, D. (2008): Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte. Theorie, Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Althobaiti, S.; Kazantzis, N.; Ofori-Asenso, R.; Romero, L.; Fisher, J.; Mills, K. E.; Liew, D. (2020): Efficacy of interpersonal psychotherapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. In: *Journal of affective disorders* 264, S. 286–294. DOI: 10.1016/j.jad.2019.12.021.

American Psychiatric Association (1987): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed., revised (DSM-III-R). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5. 5. ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)-Ständige Kommission Leitlinien (2020): AWMF-Regelwerk Leitlinien. Version 2.1. Online verfügbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>, zuletzt geprüft am 27.05.2024.

Arntz, A.; Jacob, G. A.; Lee, C. W.; Brand-de Wilde, O. M.; Fassbinder, E.; Harper, R. P. et al. (2022): Effectiveness of Predominantly Group Schema Therapy and Combined Individual and Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. In: *JAMA psychiatry* 79 (4), S. 287–299. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2022.0010.

Aslinger, E. N.; Manuck, S. B.; Pilkonis, P. A.; Simms, L. J.; Wright, A. G. C. (2018): Narcissist or narcissistic? Evaluation of the latent structure of narcissistic personality disorder. In: *Journal of abnormal psychology* 127 (5), S. 496–502. DOI: 10.1037/abn0000363.

- Asmundson, G. J. G.; Thorisdottir, A. S.; Roden-Foreman, J. W.; Baird, S. O.; Witcraft, S. M.; Stein, A. T. et al. (2019): A meta-analytic review of cognitive processing therapy for adults with posttraumatic stress disorder. In: *Cognitive behaviour therapy* 48 (1), S. 1–14. DOI: 10.1080/16506073.2018.1522371.
- Bach, B.; Sellbom, M.; Kongerslev, M.; Simonsen, E.; Krueger, R. F.; Mulder, R. (2017): Deriving ICD-11 personality disorder domains from DSM-5 traits: initial attempt to harmonize two diagnostic systems. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 136 (1), S. 108–117. DOI: 10.1111/acps.12748.
- Bach, B.; Tracy, M. (2022): Clinical utility of the alternative model of personality disorders: A 10th year anniversary review. In: *Personality disorders* 13 (4), S. 369–379. DOI: 10.1037/per0000527.
- Barkham, M.; Lutz, W.; Lambert, M. J.; Saxon, D. (2017): Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In: Castonguay, L. G. und Hill, C. E. (Hg.): *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects*. First edition. Washington, DC: American Psychological Association, S. 13–36.
- Basu, S.; Berkowitz, S. A.; Phillips, R. L.; Bitton, A.; Landon, B. E.; Phillips, R. S. (2019): Association of Primary Care Physician Supply With Population Mortality in the United States, 2005-2015. In: *JAMA internal medicine* 179 (4), S. 506–514. DOI: 10.1001/jamainternmed.2018.7624.
- Bender, D. S.; Morey, L. C.; Skodol, A. E. (2011): Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. In: *Journal of personality assessment* 93 (4), S. 332–346. DOI: 10.1080/00223891.2011.583808.
- Bender, D. S.; Skodol, A. E. (2007): Borderline personality as a self-other representational disturbance. In: *Journal of personality disorders* 21 (5), S. 500–517. DOI: 10.1521/pedi.2007.21.5.500.
- Bender, D. S.; Skodol, A. E.; First, M. B.; Oldham, J. M. (2018): Modul I: Structured Clinical Interview for the Level of Personality Functioning Scale. In: First, M. B., Skodol, A. E., Bender, D. S. und Oldham, J. M. (Hg.): *Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders (SCID- AMPD)*: American Psychiatric Association Publishing.
- Benecke, C.; Remmers, C.; Henkel, M.; Zimmermann, J. (2018): Oops, I did it again: The role of motivational conflicts and impaired psychological capacities in explaining the persistence of maladaptive behaviour. In: *Eur J Pers* 32 (5), S. 525–624. DOI: 10.1002/per.2174.
- Berger, M.; Wolff, J.; Normann, C.; Godemann, F.; Schramm, E.; Klimke, A. et al. (2015): Leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung : Normative Personalermittlung am Beispiel Depression. In: *Nervenarzt* 86 (5), S. 542–548. DOI: 10.1007/s00115-015-4310-0.
- Birkhölzer, M.; Schmeck, K.; Goth, K. (2021): Assessment of Criterion A. In: *Current opinion in psychology* 37, S. 98–103. DOI: 10.1016/j.copsy.2020.09.009.
- Blümle, A.; Gechter, D.; Nothacker, M. J.; Schaefer, C.; Motschall, E.; Boeker, M. et al. (2020): *Manual systematische Recherche für Evidenzsynthesen und Leitlinien*. 2.1 Auflage. Cochrane Deutschland Stiftung, Institut für Evidenz in der Medizin, Institut für

Medizinische Biometrie und Statistik, Freiburg, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - Institut für Medizinisches Wissensmanagement, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 12.12.2020. DOI: 10.6094/UNIFR/174468.

BMAS (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe - Beeinträchtigung - Behinderung. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Online verfügbar unter <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-13-teilhabebericht.html>, zuletzt geprüft am 20.01.2024.

Bohus, M.; Schmahl, C.; Herpertz, S. C.; Lieb, K.; Berger, M.; Roepke, S. et al. (2016): Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Normative Personalbedarfsermittlung. In: *Der Nervenarzt* 87 (7), S. 739–745. DOI: 10.1007/s00115-016-0132-y.

Boll-Klatt, A.; Storck, T.; Strauß, B.; Taubner, S. (2021): Die Familie der psychodynamischen Verfahren. In: Rief, W., Schramm, E., Strauß, B., Auszra, L., Bachem, R., Backenstraß, M. et al. (Hg.): *Psychotherapie. Ein kompetenzorientiertes Lehrbuch*. 1. Auflage. München: Elsevier, S. 515–546.

Bone, C.; Delgadoillo, J.; Barkham, M. (2021): A systematic review and meta-analysis of the good-enough level (GEL) literature. In: *Journal of counseling psychology* 68 (2), S. 219–231. DOI: 10.1037/cou0000521.

Bosch-Capblanch, X.; Abba, K.; Prictor, M.; Garner, P. (2007): Contracts between patients and healthcare practitioners for improving patients' adherence to treatment, prevention and health promotion activities. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 2007 (2), CD004808. DOI: 10.1002/14651858.CD004808.pub3.

Bourke, E.; Barker, C.; Fornells-Ambrojo, M. (2021): Systematic review and meta-analysis of therapeutic alliance, engagement, and outcome in psychological therapies for psychosis. In: *Psychology and psychotherapy* 94 (3), S. 822–853. DOI: 10.1111/papt.12330.

Bridler, R.; Orosz, A.; Cattapan, K.; Stassen, H. H. (2013): In need of psychiatric help-leave a message after the beep. In: *Psychopathology* 46 (3), S. 201–205. DOI: 10.1159/000341729.

Browne, J.; Wright, A. C.; Berry, K.; Mueser, K. T.; Cather, C.; Penn, D. L.; Kurtz, M. M. (2021): The alliance-outcome relationship in individual psychosocial treatment for schizophrenia and early psychosis: A meta-analysis. In: *Schizophrenia research* 231, S. 154–163. DOI: 10.1016/j.schres.2021.04.002.

Brujniks, S. J. E.; Lemmens, L. H. J. M.; Hollon, S. D.; Peeters, F. P. M. L.; Cuijpers, P.; Arntz, A. et al. (2020): The effects of once- versus twice-weekly sessions on psychotherapy outcomes in depressed patients. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 216 (4), S. 222–230. DOI: 10.1192/bjp.2019.265.

Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (1997): Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. Beschlüsse der Vorstände der Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung. In: *Deutsches Ärzteblatt* (94(33)).

Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung Version 3.2 2022, zuletzt geprüft am 15.01.2024. DOI: 10.6101/AZQ/000493. www.leitlinien.de/depression.

Bundespsychotherapeutenkammer (2018): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018.

Calsyn, D. A.; Wells, E. A.; Saxon, A. J.; Jackson, T. R.; Wrede, A. F.; Stanton, V.; Fleming, C. (1994): Contingency management of urinalysis results and intensity of counseling services have an interactive impact on methadone maintenance treatment outcome. In: *Journal of addictive diseases* 13 (3), S. 47–63. DOI: 10.1300/j069v13n03_05.

Chilvers, R.; Macdonald, G. M.; Hayes, A. A. (2002): Supported housing for people with severe mental disorders. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 2002. DOI: 10.1002/14651858.CD000453.

Chilvers, R.; Macdonald, G. M.; Hayes, A. A. (2006): Supported housing for people with severe mental disorders. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 2006. DOI: 10.1002/14651858.CD000453.pub2.

Clark, L. A.; Cuthbert, B.; Lewis-Fernández, R.; Narrow, W. E.; Reed, G. M. (2017): Three Approaches to Understanding and Classifying Mental Disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). In: *Psychological science in the public interest: a journal of the American Psychological Society* 18 (2), S. 72–145. DOI: 10.1177/1529100617727266.

Constantino, M. J.; Višlă, A.; Coyne, A. E.; Boswell, J. F. (2018): A meta-analysis of the association between patients' early treatment outcome expectation and their post-treatment outcomes. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 473–485. DOI: 10.1037/pst0000169.

Conway, C.; Hammen, C.; Brennan, P. (2012): A comparison of latent class, latent trait, and factor mixture models of DSM-IV borderline personality disorder criteria in a community setting: implications for DSM-5. In: *Journal of personality disorders* 26 (5), S. 793–803. DOI: 10.1521/pedi.2012.26.5.793.

Deegan (1995): *Gesundung als Reise des Herzens. Gesundung von psychiatrischen Leiden: Anregungen für die Aus- und Weiterbildung von Psychiatriefachleuten*, 1995.

Dehn, L. B.; Beblo, T.; Richter, D.; Wienberg, G.; Kremer, G.; Steinhart, I.; Driessen, M. (2022): Effectiveness of supported housing versus residential care in severe mental illness: a multicenter, quasi-experimental study. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 57 (5), S. 927–937. DOI: 10.1007/s00127-021-02214-6.

Dehn, L. B.; Beblo, T.; Wienberg, G.; Driessen, M.; Steinhart, I. (2021): Wie wirksam ist Wohnunterstützung? Ein Vergleich von Unterstützungsangeboten in der eigenen Wohnung und solchen in besonderer Wohnform. In: *Kerbe* (4), S. 24–26.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) (2016): S3-Leitlinie Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention. Langfassung 1.1, 2016, zuletzt geprüft am 22.01.2024. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/053-024>.

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) e.V.; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. (2019): S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 2019, zuletzt geprüft am 26.02.2023. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-019>.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP); Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V.; Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) (2017): S3-Leitlinie Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Langversion 2017, zuletzt geprüft am 27.02.2023. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-045>.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. (2018): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen - Langversion 2018. Berlin, Heidelberg. DOI: 10.1007/978-3-662-58284-8.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. (2019): S3-Leitlinie Schizophrenie. Langfassung 2019, Version 1.0, zuletzt geprüft am 26.06.2023. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html>.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. (2022): S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung. Langversion 2022, Version 2.0, zuletzt geprüft am 15.01.2024. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-015>.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. (2022): S3-Leitlinie Zwangsstörungen. Langversion 2022, Version 2.0, zuletzt geprüft am 26.02.2023. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-017>.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V.; Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA); Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (2019): S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie - Langversion 2019, zuletzt geprüft am 15.01.2024. https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-023I_S2k_Notfallpsychiatrie_2019-05_1.pdf.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM); Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM) (2018): S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden - Langfassung 2018, zuletzt geprüft am 26.02.2023. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-001k_S3_Funktionelle_Koerperbeschwerden_2019-08.pdf.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM); Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) (2020): S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen, Langversion 2020, Version 2.2, zuletzt geprüft am 27.02.2023.

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Esstoe rung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf.

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V. (DeGPT) (2019): S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung, Langversion 2019. Berlin, Heidelberg, zuletzt geprüft am 26.02.2023. DOI: 10.1007/978-3-662-59783-5. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>.

Dieterich, M.; Irving, C. B.; Bergman, H.; Khokhar, M. A.; Park, B.; Marshall, M. (2017): Intensive case management for severe mental illness. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 1 (1), CD007906. DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub3.

Doering, S.; Herpertz, S.; Pape, M.; Hofmann, T.; Rose, M.; Imbierowicz, K. et al. (2023): The multicenter effectiveness study of inpatient and day hospital treatment in departments of psychosomatic medicine and psychotherapy in Germany. In: *Front. Psychiatry* 14, S. 1155582. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1155582.

DRV (2022): Rentenversicherung in Zahlen 2022. Deutsche Rentenversicherung. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Zahlen-und-Fakten/Statistiken-und-Berichte/statistiken-und-berichte_node.html, zuletzt geprüft am 20.01.2024.

Ehrenthal, J. C.; Benecke, C. (2019): Tailored Treatment Planning for Individuals With Personality Disorders. In: Kramer, U. (Hg.): *Case Formulation for Personality Disorders. Tailoring Psychotherapy to the Individual Client*. San Diego: Elsevier Science & Technology, S. 291–314.

Elliott, R.; Bohart, A. C.; Watson, J. C.; Murphy, D. (2018): Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 399–410. DOI: 10.1037/pst0000175.

Empfehlung Rec (2001)13 des Europarates (2001): Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis. Deutschsprachige Ausgabe.

Epstein, L.-H.; Wing, R. R. (1979): Behavioral contracting: Health behaviors. In: *Clinical Behavior Therapy Review* (1), S. 2–21.

Ercan Doğu, S.; Kayıhan, H.; Kokurcan, A.; Örsel, S. (2021): The effectiveness of a combination of Occupational Therapy and Social Skills Training in people with schizophrenia: A rater-blinded randomized controlled trial. In: *British Journal of Occupational Therapy* 84 (11), S. 684–693. DOI: 10.1177/03080226211022953.

Eubanks, C. F.; Muran, J. C.; Safran, J. D. (2018): Alliance rupture repair: A meta-analysis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 508–519. DOI: 10.1037/pst0000185.

Faber, F. R.; Haarstrick, R. (Hg.) (2021): *Faber/Haarstrick Kommentar Psychotherapie-Richtlinien*. Unter Mitarbeit von Michael Dieckmann, Manuel Becker, Martin Neher, Alessandro Cavicchioli, Hans Lieb und Annette Streeck-Fischer. Elsevier GmbH; Urban-&-Fischer-Verlag. 12. Auflage. München: Elsevier.

Falkai, P.; Wittchen, H.-U.; Döpfner, M.; Gaebel, W.; Maier, W.; Rief, W. et al. (Hg.) (2018): *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®*.

American Psychiatric Association; Hogrefe Verlag. 2. korrigierte Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Farber, B. A.; Suzuki, J. Y.; Lynch, D. A. (2018): Positive regard and psychotherapy outcome: A meta-analytic review. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 411–423. DOI: 10.1037/pst0000171.

Flückiger, C.; Del Re, A. C.; Wampold, B. E.; Horvath, A. O. (2018): The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 316–340. DOI: 10.1037/pst0000172.

G-BA (2021): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL). In: *BAnz AT 17.12.2021 B3*. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2668/KSVPsych-RL_2021-09-02_iK-2021-12-18.pdf, zuletzt geprüft am 19.10.2023.

G-BA (2023): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) in der Fassung vom 17. September 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 21a (Beilage) vom 9. Februar 2010, in Kraft getreten am 10. Februar 2010, zuletzt geändert am 19. Januar 2023, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 10.03.2023 B4), in Kraft getreten am 11. März 2023. Gemeinsamer Bundesausschuss.

G-BA (2024): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie/PPP-RL), in der Fassung vom 19. September 2019 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 31.12.2019 B6) in Kraft getreten am 1. Januar 2020, zuletzt geändert am 19. Oktober 2023 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 05.02.2024 B4) in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Januar 2024. Gemeinsamer Bundesausschuss.

Gelso, C. J.; Kivlighan, D. M.; Markin, R. D. (2018): The real relationship and its role in psychotherapy outcome: A meta-analysis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 434–444. DOI: 10.1037/pst0000183.

Goldner, E. M.; Jones, W.; Fang, M. L. (2011): Access to and waiting time for psychiatrist services in a Canadian urban area: a study in real time. In: *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 56 (8), S. 474–480. DOI: 10.1177/070674371105600805.

Grawe, K. (2000): Psychologische Therapie. 2., korrigierte Aufl. Göttingen, Bern: Hogrefe Verl. für Psychologie.

Greggersen, W.; Rudolf, S.; Brandt, P.-W.; Schulz, E.; Fassbinder, E.; Willenborg, B. et al. (2011): Intima-media thickness in women with borderline personality disorder. In: *Psychosomatic medicine* 73 (7), S. 627–632. DOI: 10.1097/PSY.0b013e3182231fe2.

- Haslam, N.; McGrath, M. J.; Viechtbauer, W.; Kuppens, P. (2020): Dimensions over categories: a meta-analysis of taxometric research. In: *Psychol. Med.* 50 (9), S. 1418–1432. DOI: 10.1017/S003329172000183X.
- Haw, R.; Hartley, S.; Trelfa, S.; Taylor, P. J. (2023): A systematic review and meta-ethnography to explore people's experiences of psychotherapy for self-harm. In: *The British journal of clinical psychology* 62 (2), S. 392–410. DOI: 10.1111/bjc.12414.
- Hayes, J. A.; Gelso, C. J.; Goldberg, S.; Kivlighan, D. M. (2018): Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 496–507. DOI: 10.1037/pst0000189.
- Hedman, E.; Axelsson, E.; Andersson, E.; Lekander, M.; Ljótsson, B. (2016): Exposure-based cognitive-behavioural therapy via the internet and as bibliotherapy for somatic symptom disorder and illness anxiety disorder: randomised controlled trial. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 209 (5), S. 407–413. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.181396.
- Henkel, M.; Zimmermann, J.; Künecke, J.; Remmers, C.; Benecke, C. (2018): Same same but different: Das Potential der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik für ein differenziertes Verständnis von Persönlichkeitsstörungen. In: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 66 (2), S. 107–117. DOI: 10.1024/1661-4747/a000346.
- Herpertz, S. C. (in Vorbereitung): What is the difference between personality traits and personality disorder symptoms/functioning? In: Hopwood, C. J. und Sharp, C. (Hg.): *Dimensional Diagnosis: Practical and Conceptual Issues in the Integration of Personality and Psychopathology*. New York, NY: Guilford Press.
- Hill, C. E.; Knox, S.; Pinto-Coelho, K. G. (2018): Therapist self-disclosure and immediacy: A qualitative meta-analysis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 445–460. DOI: 10.1037/pst0000182.
- Hopwood, C. J. (2018): A framework for treating DSM-5 alternative model for personality disorder features. In: *Personality and mental health* 12 (2), S. 107–125. DOI: 10.1002/pmh.1414.
- Hörz-Sagstetter, S.; Mokros, A.; Zimmermann, J. (2024): Strukturiertes Klinisches Interview für das DSM-5 - Alternatives Modell für Persönlichkeitsstörungen (SCID-5-AMPD): Hogrefe.
- Hörz-Sagstetter, S.; Ohse, L.; Kampe, L. (2021): Three Dimensional Approaches to Personality Disorders: a Review on Personality Functioning, Personality Structure, and Personality Organization. In: *Current psychiatry reports* 23 (7), S. 45. DOI: 10.1007/s11920-021-01250-y.
- Howard, R.; Berry, K.; Haddock, G. (2022): Therapeutic alliance in psychological therapy for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. In: *Clinical psychology & psychotherapy* 29 (2), S. 373–399. DOI: 10.1002/cpp.2642.
- Hummelen, B.; Braeken, J.; Buer Christensen, T.; Nysaeter, T. E.; Germans Selvik, S.; Walther, K. et al. (2021): A Psychometric Analysis of the Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders Module I (SCID-5-AMPD-I):

Level of Personality Functioning Scale. In: *Assessment* 28 (5), S. 1320–1333. DOI: 10.1177/1073191120967972.

Hutsebaut, J. (2023): Isn't criterion A rather than B the language of psychotherapy?: Comment on Sauer-Zavala et al. (2022). In: *Personality disorders* 14 (4), S. 385–387. DOI: 10.1037/per0000543.

Hutsebaut, J.; Kamphuis, J. H.; Feenstra, D. J.; Weekers, L. C.; Saeger, H. de (2017): Assessing DSM-5-oriented level of personality functioning: Development and psychometric evaluation of the Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1). In: *Personality disorders* 8 (1), S. 94–101. DOI: 10.1037/per0000197.

Ijaz, S.; Davies, P.; Williams, C. J.; Kessler, D.; Lewis, G.; Wiles, N. (2018): Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 5 (5), CD010558. DOI: 10.1002/14651858.CD010558.pub2.

Ikiugu, M. N.; Nissen, R. M.; Bellar, C.; Maassen, A.; van Peurse, K. (2017): Clinical Effectiveness of Occupational Therapy in Mental Health: A Meta-Analysis. In: *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association* 71 (5), 7105100020p1-7105100020p10. DOI: 10.5014/ajot.2017.024588.

Jacobi, F.; Grafiadeli, R.; Volkmann, H.; Schneider, I. (2021): Krankheitslast der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Krankheitskosten, somatische Komorbidität und Mortalität. In: *Nervenarzt* 92 (7), S. 660–669. DOI: 10.1007/s00115-021-01139-4.

KBV (2024): Psychiatrische und psychotherapeutische Komplexbehandlung. Online verfügbar unter https://www.kbv.de/html/themen_58817.php, zuletzt aktualisiert am 16.01.2024, zuletzt geprüft am 31.01.2024.

Kerber, A.; Ehrental, J.; Zimmermann, J.; Remmers, C.; Nolte, T.; Wendt, L. et al. (2024): Examining the role of personality functioning in a hierarchical taxonomy of psychopathology using two years of ambulatory assessed data. In: *Preprint*. DOI: 10.21203/rs.3.rs-3854842/v1.

Kirschenbaum, D. S.; Flanery, R. C. (1983): Behavioral contracting: outcomes and elements. In: *Progress in behavior modification* 15, S. 217–275. DOI: 10.1016/B978-0-12-535615-2.50010-3.

Klein, J. P.; Zurowski, B.; Wolff, J.; Godemann, F.; Herpertz, S. C.; Berger, M. et al. (2016): Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Zwangsstörung : Normative Personalbedarfsermittlung. In: *Nervenarzt* 87 (7), S. 731–738. DOI: 10.1007/s00115-016-0112-2.

Klingemann, J.; Welbel, M.; Priebe, S.; Giacco, D.; Matanov, A.; Lorant, V. et al. (2020): Personal continuity versus specialisation of care approaches in mental healthcare: experiences of patients and clinicians-results of the qualitative study in five European countries. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 55 (2), S. 205–216. DOI: 10.1007/s00127-019-01757-z.

Kool, M.; Van, H. L.; Bartak, A.; Maat, S. C. M. de; Arntz, A.; van den Eshof, J. W. et al. (2018): Optimizing psychotherapy dosage for comorbid depression and personality disorders (PsyDos): a pragmatic randomized factorial trial using schema therapy and

- short-term psychodynamic psychotherapy. In: *BMC psychiatry* 18 (1), S. 252. DOI: 10.1186/s12888-018-1829-1.
- Kösters, M.; Burlingame, G. M.; Nachtigall, C.; Strauss, B. (2006): A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy. In: *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 10 (2), S. 146–163. DOI: 10.1037/1089-2699.10.2.146.
- Kotov, R.; Krueger, R. F.; Watson, D.; Achenbach, T. M.; Althoff, R. R.; Bagby, R. M. et al. (2017): The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. In: *Journal of abnormal psychology* 126 (4), S. 454–477. DOI: 10.1037/abn0000258.
- Kotov, R.; Krueger, R. F.; Watson, D.; Cicero, D. C.; Conway, C. C.; DeYoung, C. G. et al. (2021): The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Quantitative Nosology Based on Consensus of Evidence. In: *Annual review of clinical psychology* 17, S. 83–108. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-093304.
- Laws, K. R.; Darlington, N.; Kondel, T. K.; McKenna, P. J.; Jauhar, S. (2018): Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia - outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis. In: *BMC psychology* 6 (1), S. 32. DOI: 10.1186/s40359-018-0243-2.
- Le Corff, Y.; Aluja, A.; Rossi, G.; Lapalme, M.; Forget, K.; García, L. F.; Rolland, J.-P. (2022): Construct Validity of the Dutch, English, French, and Spanish LPFS-BF 2.0: Measurement Invariance Across Language and Gender and Criterion Validity. In: *Journal of personality disorders* 36 (6), S. 662–679. DOI: 10.1521/pedi.2022.36.6.662.
- Leamy, M.; Bird, V.; Le Boutillier, C.; Williams, J.; Slade, M. (2011): Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 199 (6), S. 445–452. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.083733.
- Li, J.-M.; Zhang, Y.; Su, W.-J.; Liu, L.-L.; Gong, H.; Peng, W.; Jiang, C.-L. (2018): Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis. In: *Psychiatry research* 268, S. 243–250. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.07.020.
- Liebherz, S.; Rabung, S. (2013): Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum: Eine Meta-Analyse. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 63 (9-10), S. 355–364. DOI: 10.1055/s-0033-1337909.
- Lim, C. T.; Caan, M. P.; Kim, C. H.; Chow, C. M.; Leff, H. S.; Tepper, M. C. (2022): Care Management for Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 73 (2), S. 180–187. DOI: 10.1176/appi.ps.202000473.
- Linden, M.; Muschalla, B. (2012): Standardized diagnostic interviews, criteria, and algorithms for mental disorders: garbage in, garbage out. In: *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 262 (6), S. 535–544. DOI: 10.1007/s00406-012-0293-z.
- Lindström, M.; Hariz, G.-M.; Bernspång, B. (2012): Dealing with Real-Life Challenges: Outcome of a Home-Based Occupational Therapy Intervention for People with Severe

- Psychiatric Disability. In: *OTJR: Occupation, Participation and Health* 32 (2), S. 5–14. DOI: 10.3928/15394492-20110819-01.
- Little, H.; Tickle, A.; das Nair, R. (2018): Process and impact of dialectical behaviour therapy: A systematic review of perceptions of clients with a diagnosis of borderline personality disorder. In: *Psychology and psychotherapy* 91 (3), S. 278–301. DOI: 10.1111/papt.12156.
- Loughlin, M.; Bucci, S.; Brooks, J.; Berry, K. (2020): Service users' and carers' experiences of engaging with early intervention services: A meta-synthesis review. In: *Early intervention in psychiatry* 14 (1), S. 26–36. DOI: 10.1111/eip.12803.
- Luborsky, L.; Crits-Christoph, P. (1990): Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method (2nd ed.). DOI: 10.1037/10250-000.
- Markon, K. E.; Chmielewski, M.; Miller, C. J. (2011): The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: A quantitative review. In: *Psychological bulletin* 137 (5), S. 856–879. DOI: 10.1037/a0023678.
- Mashimo, I.; Yotsumoto, K.; Fujimoto, H.; Hashimoto, T. (2020): Effects of Home-visit Occupational Therapy Using a Management Tool for Daily Life Performance on Severe Mental Illness: A Multicenter Randomized Controlled Trial. In: *The Kobe journal of medical sciences* 66 (4), E119-E128.
- McCabe, G. A.; Widiger, T. A. (2020): A comprehensive comparison of the ICD-11 and DSM-5 section III personality disorder models. In: *Psychological assessment* 32 (1), S. 72–84. DOI: 10.1037/pas0000772.
- McLaughlin, S. P. B.; Barkowski, S.; Burlingame, G. M.; Strauss, B.; Rosendahl, J. (2019): Group psychotherapy for borderline personality disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 56 (2), S. 260–273. DOI: 10.1037/pst0000211.
- Mehl, S.; Falkai, P.; Berger, M.; Löhr, M.; Rujescu, D.; Wolff, J.; Kircher, T. (2016): Leitlinienkonforme psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie : Eine normative Berechnung des benötigten Personalbedarfs. In: *Nervenarzt* 87 (3), S. 286–294. DOI: 10.1007/s00115-015-0056-y.
- Mehl, S.; Werner, D.; Lincoln, T. M. (2019): Corrigendum: Does Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis. In: *Frontiers in psychology* 10, S. 1868. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01868.
- Merz, J.; Schwarzer, G.; Gerger, H. (2019): Comparative Efficacy and Acceptability of Pharmacological, Psychotherapeutic, and Combination Treatments in Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Network Meta-analysis. In: *JAMA psychiatry* 76 (9), S. 904–913. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0951.
- Milinkovic, M. S.; Tiliopoulos, N. (2020): A systematic review of the clinical utility of the DSM-5 section III alternative model of personality disorder. In: *Personality disorders* 11 (6), S. 377–397. DOI: 10.1037/per0000408.
- Müller, H.; Haag, I.; Jessen, F.; Kim, E. H.; Klaus, J.; Konkol, C.; Bechdorf, A. (2016): Kognitive Verhaltenstherapie und Assertive Community Treatment reduzieren die Anzahl stationärer Tage und verlängern die Zeit bis zu einer stationären Aufnahme bei

schweren psychotischen Störungen. In: *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 84 (2), S. 76–82. DOI: 10.1055/s-0042-102055.

Natoli, A. P.; Bach, B.; Behn, A.; Cottin, M.; Gritti, E. S.; Hutsebaut, J. et al. (2022): Multinational evaluation of the measurement invariance of the Level of Personality Functioning Scale-brief form 2.0: Comparison of student and community samples across seven countries. In: *Psychological assessment* 34 (12), S. 1112–1125. DOI: 10.1037/pas0001176.

NICE (2009): Borderline personality disorder: recognition and management, zuletzt geprüft am 21.02.2024. www.nice.org.uk/guidance/cg78.

Nolte, S.; Erdur, L.; Fischer, H. F.; Rose, M.; Palmowski, B. (2016): Course of self-reported symptoms of 342 outpatients receiving medium- versus long-term psychodynamic psychotherapy. In: *BioPsychoSocial medicine* 10, S. 23. DOI: 10.1186/s13030-016-0074-4.

Norcross, J. C.; Lambert, M. J. (2018): Psychotherapy relationships that work III. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 303–315. DOI: 10.1037/pst0000193.

Oltmanns, J. R.; Widiger, T. A. (2019): Evaluating the assessment of the ICD-11 personality disorder diagnostic system. In: *Psychological assessment* 31 (5), S. 674–684. DOI: 10.1037/pas0000693.

Rabung, S.; Leichsenring, F.; Jaeger, U.; Streeck, U. (2005): Behandlungsergebnisse psychoanalytisch-interaktioneller und analytisch orientierter stationärer Gruppentherapie. In: *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* (41), S. 130–152.

Reddemann, O. (2023): Komplexe Folgen von Psychotrauma und psychosomatische Grundversorgung. In: *Ärztliche Psychotherapie* 18 (3), S. 180–185. DOI: 10.21706/aep-18-3-180.

Reddemann, O.; Herrmann, M.; Veit, I. (2022): Psychosomatische Grundversorgung. In: Chenot, J.-F., Scherer, M. und Angelow, A. (Hg.): *Allgemeinmedizin*. 1. Auflage. München: Elsevier, S. 883–891.

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (29.09.2023): Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie („Psych-Fächer“): Reform und Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung. Bschor, Tom, 11055 Berlin, Mail: Krankenhauskommission@bmg.bund.de. Online verfügbar unter www.bundesgesundheitsministerium.de/regierungskommission-krankenhausversorgung.

Reker, T.; Eikermann, B. (2004): Berufliche Eingliederung als Ziel psychiatrischer Therapie. In: *Psychiatrische Praxis* 31, S251-5. DOI: 10.1055/s-2004-828478.

Remmers, C.; Zimmermann, J. (2022): Angstproblematiken: Dimensionale Betrachtung und Einbettung in die Persönlichkeit. In: *PiD - Psychotherapie im Dialog* 23 (03), S. 40–44. DOI: 10.1055/a-1686-1628.

Richter, D.; Eikermann, B.; Reker, T. (2006): Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 68 (11), S. 704–707. DOI: 10.1055/s-2006-927288.

- Richter, D.; Hoffmann, H. (2017): Independent housing and support for people with severe mental illness: systematic review. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 136 (3), S. 269–279. DOI: 10.1111/acps.12765.
- Richter, D.; Jäger, M. (2021): Wohnen und psychiatrische Versorgung. Ein Beitrag über den Forschungsstand. In: *Kerbe* (4).
- Rodante, D. E.; Kaplan, M. I.; Olivera Fedi, R.; Gagliesi, P.; Pascali, A.; José Quintero, P. S. et al. (2022): CALMA, a Mobile Health Application, as an Accessory to Therapy for Reduction of Suicidal and Non-Suicidal Self-Injured Behaviors: A Pilot Cluster Randomized Controlled Trial. In: *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research* 26 (2), S. 801–818. DOI: 10.1080/13811118.2020.1834476.
- Rönnau-Böse, M.; Fröhlich-Gildhoff, K.; Bengel, J.; Lyssenko, L. (2022): Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.
- Safran, J. D.; Muran, J. C. (2000): Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide. paperback edition. New York: Guilford Press.
- Schneider, F.; Erhart, M.; Hewer, W.; Loeffler, L. A.; Jacobi, F. (2019): Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally Ill. In: *Deutsches Ärzteblatt international* 116 (23-24), S. 405–411. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0405.
- Schnell, K.; Hochlehnert, A.; Berger, M.; Wolff, J.; Radtke, M.; Schramm, E. et al. (2016): Leitlinienentsprechende stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der chronischen Depression : Normative Personalbedarfsermittlung. In: *Nervenarzt* 87 (3), S. 278–285. DOI: 10.1007/s00115-016-0084-2.
- Schöttle, D.; Schimmelmann, B. G.; Ruppelt, F.; Bussopulos, A.; Frieling, M.; Nika, E. et al. (2018): Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia-spectrum and bipolar I disorders: Four-year follow-up of the ACCESS II study. In: *PloS one* 13 (2). DOI: 10.1371/journal.pone.0192929.
- Schultz, K.; Delva, D.; Kerr, J. (2012): Emotional effects of continuity of care on family physicians and the therapeutic relationship. In: *Canadian family physician Medecin de famille canadien* 58 (2), S. 178–185.
- Schweitzer, J.; Schlippe, A. von (2015): Das störungsspezifische Wissen. 6., unveränd. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sharp, C.; Wall, K. (2021): DSM-5 Level of Personality Functioning: Refocusing Personality Disorder on What It Means to Be Human. In: *Annual review of clinical psychology* 17, S. 313–337. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-105402.
- Shefler, G.; Abargil, M.; Yonatan-Leus, R.; Finkenberg, R.; Amir, I. (2023): Empirical examination of long-term and intensive psychodynamic psychotherapy for severely disturbed patients. In: *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, S. 1–16. DOI: 10.1080/10503307.2023.2263810.

- Sheridan Rains, L.; Echave, A.; Rees, J.; Scott, H. R.; Lever Taylor, B.; Broeckelmann, E. et al. (2021): Service user experiences of community services for complex emotional needs: A qualitative thematic synthesis. In: *PloS one* 16 (4), e0248316. DOI: 10.1371/journal.pone.0248316.
- Shorey, H. S.; Snyder, C. R.; Yang, X.; Lewin, M. R. (2003): The Role of Hope as a Mediator in Recollected Parenting, Adult Attachment, and Mental Health. In: *Journal of Social and Clinical Psychology* 22 (6), S. 685–715. DOI: 10.1521/jscp.22.6.685.22938.
- Siegl, J.; Wendler, S. (2019): Verhaltenstherapeutische Interventionen. In: Leibing, E., Hiller, W. und Sulz, S. K. D. (Hg.): *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen Psychotherapeutin/en und für die ärztliche Weiterbildung*. 2. Auflage. Gießen: CIP-Medien im Psychosozial-Verlag, S. 125–163.
- Snyder, C. R.; Lopez, S. J. (2002): *Handbook of Positive Psychology*: Oxford University Press.
- Solanto, M. V.; Jacobson, M. S.; Heller, L.; Golden, N. H.; Hertz, S. (1994): Rate of weight gain of inpatients with anorexia nervosa under two behavioral contracts. In: *Pediatrics* 93 (6 Pt 1), S. 989–991.
- Sonis, J.; Cook, J. M. (2019): Medication versus trauma-focused psychotherapy for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. In: *Psychiatry research* 282, S. 112637. DOI: 10.1016/j.psychres.2019.112637.
- Speck, A.; Steinhart, I.; Freyberger, H. (2013): Wieder einmal alles gesagt ... zur „Black Box“ der Geschlossenen Heime? In: *Psychiat Prax* 40 (01), S. 49–50. DOI: 10.1055/s-0032-1321452.
- Spitzer, C.; Müller, S.; Kerber, A.; Hutsebaut, J.; Brähler, E.; Zimmermann, J. (2021): Die deutsche Version der Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0 (LPFS-BF): Faktorenstruktur, konvergente Validität und Normwerte in der Allgemeinbevölkerung. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 71 (7), S. 284–293. DOI: 10.1055/a-1343-2396.
- Stovell, D.; Morrison, A. P.; Panayiotou, M.; Hutton, P. (2016): Shared treatment decision-making and empowerment-related outcomes in psychosis: systematic review and meta-analysis. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 209 (1), S. 23–28. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.158931.
- Tabol, C.; Drebing, C.; Rosenheck, R. (2010): Studies of "supported" and "supportive" housing: a comprehensive review of model descriptions and measurement. In: *Evaluation and program planning* 33 (4), S. 446–456. DOI: 10.1016/j.evalprogplan.2009.12.002.
- Thompson, C. T.; Vidgen, A.; Roberts, N. P. (2018): Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. In: *Clinical psychology review* 63, S. 66–79. DOI: 10.1016/j.cpr.2018.06.006.
- Troup, J.; Lever Taylor, B.; Sheridan Rains, L.; Broeckelmann, E.; Russell, J.; Jaynes, T. et al. (2022): Clinician perspectives on what constitutes good practice in community

services for people with complex emotional needs: A qualitative thematic meta-synthesis. In: *PloS one* 17 (5). DOI: 10.1371/journal.pone.0267787.

Tryon, G. S.; Birch, S. E.; Verkuilen, J. (2018): Meta-analyses of the relation of goal consensus and collaboration to psychotherapy outcome. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 372–383. DOI: 10.1037/pst0000170.

Turner, D. T.; Burger, S.; Smit, F.; Valmaggia, L. R.; van der Gaag, M. (2020): What Constitutes Sufficient Evidence for Case Formulation-Driven CBT for Psychosis? Cumulative Meta-analysis of the Effect on Hallucinations and Delusions. In: *Schizophrenia bulletin* 46 (5), S. 1072–1085. DOI: 10.1093/schbul/sbaa045.

Tyrer, P.; Mulder, R.; Kim, Y.-R.; Crawford, M. J. (2019): The Development of the ICD-11 Classification of Personality Disorders: An Amalgam of Science, Pragmatism, and Politics. In: *Annual review of clinical psychology* 15, S. 481–502. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095736.

van Bronswijk, S.; Moopen, N.; Beijers, L.; Ruhe, H. G.; Peeters, F. (2019): Effectiveness of psychotherapy for treatment-resistant depression: a meta-analysis and meta-regression. In: *Psychol. Med.* 49 (3), S. 366–379. DOI: 10.1017/S003329171800199X.

Wasmuth, S.; Wilburn, V. G.; Hamm, J. A.; Chase, A. (2021): Comparing narrative-informed occupational therapy in adult outpatient mental health to treatment as usual: A quasi-experimental feasibility study with preliminary treatment outcomes. In: *Occupational therapy in mental health* 37 (1), S. 56–71. DOI: 10.1080/0164212x.2020.1845276.

Wei, Y.; Chen, S. (2021): Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. In: *Psychological trauma: theory, research, practice and policy* 13 (8), S. 877–884. DOI: 10.1037/tra0000922.

Wendt, L. P.; Engesser, D.; Dotzauer, L.; van Haaren, Y.; Benecke, C.; Singer, S.; Zimmermann, J. (2024a): Leitlinien-Mapping der LL-SBPF – Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/Q2FKJ>.

Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr.

Wendt, L. P.; Wright, A. G. C.; Pilkonis, P. A.; Nolte, T.; Fonagy, P.; Montague, P. R. et al. (2019): The latent structure of interpersonal problems: Validity of dimensional, categorical, and hybrid models. In: *Journal of abnormal psychology* 128 (8), S. 823–839. DOI: 10.1037/abn0000460.

WHO (2022): International Classification of Diseases Eleventh Revision. (ICD-11). Geneva. Online verfügbar unter <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>, zuletzt geprüft am 08.08.2023.

Widiger, T. A.; Bach, B.; Chmielewski, M.; Clark, L. A.; DeYoung, C.; Hopwood, C. J. et al. (2019): Criterion A of the AMPD in HiTOP. In: *Journal of personality assessment* 101 (4), S. 345–355. DOI: 10.1080/00223891.2018.1465431.

- Wiegand, H. F.; Saam, J.; Marschall, U.; Chmitorz, A.; Kriston, L.; Berger, M. et al. (2020): Challenges in the Transition from In-Patient to Out-Patient Treatment in Depression. In: *Deutsches Arzteblatt international* 117 (27-28), S. 472–479. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0472.
- Wietersheim, J. von; Seitz, B.; Rottler, E.; Köppelmann, N.; Gündel, H. (2021): Aufwand, Erfolg und Scheitern bei der Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz – Ergebnisse einer prospektiven Studie. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 83 (1), S. 40–46. DOI: 10.1055/a-1005-6958.
- Woll, C. F. J.; Schönbrodt, F. D. (2020): A Series of Meta-Analytic Tests of the Efficacy of Long-Term Psychoanalytic Psychotherapy. In: *European Psychologist* 25 (1), S. 51–72. DOI: 10.1027/1016-9040/a000385.
- Zettl, M.; Volkert, J.; Vögele, C.; Herpertz, S. C.; Kubera, K. M.; Taubner, S. (2020): Mentalization and criterion a of the alternative model for personality disorders: Results from a clinical and nonclinical sample. In: *Personality disorders* 11 (3), S. 191–201. DOI: 10.1037/per0000356.
- Zimmermann, J.; Hopwood, C. J.; Krueger, R. F. (2023): The DSM-5 level of personality functioning scale. In: Krueger, R. F. und Blaney, Paul, H. (Hg.): *Oxford Textbook of Psychopathology* 4th ed.
- Zimmermann, J.; Müller, S.; Bach, B.; Hutsebaut, J.; Hummelen, B.; Fischer, F. (2020): A Common Metric for Self-Reported Severity of Personality Disorder. In: *Psychopathology* 53 (3-4), S. 168–178. DOI: 10.1159/000507377.
- Zimmermann, J.; Witthöft, M.; Cicero, D. C.; Forbes, M. K.; Hopwood, C. J.; Kotov, R. et al. (2024): Hierarchische Taxonomie der Psychopathologie (HiTOP): Ein neues Modell zur Beschreibung psychischer Probleme. DOI: 10.31234/osf.io/kp8yx.

Leitlinienreport

S3- Leitlinie Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen

Version 1.0

Schlüsselwörter (Deutsch): Persönlichkeitsfunktionen, Leitlinie, Versorgung

Keywords (Englisch): Personality Functioning, Guideline, Health care

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21013 gefördert.

Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung: 24.07.2024

Gültig bis: 24.07.2029

Die Lang- und Kurzfassung der Leitlinie finden sich unter:
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001>

Inhalt

Leitlinienreport S3- Leitlinie Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen.....	1
1. Geltungsbereich und Zweck	8
1.1. Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas.....	8
1.2. Zielorientierung der Leitlinie	8
1.3. Zielpopulation (z.B. Patient:innen, Bevölkerung).....	8
1.4. Versorgungsbereich.....	9
1.5. Anwenderzielgruppe/Adressat:innen	9
2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessensgruppen.....	9
2.1. Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligte Berufsgruppen	9
Entwicklergruppe	9
Fachgesellschaften	10
Steuerungsgruppe	12
2.2. Repräsentativität der Leitliniengruppe: Berücksichtigung der Ansichten und Präferenzen der Zielpopulation (z.B. Patient:innen/Bevölkerung).....	13
3. Genauigkeit der Leitlinienentwicklung.....	13
3.1. Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung)	13
3.1.1. Formulierung von klinisch relevanten Fragestellungen, Priorisierung von Endpunkten	13
Schlüsselfragen mit systematischer Literaturrecherche	13
Schlüsselfragen ohne systematische Literaturrecherche.....	14
Versorgungskontext	15
Expertenumfrage.....	15
3.1.2. Systematische Recherche.....	16
Leitlinien	16
Systematische Recherche.....	17
3.1.3. Auswahl der zu bewertenden Publikationen	23
Schlüsselfragen 1-5.....	23
Schlüsselfrage 9	27
Schlüsselfrage 11	28
3.1.4. Kritische Bewertung der Evidenz und Erstellung von Evidenzzusammenfassung	29
Kriterien Qualitätsbeurteilung.....	29
Evidenztabelle	32
3.1.5. Verknüpfung von Evidenz und Empfehlung	127
3.2. Formulierung und Graduierung von Empfehlungen und strukturierte Konsensfindung	127
3.2.1. Strukturierte Konsensfindung: Verfahren und Durchführung	127

1. Konsensuskonferenz.....	127
2. Konsensuskonferenz.....	128
3. Konsensuskonferenz.....	128
Verfahren.....	130
3.2.2. Berücksichtigung von Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken.....	130
3.2.3. Formulierung der Empfehlungen und Vergabe von Evidenz- und/oder Empfehlungsgraden.....	130
4. Externe Begutachtung und Verabschiedung.....	131
4.1. Externe Begutachtung.....	131
4.2. Verabschiedung durch die Vorstände der herausgebenden Fachgesellschaften/Organisationen.....	131
Sondervoten.....	131
5. Redaktionelle Unabhängigkeit.....	145
5.1. Finanzierung der Leitlinie.....	145
5.2. Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten.....	145
Leitlinienspezifische Definition und Einstufung von Interessenkonflikten.....	145
Digitale Gesundheitsanwendungen.....	145
Psychotherapieverfahren, Behandlungsformen.....	145
Psychotherapie.....	146
Konzept der Leitlinie.....	146
Darlegung Interessenkonflikte.....	147
6. Verbreitung und Implementierung.....	147
6.1. Konzept zur Verbreitung und Implementierung.....	147
6.2. Unterstützende Materialien für die Anwendung der Leitlinie.....	148
6.3. Diskussion möglicher förderlicher und hinderlicher Faktoren für die Anwendung der Leitlinie.....	148
6.4. Messkriterien für die Bewertung der Prozess - und / oder Ergebnisqualität der Leitlinie: Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren.....	149
7. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren.....	151
7.1. Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung und Status.....	151
7.2. Aktualisierungsverfahren.....	151
Anhang.....	152
Literaturverzeichnis.....	262

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammensetzung Entwicklergruppe	10
Tabelle 2: Zusammensetzung der Steuerungsgruppe	12
Tabelle 3: Trefferanzahlen systematische Literaturrecherche Schlüsselfragen 1-5 Abstractscreening	20
Tabelle 4: Trefferanzahlen systematische Literaturrecherche Schlüsselfragen 1-5 Volltextscreening	21
Tabelle 5: Trefferanzahlen systematische Literaturrecherche Schlüsselfrage 9 Abstractscreening.....	22
Tabelle 6: Trefferanzahlen systematische Literaturrecherche Schlüsselfrage 9 Volltextscreening.....	22
Tabelle 7: Trefferanzahlen systematische Literaturrecherche Schlüsselfrage 11 Abstractscreening...	23
Tabelle 8: Trefferanzahlen systematische Literaturrecherche Schlüsselfrage 11 Volltextscreening....	23
Tabelle 9: Evidenztabelle Schlüsselfrage 1, Endpunkt Funktionsfähigkeit, Vergleich mit Treatment as usual	33
Tabelle 10: Evidenztabelle Schlüsselfrage 1, Endpunkt Funktionsfähigkeit, Vergleich mit aktiver Kontrollgruppe	34
Tabelle 11: Evidenztabelle Schlüsselfrage 1, Endpunkt Störungsspezifische Symptome, Vergleich mit Treatment as usual.....	36
Tabelle 12: Evidenztabelle Schlüsselfrage 1, Endpunkt Störungsspezifische Symptome, Vergleich mit aktiver Kontrollgruppe	44
Tabelle 13: Evidenztabelle Schlüsselfrage 1, Endpunkt Störungsspezifische Symptome, Vergleich mit inaktiver Kontrollbedingung.....	52
Tabelle 14: Evidenztabelle Schlüsselfrage 1, Endpunkt Inanspruchnahme Gesundheitssystem, Vergleich mit Treatment as usual.....	55
Tabelle 15: Evidenztabelle Schlüsselfrage 2, Endpunkt Funktionsfähigkeit, Vergleich mit Warteliste	58
Tabelle 16: Evidenztabelle Schlüsselfrage 2, Endpunkt Störungsspezifische Symptome, Vergleich mit Warteliste	60
Tabelle 17: Evidenztabelle Schlüsselfrage 2, Endpunkt Störungsspezifische Symptome, Vergleich mit Transkranieller Magnetstimulation.....	62
Tabelle 18: Evidenztabelle Schlüsselfrage 2, Endpunkt Störungsspezifische Symptome, Vergleich mit Dialektischer Verhaltenstherapie.....	63
Tabelle 19: Evidenztabelle Schlüsselfrage 2, Endpunkt Gesundheitsbezogene Lebensqualität, Vergleich mit Transkranieller Magnetstimulation	68
Tabelle 20: Evidenztabelle Schlüsselfrage 3, Endpunkt Psychosoziales Funktionsniveau, Vergleich mit Standardversorgung	70
Tabelle 21: Evidenztabelle Schlüsselfrage 3, Endpunkt Subjektive Lebensqualität, Vergleich mit Standardversorgung	71
Tabelle 22: Evidenztabelle Schlüsselfrage 3, Endpunkt Veränderung der Symptomatik, Vergleich mit Standardversorgung	74
Tabelle 23: Evidenztabelle Schlüsselfrage 3, Endpunkt Behandlungsadhärenz, Vergleich mit Standardversorgung	77
Tabelle 24: Evidenztabelle Schlüsselfrage 3, Endpunkt Häufigkeit stationärer Behandlung, Vergleich mit Standardversorgung.....	78
Tabelle 25: Evidenztabelle Schlüsselfrage 4, Endpunkt Soziales Funktionsniveau, Vergleich mit Unterstützung in der eigenen Wohnung.....	80
Tabelle 26: Evidenztabelle Schlüsselfrage 4, Endpunkt Einweisung ins psychiatrische Krankenhaus, Vergleich mit Unterstützung in der eigenen Wohnung	82
Tabelle 27: Evidenztabelle Schlüsselfrage 4, Endpunkt Psychopathologische Symptomschwere, Vergleich mit Unterstützung in der eigenen Wohnung	84
Tabelle 28: Evidenztabelle Schlüsselfrage 4, Endpunkt Lebensqualität, Vergleich mit Unterstützung in der eigenen Wohnung.....	86

Tabelle 29: Evidenztabelle Schlüsselfrage 5, Endpunkt Funktionsfähigkeit, Vergleich mit Standardversorgung	89
Tabelle 30: Evidenztabelle Schlüsselfrage 5, Endpunkt Psychische Lebensqualität, Vergleich mit Standardversorgung	91
Tabelle 31: Evidenztabelle Schlüsselfrage 5, Endpunkt Erwerbsstatus, Vergleich mit Standardversorgung	92
Tabelle 32: Evidenztabelle Schlüsselfrage 9, Erfahrungen von Patient:innen und Angehörigen mit frühen Interventionsangeboten	95
Tabelle 33: Evidenztabelle Schlüsselfrage 9, Erfahrungen von Patient:innen mit Psychotherapie bei Selbstverletzungen	96
Tabelle 34: Evidenztabelle Schlüsselfrage 9, Erfahrungen von Kliniker:innen im Umgang mit Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen	98
Tabelle 35: Evidenztabelle Schlüsselfrage 9, Effekt von Shared Decision Making auf Therapeutische Beziehung	101
Tabelle 36: Evidenztabelle Schlüsselfrage 9, Interpersonelle Dynamiken und therapeutische Beziehung	102
Tabelle 37: Evidenztabelle Schlüsselfrage 9, Selbstöffnung und Unmittelbarkeit	104
Tabelle 38: Evidenztabelle Schlüsselfrage 9, Wirkfaktor Zielkonsens und Kooperation	105
Tabelle 39: Evidenztabelle Schlüsselfrage 9, Wirkfaktor Erwartungen an das Behandlungsergebnis	108
Tabelle 40: Evidenztabelle Schlüsselfrage 9, Wirkfaktor Empathie	110
Tabelle 41: Evidenztabelle Schlüsselfrage 9, Wirkfaktor Positive Wertschätzung	112
Tabelle 42: Evidenztabelle Schlüsselfrage 9, Wirkfaktor Realbeziehung	114
Tabelle 43: Evidenztabelle Schlüsselfrage 9, Wirkfaktor Gegenübertragungsmanagement	116
Tabelle 44: Evidenztabelle Schlüsselfrage 9, Wirkfaktor Allianz und Reparatur von Allianzrupturen	118
Tabelle 45: Evidenztabelle Schlüsselfrage 11, Empfehlung 1.1	123
Tabelle 46: Evidenztabelle Schlüsselfrage 11, Empfehlung 1.2	124
Tabelle 47: Evidenztabelle Schlüsselfrage 11, Empfehlung 1.3	126
Tabelle 48: Zusammenfassung Interessenkonfliktmanagement	147
Tabelle 49: Messkriterien zur Implementierung der Leitlinie	150
Tabelle 50: Zur Mitarbeit eingeladene Fachgesellschaften (n=49)	152
Tabelle 51: Beteiligte Fachgesellschaften und Mandatsträger:innen	154
Tabelle 52: Syntax Suchstrategie Schlüsselfrage 1	156
Tabelle 53: Syntax Suchstrategie Schlüsselfrage 2 (Systematische Reviews/Metaanalysen)	162
Tabelle 54: Syntax Suchstrategie Schlüsselfrage 2 (de-novo Recherche)	169
Tabelle 55: Syntax Suchstrategie Schlüsselfragen 3+5	177
Tabelle 56: Syntax Suchstrategie Schlüsselfrage 4	185
Tabelle 57: Syntax Suchstrategie Schlüsselfrage 9	194
Tabelle 58: Syntax Suchstrategie Schlüsselfrage 11	197
Tabelle 59: Schlüsselfragenspezifische Ein- und Ausschlusskriterien	198
Tabelle 60: Informationen zu Evidenz Schlüsselfrage 1	209
Tabelle 61: Informationen zu Evidenz Schlüsselfrage 2	219
Tabelle 62: Informationen zu Evidenz Schlüsselfrage 3	223
Tabelle 63: Informationen zu Evidenz Schlüsselfrage 4	224
Tabelle 64: Informationen zu Evidenz Schlüsselfrage 5	227
Tabelle 65: Informationen zu Evidenz Schlüsselfrage 9	229
Tabelle 66: Informationen zu Evidenz Schlüsselfrage 11	235
Tabelle 67: Kommentare Konsultationsphase	240
Tabelle 68: Zusammenfassung Erklärungen zu Interessenkonflikten	248

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Konzeptionelle förderliche (grün) und hinderliche (rot) Faktoren	148
Abbildung 2: Flowchart Trefferzahlen Schlüsselfrage 1	202
Abbildung 3: Flowchart Trefferzahlen Schlüsselfrage 2	203
Abbildung 4: Flowchart Trefferzahlen Schlüsselfrage 2 de-novo Recherche.....	204
Abbildung 5: Flowchart Trefferzahlen Schlüsselfrage 3 und 5	205
Abbildung 6: Flowchart Trefferzahlen Schlüsselfrage 4	206
Abbildung 7: Flowchart Trefferzahlen Schlüsselfrage 9	207
Abbildung 8: Flowchart Trefferzahlen Schlüsselfrage 11	208

Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
CERQual	Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
HiTOP	Hierarchische Taxonomie der Psychopathologie
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

1. Geltungsbereich und Zweck

1.1. Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas

Ab Januar 2022 gilt mit dem Inkrafttreten der ICD-11 ein neuer Standard in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. Das System kategorialer Diagnosen wird in der ICD-11, ähnlich wie in DSM-5 Teil III, durch ein dimensionales System ersetzt. Mit dieser Leitlinie soll auch die Diagnostik und Behandlung schwerer Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen im Sinne des DSM-5 etabliert werden.

1.2. Zielorientierung der Leitlinie

Übergeordnetes Ziel der Leitlinie ist, die Versorgung von Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen zu verbessern.

Konkrete Ziele der Leitlinie sind

- die Konzeption einer Diagnostik, die unter Berücksichtigung dimensionaler Ansätze auf das Vorliegen einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen abzielt
- die Entwicklung von Empfehlungen zur bedarfsgerechten und ggf. sektorenübergreifenden Behandlung.

Der allgemeine Nutzen der Leitlinie für die psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung ist die Bereitstellung von Entscheidungshilfen für Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die aktuellen Standards entsprechen. Die Leitlinie zeigt, wie die bestehende Evidenz unter dimensional Gesichtspunkten zu bewerten ist und welche Empfehlungen sich daraus für Diagnostik und Behandlung dieser Patient:innen ergeben. Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen sollen von der Leitlinie profitieren, indem sie durch eine treffsichere Diagnostik einen Zugang und eine bedarfsgerechte Versorgung erhalten.

1.3. Zielpopulation (z.B. Patient:innen, Bevölkerung)

Die Leitlinie bezieht sich auf erwachsene (≥ 18 Jahre) Patient:innen jeden Geschlechts, bei denen eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen vorliegt. Der Schweregrad ist hier von Bedeutung, da leichte oder vorübergehende Beeinträchtigungen nicht von der Leitlinie adressiert werden. Persönlichkeitsfunktionen umfassen grundlegende psychische Fähigkeiten, die zur Bewältigung vielfältiger Lebensanforderungen benötigt werden (Bender et al. 2011). Das DSM-5 gliedert Persönlichkeitsfunktionen in die Bereiche des Selbst (Identität und Selbststeuerung) und interpersonelle Beziehungen (Empathie und Nähe), die als stabile Kernkomponenten des intrapsychischen Systems betrachtet werden können (Sharp und Wall 2021). Störungen in den Persönlichkeitsfunktionen können sowohl einen genereller Risiko- oder Vulnerabilitätsfaktor als auch Folge psychischer Erkrankungen sein, was häufig mit einer erhöhten Komorbidität und Chronifizierung verbunden ist (Sharp und Wall 2021; Zimmermann et al. 2023).

Aufgrund der Neuheit des Persönlichkeitsfunktionen-Konstrukts und der Tendenz in der klinischen Forschung, sich an kategorialen Diagnosesystemen zu orientieren, existiert bisher keine ausreichende Evidenzgrundlage an Interventionsstudien, die sich explizit auf die Populationen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen beziehen. Die vorliegende Leitlinie berücksichtigt diese Forschungslücke, indem sie den erwarteten Anteil von Personen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen in etablierten Diagnosekategorien schätzt und Populationen mit einem besonders hohen erwarteten Anteil schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen als Ersatz bzw. Surrogat heranzieht. Dies birgt jedoch das Risiko, dass die in solchen Surrogatpopulationen beobachteten Effekte teilweise mit den spezifischen Merkmalen zusammenhängen und daher nicht uneingeschränkt

auf die eigentliche Zielpopulation der Leitlinie verallgemeinert werden können. Die Generalisierbarkeit wird daher von der Berücksichtigung einer Vielzahl heterogener Diagnosekategorien gestützt, so dass nicht relevante spezifische Anteile der Surrogatpopulationen nivelliert werden.

Personen mit dementiellen Erkrankungen oder Intelligenzminderung sowie Kinder- und Jugendliche sind nicht Teil der Zielpopulation dieser Leitlinie.

1.4. Versorgungsbereich

Die Leitlinie findet Anwendung im ambulanten psychotherapeutischen sowie psychiatrischen Versorgungsbereich. Dies umfasst nicht nur die Behandlung in psychotherapeutischen oder psychiatrischen Praxen, sondern auch die häusliche Versorgung sowie explizit auch das Zusammenwirken verschiedener Professionen (Psychotherapeut:innen, Psychiater:innen, Ergotherapeut:innen, Pfleger:innen, Sozialarbeiter:innen) in sektorenübergreifender Versorgung.

1.5. Anwenderzielgruppe/Adressat:innen

Die Leitlinie gibt Empfehlungen zu Diagnostik und Behandlung schwerer Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen und richtet sich daher an Ärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzt:innen für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie sowie Psychologische Psychotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen, Sozialarbeiter:innen, Hausärzt:innen, Pflegende, Patient:innen sowie deren Angehörige. Alle genannten Zielgruppen waren an der Erstellung der Leitlinie beteiligt.

2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessensgruppen

2.1. Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligte Berufsgruppen

Entwicklergruppe

Die Entwicklergruppe besteht aus Wissenschaftler:innen der Universität Kassel (Leitlinienkoordination, Diagnostik) und der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Methodik, Leitliniensekretariat).

Tabelle 1: Zusammensetzung Entwicklergruppe

Prof. Dr. Cord Benecke	Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie
	Universität Kassel
	Leitlinienkoordination
	wissenschaftliche Mitarbeit: M.Sc.-Psych. Yannik van Haaren
Prof. Dr. Susanne Singer	Professorin für Epidemiologie und Versorgungsforschung
	Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
	Evidenzbasierung, Methodik, Leitlinien-Sekretariat
	wissenschaftliche Mitarbeit: M.Sc.-Psych. Lena Dotzauer, M.Sc. Deborah Engesser, Dr. Katherine J. Taylor
Prof. Dr. Johannes Zimmermann	Professor für Differentielle und Persönlichkeitspsychologie
	Universität Kassel
	Leitung Differentielle Psychologie, Diagnostik
	wissenschaftliche Mitarbeit: M.Sc.-Psych. Leon Wendt

Fachgesellschaften

Insgesamt 49 Fachgesellschaften wurden postalisch oder per E-Mail kontaktiert und zur Mitarbeit an der Leitlinie eingeladen. Die Fachgesellschaften wurden gebeten, bis zum 01.03.2021 eine:n Mandatsträger:in und ggf. eine:n Vertreter:in zu benennen. Zudem wurde das Datum des Kick-off-Meetings mitgeteilt.

Die im Dezember 2021 kontaktierten Fachgesellschaften umfassten all jene, die bei der AWMF unter dem Stichwort „Psychosoziale Fächer“ gelistet sind

(<https://www.awmf.org/fachgesellschaften/mitglieds-gesellschaften.html> (Stand 03.01.2022)) mit Ausnahme der Fachgesellschaften, die sich nur mit Kindern und Jugendlichen befassen, da die Leitlinie sich an Erwachsene richtet. Auch die Deutsche Gesellschaft für Epileptologie e.V., die Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie e.V. und die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. wurde nicht gesondert angeschrieben, da die Erkrankungen bzw. Behandlungssituationen, mit denen diese Fachgesellschaften sich beschäftigen, nicht den in der Leitlinie adressierten Patient:innen entsprechen. Die Liste der anzuschreibenden Fachgesellschaften wurde in Rücksprache mit der federführenden Fachgesellschaft (DGPT), der Leitlinien-Koordination und des Leitlinien-Sekretariats um weitere Fachgesellschaften ergänzt, die inhaltlich passend und wichtig erschienen, die aber nicht Mitglied der AWMF sind (z. B. Ergotherapeut:innen, psychiatrische Pflege). Weiterhin wurde nach Absprache mit der AWMF die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTk) kontaktiert. Im Januar 2023 wurden weiterhin die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) und der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) durch die Leitlinienkoordination kontaktiert. Beim Treffen der Steuerungsgruppe am 22.03.2022 wurde beschlossen, weiterhin die Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie (DGPs) zu kontaktieren. Nach dem Kick-Off-Treffen wurden weiterhin die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG), die Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP e.V.), der Bundesverband

Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE), die Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e. V. (BAG KT), der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK), die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG), der Deutsche Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie e.V. (DAKBT) sowie einzelne Expert:innen des DDPP e.V. (Christiane Montag, Dorothea Haebler, Günter Lempa) kontaktiert. Die vollständige Liste der kontaktierten Fachgesellschaften findet sich in Tabelle 50 im Anhang.

Insgesamt 33 Fachgesellschaften benannten eine:n oder mehrere Mandatstragende. Eine Auflistung aller Mandatstragenden findet sich in Tabelle 51 im Anhang.

Alle Adressaten der Leitlinie sind mit Mandatsträger:innen entsprechender Fachgesellschaften vertreten:

Ärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie

- Dachverband deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.

Ärzt:innen für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie

- Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V.

(Psychologische) Psychotherapeut:innen

- Bundespsychotherapeutenkammer
- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.
- Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V.
- Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/Psychodynamische Psychotherapie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V., Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie
- Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft e.V.
- Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V.
- Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V.
- Systemische Gesellschaft - Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V.

Sozialarbeiter:innen

- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.

Hausärzt:innen

- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.

Pflegende

- Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V.

Ergotherapeut:innen, Künstlerische Therapien

- Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V.
- Deutscher Verband Ergotherapie e.V.

Patient:innen und Angehörige

- Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.
- Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.

Multidisziplinäre Fachgesellschaften

- Arbeitsgemeinschaft Psychodynamischer Professorinnen und Professoren e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation e.V.
- Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen e.V.

Steuerungsgruppe

Auch in der Steuerungsgruppe waren Personen mit verschiedener Expertise vertreten:

Tabelle 2: Zusammensetzung der Steuerungsgruppe

Dipl.-Psych. Georg Schäfer	Federführende Fachgesellschaft
Prof. Dr. Cord Benecke	Leitlinienkoordination
Prof. Dr. Susanne Singer	Evidenzbasierung, Methodik, LL-Sekretariat
Dipl.-Psych. Jürgen Matzat	Patientenperspektive
Dr. Christian Dürich	Ambulante Psychotherapie
Prof. Dr. Johannes Kruse	Psychosomatische Medizin
Prof. Dr. Johannes Zimmermann	Differentielle Psychologie, Diagnostik
Prof. Dr. Sabine Herpertz	Psychiatrie und Psychotherapie
Hauke Felix Wiegand MD/PhD	Psychiatrische Versorgungsforschung
Jacqueline Rixe	Psychiatrische Pflege
Prof. Dr. Reinhard Lindner	Soziale Arbeit
Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers	Ärztliche Psychotherapie

Beim Steuerungsgruppentreffen am 22.03.2022 wurde überlegt, dass Verhaltenstherapie dort noch stärker vertreten sein soll. Daher wurde zunächst Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers in die Steuerungsgruppe berufen. Dieser zog sein Mandat aus persönlichen Gründen im Juni 2022. Seine Fachgesellschaft wurde mehrfach kontaktiert und gebeten, alternative Ansprechpartner zu nennen, was aber nicht erfolgte. Im April 2023 konnte er seine Arbeit in der Steuerungsgruppe wieder aufnehmen.

2.2. Repräsentativität der Leitliniengruppe: Berücksichtigung der Ansichten und Präferenzen der Zielpopulation (z.B. Patient:innen/Bevölkerung)

Die Patient:innen und Angehörigen waren in der Leitliniengruppe dreifach vertreten. Jürgen Matzat war schon während der Projektentwicklung und Antragstellung als Kooperationspartner eingebunden und zudem sowohl als abstimmender Mandatsträger für die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen als auch als Mitglied der Steuerungsgruppe tätig.

Jurand Daszkowski und Kaveh Tarbiat waren jeweils als Mandatstragende für den Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. bzw. den Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. tätig.

Die Mandatstragenden brachten die Sichtweise von Patient:innen bzw. Angehörigen vor allem im Rahmen der Diskussionen bei den Konsensuskonferenzen ein. Daraufhin wurden entsprechende Anpassungen der Empfehlungen bzw. Ergänzungen in den Hintergrundtexten vorgenommen.

3. Genauigkeit der Leitlinienentwicklung

3.1. Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung)

3.1.1. Formulierung von klinisch relevanten Fragestellungen, Priorisierung von Endpunkten

Für die Evidenzrecherche wurden Schlüsselfragen durch die Entwicklergruppe entworfen, die von der Steuerungsgruppe überarbeitet und anschließend durch die Mandatsträger:innen diskutiert und konsentiert wurden.

Schlüsselfragen mit systematischer Literaturrecherche

Für die folgenden Schlüsselfragen wurde eine systematische Literaturrecherche vorgenommen:

Schlüsselfrage 1:

Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante Psychotherapie erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Diese Frage wurde hinsichtlich zweier Kriterien beantwortet: Dosis/Dauer/Frequenz der Behandlung und Behandlung als Einzel-/Gruppentherapie oder beides.

Diese Frage wurde auf Basis von Studien mit in Deutschland als Kassenleistung abrechenbaren Formen von Psychotherapie beantwortet.

Schlüsselfrage 2:

Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die online Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung erhalten, ein schlechteres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Schlüsselfrage 3:

Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulant und stationär abgestimmte Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Schlüsselfrage 4:

Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die in „besonderen Wohnformen“ unter einem Dach wohnen, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Um die Versorgungsrealität in Deutschland adäquat abbilden zu können und Schwierigkeiten

mit der Übertragbarkeit internationaler Studien auf den deutschen Versorgungskontext zu vermeiden, wurde diese Frage auf Basis von in Deutschland durchgeführten Studien beantwortet.

Schlüsselfrage 5:

Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante koordinierte Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

„Unspezifizierte Kontrollbedingung“ bedeutet hier jeweils, dass keine bestimmte Vergleichsgruppe festgelegt wurde. Stattdessen wurden die Studienergebnisse separat nach den in den Studien vorhandenen Vergleichsgruppen berichtet. Analog bedeutet das unspezifizierte „Outcome“, dass die Studienergebnisse separat nach den in den Studien untersuchten Endpunkten berichtet werden. Hierfür wurden pro Schlüsselfrage relevante Endpunkte festgelegt und von den Mandatstragenden priorisiert (siehe 3.1.3).

Die folgenden zwei Schlüsselfragen wurden von den Arbeitsgruppen systematisch recherchiert.

Schlüsselfrage 9:

Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?

Arbeitsgruppenleitung: Prof. Dr. Susanne Singer

Mitarbeit: Dr. Wolfgang Dillo, Benedikt Waldherr, Prof. Dr. Wolfgang Milch, Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers, PD Dr. Christiane Montag, Prof. Dr. Dorothea von Haebler, Jacqueline Rixe

Schlüsselfrage 11:

Hat dimensionale Diagnostik einen Vorteil gegenüber nicht-dimensionaler Diagnostik für Patient:innen und/oder Versorger (z. B. bessere Arzt-Patienten-Kommunikation, größere Zufriedenheit mit Behandlung, geringere Stigmatisierungserfahrung)?

Arbeitsgruppenleitung: Prof. Dr. Johannes Zimmermann und Leon Wendt, M.Sc.

Mitarbeit: Prof. Dr. Thomas Kubiak, Prof. Dr. Sabine C. Herpertz, Prof. Dr. Gabriele Helga Franke, Karsten Giertz

Schlüsselfragen ohne systematische Literaturrecherche

Weitere Schlüsselfragen werden nicht systematisch recherchiert, sondern hier wurden die Empfehlungen basierend auf narrativen Reviews von Arbeitsgruppen bestehend aus Mandatsträger:innen mit Expertise zu den einzelnen Themenbereichen erarbeitet. Dazu wurden die Mandatsträger:innen am 12.10.2022 sowie 24.10.2022 gebeten, sich den verschiedenen Schlüsselfragen zuzuordnen.

Schlüsselfrage 6:

Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante Begleitung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Arbeitsgruppenleitung: Jacqueline Rixe, M.Sc. und Prof. Dr. Sabine Weißflog

Mitarbeit: Cornelia Schumacher, Hannah Eversmann, Prof. Dr. Judith Ommert, Karsten Giertz, Claudia Engel-Diouf, Jurand Daszkowski

(Zunächst gab es separate Schlüsselfragen zu aufsuchender Versorgung, psychosozialer Betreuung und ambulanter psychiatrischer Pflege. Wegen inhaltlichen Überschneidungen

wurden diese Fragen am 27.09.2022 in Absprache mit Jacqueline Rixe und Prof. Dr. Sabine Weißflog zur Schlüsselfrage nach ambulanter Begleitung zusammengefasst.)

Schlüsselfrage 7:

Ist Psychotherapie mit Behandlungsvertrag bei Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen wirksamer als ohne Behandlungsvertrag?

Arbeitsgruppenleitung: Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter

Mitarbeit: Prof. Dr. Klaus Michael Reininger, Jurand Daszkowski, Karsten Giertz, Dr. Judith Siegl

Schlüsselfrage 8:

Wann sollten Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen (teil-)stationär aufgenommen werden?

Arbeitsgruppenleitung: Prof. Dr. Carsten Spitzer, Hauke Felix Wiegand MD/PhD, Prof. Dr. Johannes Kruse

Mitarbeit: Dr. Wolfgang Kupsch, Dr. Christian Dürich, Prof. Dr. Katja Wingenfeld, Dr. Eva Fassbinder

Schlüsselfrage 10:

Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die langfristige/kontinuierliche hausärztliche Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die keine Gespräche erhalten?

Arbeitsgruppenleitung: Olaf Reddemann und Dr. Thomas Steger

Mitarbeit: Prof. Dr. Beate Muschalla, Prof. Dr. Reinhard Lindner, Kaveh Tarbiat

Schlüsselfrage 12:

Bestehen bei schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen Indikationen für eine psychopharmakologische Therapie und wenn ja welche?

Arbeitsgruppenleitung: Hauke Felix Wiegand MD/PhD

Mitarbeit: Dr. Christian Dürich

Vonseiten der AWMF (Dr. Monika Nothacker) gab es keine Einwände, dass in den Arbeitsgruppen sowohl ein:e Mandatstragende als auch deren/dessen Stellvertretung teilnimmt.

Versorgungskontext

Die Fragen sind insofern in den Versorgungskontext eingebettet, als dass sie einerseits dem komplexen Behandlungsbedarf dieser Patientengruppe Rechnung tragen, indem mit den Fragen 3, 4, 5, 6, 8, 9 und 10 die Behandlung durch verschiedene Professionen sowie das Potential der Zusammenarbeit verschiedener Professionen untersucht wird.

Der Fokus der Untersuchung bestimmter Versorgungsformen lag bei der Psychotherapie mit den Fragen 1 und 7 und weniger auf der medikamentösen Versorgung (Frage 12). Andererseits nimmt die Leitlinie mit den Fragen 2 und 11 auch Bezug zu aktuellen Trends zw. Neuerungen in der Versorgung sowie neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Diagnostik.

Expertenumfrage

Im Rahmen der Leitlinie wurde zudem eine Online-Befragung von 346 Professionellen aus dem Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung durchgeführt, darunter Fachärzt:innen für Psychosomatik und Psychotherapie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeut:innen, Psychotherapeut:innen in Ausbildung sowie Professionelle aus angrenzenden Bereichen wie Soziale Arbeit, Kunsttherapie, Ergotherapie, Systemische Therapie oder Pflege (Wendt et al. 2024b). Ziel dieser Befragung für die Leitlinie war es, die Verteilung von

Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen bei Patient:innen für bestimmte Diagnosekategorien abzuschätzen, um eine „Übersetzung“ zu ermöglichen und gleichzeitig die Auswahl der Zielpopulationen im Rahmen der systematischen Literaturrecherche zu den Schlüsselfragen 1-5 und 9 empirisch abzusichern.

Die Professionellen machten Angaben zu ihren demographischen Daten, ihrer Berufserfahrung und zu mindestens einem (aktuellen oder ehemaligen) Patienten. Die Rekrutierung erfolgte auf freiwilliger Basis über E-Mail-Verteiler deutscher Berufsverbände im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung und staatlich anerkannter psychotherapeutischer Ausbildungsstätten.

Den Professionellen wurden 38 diagnostische Kategorien psychischer und Verhaltensstörungen nach ICD-10 (und teilweise ICD-11) vorgelegt und sie wurden gebeten, für mindestens eine zufällig ausgewählte diagnostische Kategorie einen Patienten auszuwählen, den sie aus ihrer klinischen Arbeit gut kannten und der mit hoher Wahrscheinlichkeit die diagnostischen Kriterien erfüllte. Dieser Patient wurde dann u.a. hinsichtlich der Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen zu Beginn der Behandlung mit Hilfe einer deutschsprachigen Kurzform der Level of Personality Functioning Scale beschrieben. Darüber hinaus wurden Fragen zum Behandlungsverlauf und zu weiteren behandlungsrelevanten Merkmalen wie Prognose, tatsächlich erhaltene und optimale Behandlungskomponenten gestellt.

Kategoriale Diagnosen zur Beschreibung von Patient:innen wurden eingeschlossen, wenn von schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen auszugehen ist oder ihre Prävalenzrate in Deutschland substantiell ist (Jacobi et al. 2014). Bei der Auswahl der zu beschreibenden Personen hatten die Professionellen die freie Wahl zwischen Patient:innen, bei denen die Diagnose als Haupt- oder Nebendiagnose gestellt wurde, bei denen die Diagnose eine Verdachtsdiagnose war, bei denen die Diagnose nicht formal erfasst wurde oder bei denen die Diagnosekriterien im Verlauf der therapeutischen Behandlung (z. B. aufgrund einer Besserung der Symptomatik) nicht mehr erfüllt wurden. Die ausgewählten Patient:innen wurden dann beschrieben, wobei Informationen zur Demografie, zum Funktionsniveau der Persönlichkeit, zu (optimalen) Behandlungsentscheidungen und zu Behandlungsergebnissen (z.B. Prognose, optimale Behandlungsmodalitäten) gegeben wurden.

Nach der vollständigen Beschreibung eines Patienten stand es den Professionellen frei, eine beliebige Anzahl weiterer Patienten anderer (zufällig ausgewählter) Diagnosekategorien zu beschreiben. Insgesamt wurden von den 346 Professionellen 1403 Patient:innen beschrieben.

3.1.2. Systematische Recherche

Leitlinien

In Absprache mit der AWMF wurde auf eine Recherche internationaler Leitlinien verzichtet. Stattdessen wurden alle im AWMF-Leitlinienregister verzeichneten themenrelevanten Leitlinien berücksichtigt. Dazu wurde zunächst bei einem Treffen der Entwicklergruppe am 20.07.2022 Inhalte und Abgrenzungen zu themenverwandten S2- und S3-Leitlinien diskutiert.

Leitlinien, die vorgestellt und diskutiert wurden, sind:

- 038 – 009, Schizophrenie
- 038 – 015, Borderline-Persönlichkeitsstörung, geplante Fertigstellung 31.03.2021
- 038 – 017, Zwangsstörungen
- 038 – 019, Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen
- 038 – 020, Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
- 038 – 022, Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen

- 051 – 028, Angststörungen
- 051 – 030 Depersonalisations-Derealisationssyndrom, Diagnostik und Behandlung
- Nvl – 005 Nationale Versorgungsleitlinie Depression (ab 30.06.22)
- 051 – 001 funktionelle Körperbeschwerden

Darüber hinaus wurden die Autor:innen der S3 Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ zur Abstimmung kontaktiert und es fanden mehrere ausführliche Gespräche dazu statt. Unsere Schlüsselfragen wurden ihnen übermittelt.

Die Entwicklergruppe entschied nach ihrem Treffen am 20.07.2022, dass

1. alle Empfehlungen und Statements der themenverwandten Leitlinien extrahiert und unseren Schlüsselfragen zugeordnet werden sollten
2. weitere Leitlinien aus dem AWMF Register eingeschlossen werden sollten.

Das AWMF Leitlinienregister wurde daraufhin erneut durchsucht. Alle Leitlinien, die einen möglichen thematischen Bezug zu schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen erkennen ließen, wurden eingeschlossen und ihre Empfehlungen und Statements extrahiert. Daraus wurde zur Übersicht über die darin enthaltenen Empfehlungen ein „Leitlinien-Mapping“ (Wendt et al., 2024a) erstellt. Hierzu wurden die Empfehlungen in einer Excel-Tabelle gelistet. Jede Empfehlung wurde auf Relevanz für die Schlüsselfragen überprüft. Darüber hinaus wurden die Empfehlungen hinsichtlich ihrer Eigenschaften (Diagnose, Veröffentlichungsdatum, Empfehlungsgrad) sowie ihrer Relevanz für verschiedener Kriterien (z.B. Partizipative Entscheidungsfindung, Komorbidität, Somatische Therapieverfahren) kategorisiert. Die Excel-Tabelle wurde allen Arbeitsgruppen zur Verfügung gestellt.

Die im Leitlinien-Mapping eingeschlossenen Leitlinien sind:

- S3-Leitlinie Schizophrenie
- S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Störungen
- S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen
- Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression
- S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung des Depersonalisations-Derealisationssyndroms
- S3 Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden
- S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen
- S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“
- S3-Leitlinie Zwangsstörungen
- S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen
- S3-Leitlinie ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen
- S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen
- S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016
- S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung
- S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 1: Diagnostik
- S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 2: Therapie

Systematische Recherche

Zunächst wurden die Schlüsselfragen 1-5 systematisch recherchiert wie folgend beschrieben. Da die Recherche für alle fünf Schlüsselfragen gemeinsam entwickelt wurde, werden diese im folgenden auch gemeinsam beschrieben, um Redundanzen zu vermeiden.

Bei der Konsensuskonferenz am 14. Februar 2024 wurde auf Anraten der AWMF beschlossen, dass die Arbeitsgruppen 9 und 11 die Schlüsselfrage 9 und 11 ebenfalls nachträglich systematisch recherchieren. Daher werden diese im folgenden separat von den Schlüsselfragen 1-5 beschrieben. Die Recherche bei der Schlüsselfrage 9 orientierte sich dabei an der Recherche der Schlüsselfragen 1-5. Die Schlüsselfrage 11 orientierte sich ebenfalls an den Schlüsselfragen 1 bis 5, jedoch musste die Vorgehensweise für die Recherche, Beschreibung und Evidenzgraduierung in einigen Punkten angepasst werden. Hintergrund ist, dass die für Interventionsstudien konzipierten Methoden (z. B. PICO-Schema, GRADE-Kriterien) nur sehr bedingt auf Forschung zu diagnostischen Instrumenten übertragbar ist. Diese folgt in der Regel gesonderten Ansätzen.

Schlüsselfragen 1-5

Datenbanken

Die Suche zu den Schlüsselfragen 1, 2, 3 und 5 wurden in den Datenbanken PubMed/MEDLINE, Cochrane, Web of Science und PsycInfo durchgeführt.

Für die Schlüsselfrage 4 sowie die de-novo Recherche der Schlüsselfrage 2 (siehe 3.1.3 Studiendesigns) wurde zusätzlich in den Datenbanken bibnet und Psyn dex recherchiert. Da diese Suche bei Schlüsselfrage 4 keine klar zutreffenden Studien ergab, wurden hier weiterhin die Referenzen aller nach dem Abstractscreening zutreffenden Studien durchsucht.

Entwicklung der Suchstrategie

Zur Vorbereitung der Suchstrategie wurde die Schlagwortdatenbank „MeSH“ der PubMed Datenbank gesichtet und relevanten Begriffen für Patient:innen und Interventionen extrahiert. Anschließend wurden gezielt relevante Publikationen in PubMed gesichtet und deren Verschlagwortung auf Übereinstimmung mit den bereits im ersten Schritt gefundenen Schlagworten überprüft. Weiterhin wurden relevante Synonyme für Patientencharakteristika und Interventionen identifiziert.

Die Suchstrategie wurde zunächst in PubMed entwickelt und anschließend für die restlichen Datenbanken übersetzt. Die vollständige Syntax findet sich in den Tabelle 52-56 im Anhang. Für die Suche wurden Filter angewendet, um Publikationen in Bezug auf Kinder auszuschließen (Filter aus (Ket et al. 2019; Leclercq et al. 2013)) und die Suche auf Systematische Reviews und Metaanalysen zu beschränken (Filter aus Salvador-Oliván et al. 2021; CADTH Search Filters Database 2022).

Für Schlüsselfrage 4 wurde ein Filter nach Pieper et al. 2015 verwendet, um deutsche Studien zu identifizieren. Von der Expertengruppe zu sozialer Arbeit wurden zusätzlich 16 Publikationen beige steuert.

Für die de-novo Recherche auf Einzelstudienniveau für Schlüsselfrage 2 wurde die Suchstrategie angepasst, indem die fehlende medizinisch-therapeutische Begleitung gezielter in der Syntax formuliert wurde. In den deutschen Datenbanken wurde gezielt nach „Digitalen Gesundheitsanwendungen“ gesucht, die per Definition unbegleitet sind.

Die Schlüsselfragen 3 und 5 wurden zusammen mit einer Suchstrategie gesucht und eine Differenzierung nach ambulanter oder ambulant-stationär koordinierten Versorgung erst im Volltextscreening vorgenommen, da für die Differenzierung genaue Informationen nötig waren. Das Suchergebnis zur Schlüsselfrage 4 enthielt auch für Schlüsselfrage 3+5 relevante Studien. Diese wurden für das Volltextscreening von Schlüsselfrage 3+5 verwendet. Genauso wurde bei

den restlichen markiert, falls für andere Schlüsselfragen relevante Studien im Suchergebnis enthalten waren.

Eine grafische Darstellung der Trefferzahlen findet sich in den Abbildungen 2-6 im Anhang.

Tabelle 3: Trefferanzahlen systematische Literaturrecherche Schlüsselfragen 1-5 Abstractscreening

Schlüsselfrage 1 – ambulante Psychotherapie	
Suchzeitraum	01.01.2015 – 31.08.2022
PubMed	515
Cochrane	103
PsycInfo	456
Web of Science	668
Gesamtanzahl	1742
Duplikate	422
nicht deutsch/englischsprachiger Titel	3
Gesamtanzahl abzüglich Duplikate	1320
Schlüsselfrage 2 - online Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung (Systematische Reviews/Metaanalysen)	
Suchzeitraum	01.01.2015 – 31.08.2022
PubMed	84
Cochrane	32
PsycInfo	48
Web of Science	119
Gesamtanzahl	283
Duplikate	71
Gesamtanzahl abzüglich Duplikate	212
Schlüsselfrage 2 - online Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung (de-novo Recherche Einzelstudien)	
Suchzeitraum	01.01.2015 – 01.05.2023
PubMed	12
Cochrane	23
PsycInfo	3
Web of Science	7
bibnet	1
Psyndex	169
Gesamtanzahl	215
Duplikate	30
Gesamtanzahl abzüglich Duplikate	185
Schlüsselfrage 3 + 5 - ambulant und stationär abgestimmte Versorgung + ambulante koordinierte Versorgung	
Suchzeitraum	01.01.2015 – 31.08.2022
PubMed	177
Cochrane	33
PsycInfo	172
Web of Science	393
Gesamtanzahl	775
Duplikate	159
Gesamtanzahl abzüglich Duplikate	616
Schlüsselfrage 4 - „besondere Wohnformen“ unter einem Dach	
Suchzeitraum	01.01.2015 – 31.08.2022
PubMed	9

Cochrane	0
PsycInfo	9
Web of Science	2
bibnet	0
Psyndex	141
Expertengruppe soziale Arbeit	16
Gesamtanzahl	177
Duplikate	8
Gesamtanzahl abzüglich Duplikate	169

Tabelle 4: Trefferanzahlen systematische Literaturrecherche Schlüsselfragen 1-5 Volltextscreening

Schlüsselfrage 1 – ambulante Psychotherapie	
Gesamtanzahl zu screenender Volltexte nach Abstractscreening	352
zutreffende Studien nach Volltextscreening	13
Schlüsselfrage 2 - online Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung	
Gesamtanzahl zu screenender Volltexte nach Abstractscreening (Systematische Reviews/ Metaanalysen)	71
zutreffende Studien nach Volltextscreening (Systematische Reviews/Metaanalysen)	0
Gesamtanzahl zu screenender Volltexte (Einzelstudien)	19
zutreffende Studien nach Volltextscreening (Einzelstudien)	3
Schlüsselfrage 3 +5 - ambulant und stationär abgestimmte Versorgung + ambulante koordinierte Versorgung	
Gesamtanzahl zu screenender Volltexte nach Abstractscreening	86 + 2 für Schlüsselfrage 3+5 relevante Studien aus der Suche für Schlüsselfrage 4
zutreffende Studien nach Volltextscreening	3 (davon 2 für Schlüsselfrage 5, 1 für Schlüsselfrage 3)
Schlüsselfrage 4 - „besondere Wohnformen“ unter einem Dach	
Gesamtanzahl zu screenender Volltexte nach Abstractscreening	21
zutreffende Studien nach Volltextscreening	0
Screening aller Referenzen der Studien im Volltextscreening: Anzahl Abstracts aus Referenzen	499
Gesamtanzahl zu screenender Volltexte nach Abstractscreening der Referenzen	35

zutreffende Studien nach Screening der Referenzen	2
---	---

Schlüsselfrage 9

Datenbanken

Die Schlüsselfrage 9 wurde in den Datenbanken PubMed/MEDLINE sowie Web of Science gesucht.

Entwicklung der Suchstrategie

Die Suchstrategie wurde basierend auf den Strategien der Schlüsselfragen 1-5 entwickelt, das heißt die Suchterme für die Definition der Patient:innen wurden beibehalten, ergänzt um den Terme „psychotherapy“ und „psychotherapist“, um eine sensitivere Suche zu erzielen.

Die Suchterme für die „Interventionen“ wurden basierend auf der von der Task Force „Evidence-based relationships and responsiveness“ der American Psychological Association (Norcross & Lambert, 2011; Norcross & Lambert, 2018) erarbeiteten wirksamen Elemente der therapeutischen Beziehung erstellt.

Filter wurden analog zu den Schlüsselfragen 1-5 verwendet, jedoch wurden nur Meta-Analysen einbezogen.

Die Suchterme befinden sich im Anhang, Tabelle 57.

Eine grafische Darstellung der Trefferzahlen findet sich in Abbildung 7 im Anhang.

Tabelle 5: Trefferanzahlen systematische Literaturrecherche Schlüsselfrage 9 Abstractscreening

Schlüsselfrage 9 – therapeutische Beziehung	
Suchzeitraum	01.01.2015 – 17.04.2024
PubMed	23
Web of Science	20
Gesamtanzahl	43
Duplikate	9
nicht deutsch/englischsprachiger Titel	0
Gesamtanzahl abzüglich Duplikate	35

Tabelle 6: Trefferanzahlen systematische Literaturrecherche Schlüsselfrage 9 Volltextscreening

Schlüsselfrage 9 – therapeutische Beziehung	
Gesamtanzahl zu screenender Volltexte nach Abstractscreening	26
zutreffende Meta-Analysen nach Lesen der Volltexte	17

Schlüsselfrage 11

Datenbanken

Die Schlüsselfrage 11 wurde in den Datenbanken PubMed/MEDLINE, Cochrane, Web of Science und PsycInfo gesucht.

Entwicklung der Suchstrategie

Als Suchbegriffe wurden Synonyme für die Persönlichkeitsfunktionen verwendet. Zusätzlich wurde die Suche innerhalb der Datenbank auf Reviews und Metaanalysen sowie den Suchzeitraum 2015 bis 2023 begrenzt. Zusätzlich wurden die der Arbeitsgruppe bekannten Primärstudien aus 2023 eingeschlossen, sofern diese nicht bereits im Rahmen der Suchstrategie in Datenbanken identifiziert wurden. Die Suchstrategie findet sich in Tabelle 58 im Anhang.

Eine grafische Darstellung der Trefferzahlen findet sich in Abbildung 8 im Anhang.

Tabelle 7: Trefferanzahlen systematische Literaturrecherche Schlüsselfrage 11 Abstractscreening

Schlüsselfrage 11 – dimensionale Diagnostik	
Suchzeitraum	2015-2023
PubMed	19
Cochrane	0
PsycInfo	1
Web of Science	16
Gesamtanzahl	36
Duplikate	13
nicht deutsch/englischsprachiger Titel	0
Gesamtanzahl abzüglich Duplikate	23

Tabelle 8: Trefferanzahlen systematische Literaturrecherche Schlüsselfrage 11 Volltextscreening

Schlüsselfrage 11 – dimensionale Diagnostik	
Gesamtanzahl zu screenender Volltexte nach Abstractscreening	14
zutreffende Studien nach Volltextscreening	10

3.1.3. Auswahl der zu bewertenden Publikationen

Schlüsselfragen 1-5

Da das Konzept der (dimensionalen) Persönlichkeitsfunktionen erst von kurzem in ICD und DSM eingeführt wurde, war absehbar, dass sich die Evidenzrecherche bei der Festlegung der Patient:innen (P im PICO-Schema) nicht auf dieses Konzept beziehen konnte, sondern auf Studien, die noch die kategoriale Diagnostik verwendet haben.

Deshalb wurden die Ein- und Ausschlusskriterien für die Patient:innen (P im PICO-Schema) in der systematische Literaturrecherche basierend auf ICD- und DSM-Diagnosen festgelegt. Die Entwicklergruppe machte dazu einen Vorschlag, der beim Kick-Off-Meeting konsentiert und anschließend durch die Steuerungsgruppe ergänzt wurde.

Einschlusskriterien

Zielpopulation (P)

Schwere Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen werden insbesondere bei Patient:innen mit folgenden diagnostizierten Erkrankungen erwartet:

- Behandlungsresistente/Chronische Depression, Double-depression
- Schwere/Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
- Schizophrenie
- Psychotische Störungen
- Psychotisch affektive Störungen
- Paranoide Störungen
- Persönlichkeitsstörungen (alle Formen)
- Dissoziative Identitätsstörungen
- Somatisierungsstörungen

Wird in Studien für eine dieser Erkrankungen ein frühes Stadium explizit erwähnt, entspricht diese nicht mehr den Einschlusskriterien.

Wird keine Erkrankungsdauer berichtet, wurde bei den oben genannten Erkrankungen von einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen ausgegangen (Depression ohne den Zusatz „behandlungsresistent“, „chronisch“ o.ä. wurde nicht als schwere Beeinträchtigung gezählt. Die Posttraumatische Belastungsstörung wurde auch ohne Zusatz als schwere Beeinträchtigung gewertet).

Bestanden die Stichproben der Studien aus **Patient:innen verschiedener Diagnosen**, wurde wie folgt vorgegangen. Stichproben mit Patient:innen mit Schizophrenie und Bipolarer Störung wurden als zutreffend gewertet. In allen anderen Fällen wurde berechnet, ob > 70 % der Patient:innen eine der oben genannten Erkrankungen haben. Falls ja, wurde die Patientendefinition als zutreffend gewertet.

Als **multimorbid** gelten Patient:innen mit mehreren psychischen Erkrankungen. Auch somatisch koerkrankte Patient:innen wurden in die Evidenzrecherche eingeschlossen. Bei Vorliegen „nur“ einer psychischen Erkrankung galten Personen in dieser Leitlinie nicht als multimorbid.

Bei den Schlüsselfragen 1, 2 und 5, die sich mit **ambulanter Versorgung** beschäftigen, wurden Studien, deren Stichproben aus stationären Patient:innen bestand oder auch stationäre Patient:innen enthielten, ausgeschlossen. Gab es keinen Hinweis, ob es sich um stationäre oder ambulante Patient:innen handelte, wurden die Studien eingeschlossen.

Während des Screenings wurden weitere Ein- und Ausschlusskriterien spezifisch für die einzelnen Schlüsselfragen definiert. Diese finden sich im Anhang Tabelle 59.

Es wird davon ausgegangen, dass die Ergebnisse der Recherche (mit einer gewissen Unsicherheit übertragbar auf Personen mit einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen übertragbar sind. Anhand der Ergebnisse der Expertenbefragung (Wendt et al. 2024b) wurde ermittelt und in den Evidenztabellen dargestellt, bei welchem Anteil der Patient:innen in den eingeschlossenen Studien von einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen ausgegangen werden kann.

Intervention (I)

Die Definition der Intervention richtete sich nach der jeweiligen Schlüsselfrage.

Bei Übersichtsarbeiten, die Studien mit verschiedenen Interventionen einschlossen, wurde analog zum Vorgehen bei der Zielpopulation das Kriterium von > 70 % angewendet. Um

eingeschlossen zu werden, musste bei > 70 % der Patient:innen in einer Studie die Intervention zutreffen.

Vergleichsbedingung (C)

„Unspezifizierte Kontrollbedingung“ bedeutet hier, dass keine bestimmte Vergleichsgruppe festgelegt wurde. Stattdessen wurden die Studienergebnisse separat nach den in den Studien vorhandenen Vergleichsgruppen berichtet. Ausgeschlossen wurde jedoch der Vergleich mit einer in Dosis/Dauer/Frequenz gleichen Intervention, ein prä-post-Vergleich ohne Kontrollgruppe sowie Vergleiche zwischen medikamentös unterstützter Psychotherapie mit nur Psychotherapie und Medikament A unterstützter Psychotherapie mit Medikament B.

Als Limitation ist hier anzumerken, dass die Betitelung der Kontrollgruppen in den eingeschlossenen Studien nicht immer vergleichbar bzw. trennscharf war. So wurde beispielsweise Medikation zum Teil als „treatment as usual“ und zum Teil als „aktive Kontrollgruppe“ angesehen. Gab es in den Metaanalysen genaue Hinweise zur Kontrollgruppe, wurde in den Evidenztabelle angegeben, was mit „treatment as usual“ oder „aktiver Kontrollgruppe“ jeweils gemeint war.

Endpunkte (O)

Studien, die keine Effektschätzer berichteten oder Effektschätzer nicht separat für verschiedene Vergleichsgruppen berichteten, wurden ausgeschlossen. Ausgenommen hiervon waren qualitative Studien.

Aus den nach dem Volltextscreening zutreffenden Studien wurden alle Endpunkte extrahiert, die Effektschätzer separat für verschiedene Behandlungsgruppen berichteten und – im Falle der Metaanalysen bei Schlüsselfrage 1 und 5 – Metaschätzer enthielten. Die Mandatstragenden sowie die Steuerungsgruppe wurden im Rahmen einer Onlineumfrage gebeten, die Endpunkte für die Schlüsselfragen 1, 2, 3 und 5 auf einer Skala nach Wichtigkeit zu priorisieren. Die am höchsten priorisierten Endpunkte wurden dann für die Erstellung der Evidenztabelle genutzt (Details siehe unten).

Für die Schlüsselfrage 4 lag nach dem Screening bereits eine so begrenzte Anzahl an Endpunkte vor, dass diese nicht selektiert werden mussten, das heißt alle Endpunkte wurden für die Evidenztabelle verwendet.

Für die Schlüsselfragen 1, 2 und 5 wurden die 3 höchstpriorisierten Endpunkte ausgewählt.

Diese waren:

Schlüsselfrage 1:

- Funktionsfähigkeit
- Störungsspezifische Symptome
- Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

Schlüsselfrage 2:

- Funktionsfähigkeit
- Störungsspezifische Symptome
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Schlüsselfrage 5:

- Funktionsfähigkeit
- Mentale Lebensqualität
- Erwerbsstatus

Bei den „störungsspezifischen Symptomen“ wurden jeweils diejenigen Endpunkte aus den Metaanalysen in die Evidenztabelle aufgenommen, die als „primary outcomes“ definiert waren. Gründe für dieses Vorgehen waren:

- So konnte eine neutrale Selektion der z. T. zahlreichen Endpunkte erreicht werden.
- So wurde jeweils die „Haupt-“ Symptomatik für die jeweils untersuchte Patientenpopulation in die Evidenztabelle integriert.
- So wurden die statistisch aussagekräftigsten Ergebnisse selektiert, da die Fallzahlberechnung in den Metaanalysen zugrundeliegenden Studien meist für die entsprechenden Endpunkte ausgelegt war.

Da nur je eine Einzelstudie für die Schlüsselfragen 3 und 4 vorlag, wurden alle (Schlüsselfrage 4) bzw. die 5 höchstpriorisierten (Schlüsselfrage 3) Endpunkte für die Evidenztabelle verwendet:
Schlüsselfrage 3:

- Psychosoziales Funktionsniveau
- Subjektive Lebensqualität
- Veränderung der Symptomatik
- Behandlungssadhärenz
- Häufigkeit der stationären Behandlung

Schlüsselfrage 4:

- Soziales Funktionsniveau
- Einweisungen ins psychiatrische Krankenhaus
- Psychopathologische Symptomschwere
- Lebensqualität

Studiendesign

Für die Schlüsselfragen 1, 2, 3, und 5 wurde nach Systematischen Reviews und Metaanalysen ab dem Jahr 2015 gesucht.

Originalarbeiten ab 2015 gesucht, hierbei gab es keine Beschränkung auf bestimmte Studiendesigns, jedoch auf Deutschland (siehe Kontext).

Für die Schlüsselfrage 2 wurde nach der ersten, auf Systematische Reviews und Metaanalysen beschränkten, Suche eine de-novo Recherche auf Einzelstudieniveau durchgeführt, da zu wenige Treffer bei der Suche nach aggregierter Evidenz erreicht wurden.

Sprache

Deutsch oder Englisch

Kontext

Ambulante Versorgung sowie Zusammenarbeit ambulante/stationäre Versorgung.

Die Leitlinie fokussiert sich auf die ambulante Versorgung und bezieht den stationären Bereich daher nur im Kontext der sektorenübergreifenden Versorgung ein.

Bei Schlüsselfrage 1 (ambulante Psychotherapie) schlossen wir nur Studien ein, die in Deutschland über die Krankenkasse abrechenbare Psychotherapieverfahren untersucht haben.

Bei Schlüsselfrage 4 (besondere Wohnformen unter einem Dach) schlossen wir nur in Deutschland durchgeführte Studien ein, da von Mandatstragenden mit entsprechender Expertise darauf hingewiesen wurde, dass internationale Studien nur schwer auf den deutschen Versorgungskontext übertragen werden können.

Ausschlusskriterien

Zielpopulation (P)

Bei folgenden Erkrankungen handelt es sich nicht um eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen:

- dementielle Erkrankungen,
- Intelligenzminderung,
- vorübergehende oder leichte Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen

Auswahlprozess

Die Sichtung der Titel/Abstracts bzw. der Volltexte erfolgte durch die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen in Mainz sowie eine wissenschaftliche Hilfskraft. Dabei gaben immer zwei Personen unabhängig voneinander ihr Votum für den Ein- oder Ausschluss ab. Anschließend wurden unterschiedliche Einschätzungen diskutiert und ein Konsens erzielt.

Gab es offene Fragen bei der Konsensfindung der beiden Reviewer, wurde durch Einbezug der wissenschaftlichen Mitarbeiter in Kassel sowie im Rahmen der monatlichen Projektbesprechungen der Leitliniengruppe eine klinische Expertenmeinung eingeholt und ein Konsens erzielt.

Schlüsselfrage 9

Die Kriterien orientierten sich weitestgehend an der systematischen Recherche der Schlüsselfragen 1-5.

Einschlusskriterien

Zielpopulation (P)

Analog zu Schlüsselfragen 1-5: Schwere Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen werden bei Patient:innen mit folgenden diagnostizierten Erkrankungen erwartet:

- Behandlungsresistente/Chronische Depression, Double-depression
- Schwere/Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
- Schizophrenie
- Psychotische Störungen
- Psychotisch affektive Störungen
- Paranoide Störungen
- Persönlichkeitsstörungen (alle Formen)
- Dissoziative Identitätsstörungen
- Somatisierungsstörungen

Intervention (I)

Bei der Intervention handelt es sich um die therapeutische Beziehung.

Vergleichsbedingung (C)

Analog zu Schlüsselfragen 1-5: „Unspezifizierte Kontrollbedingung“ bedeutet hier, dass keine bestimmte Vergleichsgruppe festgelegt wurde. Stattdessen wurden die Studienergebnisse separat nach den in den Studien vorhandenen Vergleichsgruppen berichtet.

Endpunkte (O)

Da diese Schlüsselfrage erst nachträglich systematisch recherchiert wurde, wurde hier keine Priorisierung der Outcomes durch die Mandatstragenden vorgenommen.

Studiendesign

Für die Schlüsselfrage 9 wurde nach Systematischen Reviews und Metaanalysen ab dem Jahr 2015 gesucht.

Sprache

Deutsch oder Englisch

Kontext

Für diese Schlüsselfrage gab es keine Beschränkung auf den deutschen Versorgungskontext.

Ausschlusskriterien

Zielpopulation (P)

Analog zu Schlüsselfragen 1-5: Bei folgenden Erkrankungen handelt es sich nicht um eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen:

- dementielle Erkrankungen,
- Intelligenzminderung,
- vorübergehende oder leichte Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen

Auswahlprozess

Die Sichtung der Titel/Abstracts bzw. der Volltexte erfolgte durch die Leitung der Arbeitsgruppe 9. Die Bewertung der Evidenz erfolgte in Absprache mit den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen in Mainz analog zum Vorgehen bei den Schlüsselfragen 1-5.

Schlüsselfrage 11

Wie bereits erwähnt wurde hier wegen der Spezifika der Forschung zu diagnostischen Instrumenten ein etwas abweichendes Vorgehen zu den Schlüsselfragen 1-5 gewählt.

Einschlusskriterien

Zielpopulation (P)

Zielpopulationen umfassten sowohl die Allgemeinpopulation als auch klinische Populationen (z.B. Patienten; Behandlungssuchende), da in diesen Populationen klinische Diagnostik erfolgt.

Intervention (I)

Diagnostische Instrumente können als Interventionen verstanden werden. Die Literaturrecherche beschränkte sich auf diagnostische Instrumente, die sich zur Messung von Persönlichkeitsfunktionen nach dem Konzept der Level of Personality Functioning Scale (DSM-5 Teil III) eignen. Dementsprechend wurde nur nach Arbeiten gesucht, die solche Instrumente im Kontext dieses Konzepts diskutieren.

Vergleichsbedingung (C)

Nicht anwendbar.

Endpunkte (O)

Da diese Schlüsselfrage erst nachträglich systematisch recherchiert wurde, wurde hier keine Priorisierung der Outcomes durch die Mandatstragenden vorgenommen.

Für die Bewertung von Instrumenten im Bereich der klinischen Diagnostik gelten drei Kriterien als zentral (siehe z. B. (Mullins-Sweatt und Widiger 2009):

- Validität
- Reliabilität
- klinische Nützlichkeit

Studiendesign

Für die Suche in Datenbanken: (Narrative oder systematische) Reviews; Metaanalysen
Für Hinweise aus der Arbeitsgruppe: Primärstudien (aus 2023).

Sprache

Deutsch oder Englisch

Kontext

Nicht anwendbar.

Ausschlusskriterien

Zielpopulation (P)

Siehe Zielpopulation.

Auswahlprozess

Die Sichtung der Titel/Abstracts bzw. der Volltexte sowie Bewertung der Evidenz erfolgte durch die Arbeitsgruppe 11 in Kassel.

3.1.4. Kritische Bewertung der Evidenz und Erstellung von Evidenzzusammenfassung

Kriterien Qualitätsbeurteilung

Schlüsselfragen 1-5

Die Evidenzbewertung für die systematisch recherchierten Schlüsselfragen 1-5 erfolgte nach der GRADE Methodik. Für die Schlüsselfragen 6-12 (mit Ausnahme der nachträglichen systematischen Literaturrecherche bei den Fragen 9 und 11) wurden die Arbeitsgruppen für die „Übersetzung“ von Evidenzbewertungen aus anderen Leitlinien angewiesen, immer dann Oxford oder SIGN zu verwenden, wenn referenzierte Leitlinien mit Oxford oder SIGN erstellt worden waren, da eine „Übersetzung“ in GRADE nicht möglich ist.

Bei der Evidenzbewertung nach GRADE im Rahmen der systematisch recherchierten Schlüsselfragen 1-5 erfolgte im 4-Augen-Prinzip durch die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen in Mainz. Um einen Konsens hinsichtlich des Vorgehens der folgend aufgeführten Qualitätskriterien zu finden, wurden die wissenschaftlichen Mitarbeitern aus Kassel stellvertretend für den klinischen Expertenkonsens, die AWMF oder leitlinienerfahrene Kolleginnen in Mainz konsultiert. Daraufhin wurde die Leitliniengruppe über die Festlegungen informiert.

Für die Evidenzbewertung wurde die Qualitätsstufe je nach Studiendesign bei „Hoch“ oder „Niedrig“ (bzw. hier „gering“) angesetzt (Meerpohl et al. 2012a) und daraufhin geprüft, inwiefern die GRADE Kriterien „Biasrisiko“ (Meerpohl et al. 2012b), „Inkonsistenz“ (Perleth et al. 2012), „Indirektheit“ (Rasch et al. 2012), „Fehlende Präzision“ (Kulig et al. 2012), „Publikationsbias“ (Nolting et al. 2012) sowie „großer Effekt“, „Dosis-Wirkungs-Beziehung“ und „Plausibles Confounding“ (Kien et al. 2013) eine Herauf- bzw. Herabstufung des Evidenzgrades erfordern. Hinsichtlich der folgenden Kriterien wurde ein Konsens zu folgend beschriebenen Vorgehensweise gefunden.

Zur Erfassung des „**Biasrisiko**“ wurde je nach vorliegender Evidenz das Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011), die AMSTAR Checkliste (Coenen et al. 2013) oder die zugehörigen GRADE-Kriterien (Meerpohl et al. 2012b) herangezogen. Das heißt: Wurde im Rahmen einer Metaanalyse bereits durch die Autor:innen eine Bewertung der eingeschlossenen Studien durch das Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) vorgenommen, wurde diese Bewertung als Entscheidungskriterium für mögliches Herabstufen verwendet. Es wurde herabgestuft, sobald für mindestens 1 der für das jeweilige Outcome relevanten Primärstudien ein hohes Biasrisiko vorlag.

Wurde im Rahmen einer Metaanalyse keine Bewertung der eingeschlossenen Studien vorgenommen, wurde die Metaanalyse mithilfe der AMSTAR Checkliste bewertet. Hier wurde ab 7 oder weniger vollständig erfüllten Kriterien eine Herabstufung vorgenommen. Handelte es sich nicht um eine Metaanalyse, sondern eine Primärstudie, wurden die GRADE Kriterien für das Biasrisiko (Meerpohl et al. 2012b) herangezogen.

Hinsichtlich des Kriteriums „**Fehlende Präzision**“ wurde wie folgt vorgegangen: Wenn das Konfidenzintervall einen trivialen Effekt (entspricht bei Standardisierten Mittelwertdifferenz $>0,2$ bis $<0,2$ (Cohen 1969) einschloss, wurde herabgestuft. Bedeuteten die verschiedenen Enden eines Konfidenzintervalls beispielsweise einen trivialen bis geringen Effekt, wurde wegen fehlender Präzision herabgestuft. Enthielt das Konfidenzintervall dagegen keinen trivialen Effekt, wurde nicht herabgestuft. Bedeuteten die beiden Enden eines Konfidenzintervalls beispielsweise einen geringen bis mittleren Effekt, wurde nicht herabgestuft. Für die Interpretation der Effektstärken aus Metaanalysen wurden die angegebenen Effektschätzer auf eine Nachkommastelle gerundet und zwischen $0 - <0,2$ als trivialer, zwischen $0,2 - <0,5$ als geringer, zwischen $0,5 - <0,8$ als moderater und ab $\geq 0,8$ als deutlicher Effekt angesehen (Cohen 1969).

Hinsichtlich des Kriteriums „**Inkonsistenz**“ wurde wie folgt vorgegangen: Ist mehr als 50% der Varianz zwischen den Ergebnissen der Einzelstudien innerhalb einer Metaanalyse auf Heterogenität zwischen den Studien zurückzuführen (I^2 Statistik $>50\%$), wurde herabgestuft, unabhängig vom p-Wert des Tests auf Heterogenität.

Hinsichtlich des Kriteriums „**Publikationsbias**“ wurde wie folgt vorgegangen: Ergab eine Überprüfung innerhalb der Studie (z.B. Funnel Plot, Egger's Test) einen eindeutigen Hinweis auf Publikationsbias, wurde die Qualität herabgestuft. Waren die Ergebnisse dieser Tests uneindeutig oder widersprüchlich oder wurde kein Test durchgeführt, wurde die Qualität nicht herabgestuft.

Schlüsselfrage 9

Für diese Schlüsselfrage wurden die Kriterien überwiegend analog zu den Schlüsselfragen 1-5 definiert. Folgende Änderungen bzw. Ergänzungen wurden vorgenommen:

- Beim Kriterium „**Inkonsistenz**“ wurde jedoch nur dann herabgestuft, wenn die Inkonsistenz stark war (I^2 Statistik $>75\%$, basierend auf Higgins (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses. BMJ, 327(7414), 557-560) und nicht durch Meta-Regression oder Moderatorenanalyse kontrolliert wurde.
- Beim Kriterium „**Fehlende Präzision**“ wurden zusätzlich zu den oben genannten Schwellen für Cohen's d und Hedge's g noch Schwellen für Korrelationskoeffizienten r festgelegt, da diese in den Meta-Analysen häufig verwendet wurden. Dabei orientierten wir uns an Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Routledge Academic, New York. Die Schwellen waren:
 - o $0 - <0,1$ = trivialer Effekt
 - o $0,1 - <0,3$ = kleiner Effekt
 - o $0,3 - <0,5$ = mittlerer Effekt
 - o $\geq 0,5$ = großer Effekt

Für **qualitative Meta-Analysen** nutzten wir die Bewertungskriterien entsprechend „Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research (GRADE-CERQual)“.

Schlüsselfrage 11

Diagnostische Verfahren werden oftmals im Hinblick auf die Gütekriterien Reliabilität, Validität, und klinische Nützlichkeit bewertet, welche für Schlüsselfrage 11 als Outcome-Variablen genannt werden. Zur Untersuchung dieser Kriterien werden in der Regel eigens für diesen Zweck entwickelte methodologische Ansätze verwendet (z.B. Methoden der Konstruktvalidierung; Cronbach & Meehl, 1954). Die GRADE-Kriterien sind auf die Bewertung von Interventionsstudien ausgelegt, und demnach nur bedingt auf die in der psychologischen Diagnostik etablierte Methodologien übertragbar.

Biasrisiko: Herabgestuft wird, wenn eine systematische Verzerrung bei der Schätzung des Outcomes (Reliabilität, Validität, klinische Nützlichkeit) aus nicht näher bezeichneten Gründen zu erwarten ist. Zur Erfassung des Risk of Bias wurde kein Tool verwendet wg. fehlender Übertragbarkeit auf die hier relevanten Outcomes (Reliabilität, Validität, klinische Nützlichkeit).

Fehlende Präzision: Herabgestuft wird, wenn der Schätzer in Bezug auf die qualitative Ausprägung des Outcomes (Reliabilität, Validität, klinische Nützlichkeit) mit substantieller Unsicherheit behaftet ist.

Inkonsistenz: Herabgestuft wird, wenn die empirischen Ergebnisse für das Outcome (Reliabilität, Validität, klinische Nützlichkeit) so heterogen sind, dass sie nicht auf plausible Weise durch Stichprobenfehler erklärt werden können.

Indirektheit: Herabgestuft wird, wenn eine systematische Verzerrung bei der Schätzung des Outcomes (Reliabilität, Validität, klinische Nützlichkeit) insb. deswegen zu erwarten ist, weil Diskrepanzen zwischen Fragestellung und Evidenz bestehen

Publikationbias: Wenn eine systematische Verzerrung bei der Schätzung des Outcomes (Reliabilität, Validität, klinische Nützlichkeit) insb. deswegen zu erwarten ist, weil negative empirische Ereignisse eine geringere Chance haben, veröffentlicht zu werden.

Die GRADE-Kriterien Großer **Effekt**, **Dosis-Wirkungsbeziehung**, und **Plausibles Confounding** wurden wg. fehlender Übertragbarkeit auf die für SF11 relevanten Outcomes (Reliabilität, Validität, klinische Nützlichkeit) nicht berücksichtigt

Evidenztabellen

Nachfolgend finden sich die Evidenztabellen pro systematisch recherchierter Schlüsselfrage. Innerhalb einer Schlüsselfrage stellen die verschiedenen Tabellen verschiedene Endpunkte bzw. verschiedene Vergleichsgruppen dar.

Schlüsselfrage 1: Haben Patienten:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante Psychotherapie erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Hierzu wurden 12 Metaanalysen sowie 1 Cochrane Review eingeschlossen (Althobaiti et al. 2020; Asmundson et al. 2019; Ijaz et al. 2018; Laws et al. 2018; Li et al. 2018; McLaughlin et al. 2019; Mehl et al. 2015, 2019; Merz et al. 2019; Sonis und Cook 2019; Thompson et al. 2018; Turner et al. 2020; van Bronswijk et al. 2019; Wei und Chen 2021).

Eine ausführliche Beschreibung der Ergebnisse findet sich im Hintergrundtext (Langversion Kapitel 4.2.3). Genauere Informationen zur Evidenz finden sich in Tabelle 60 im Anhang. Da für Aussagen zu Dosis/Dauer/Frequenz der Behandlung und Behandlung als Einzel-/Gruppentherapie oder beides nicht ausreichend Evidenz im Rahmen der zutreffenden Metaanalysen vorhanden war, wurden diese Aspekte ebenfalls im Hintergrundtext (Langversion Kapitel 4.2.3) beschrieben.

Die hier berücksichtigten Studiendesigns sind ausschließlich Metaanalysen. Die methodischen Schwächen der Metaanalysen wurden in der Evidenzbewertung berücksichtigt und sind in den Evidenztabellen als Fußnoten angemerkt. Die betrachteten Endpunkte sind allesamt als relevant anzusehen, da sie von den Mandatstragenden hoch priorisiert wurden (siehe 3.1.3).

Konsistenz der Resultate/Richtung der Ergebnisse über die Studien hinweg

Die Resultate der Metaanalysen sind konsistent, jedoch mit Unsicherheit und Heterogenität zwischen den Outcomes behaftet.

Beim **Endpunkt „Funktionsfähigkeit“** lag eine Metaanalyse vor, wobei die Qualität für die Endpunkte von sehr gering bis gering reichte. Im Ergebnis zeigte sich über die Endpunkte hinweg ein geringer bis tendenziell geringer Effekt von Psychotherapie. Die Richtung der Ergebnisse ist hier also gleich, jedoch in unterschiedlichem Ausmaß.

Beim **Endpunkt „Störungsspezifische Symptome“** lagen zwölf Metaanalysen vor, wobei die Qualität für die Endpunkte von sehr gering bis moderat reichte. Im Ergebnis zeigte sich über die Endpunkte hinweg ein trivialer bis starker Effekt von Psychotherapie.

Beim **Endpunkt „Inanspruchnahme Gesundheitssystem“** lag eine Metaanalyse vor, wobei die Qualität für die Endpunkte als gering bewertet wurde. Im Ergebnis zeigte sich über die Endpunkte hinweg ein geringer bis trivialer Effekt von Psychotherapie.

Ausmaß des Nutzens im Vergleich zum Schaden

Keine Metaanalyse berichtete einen direkten schädlichen Effekt von Psychotherapie. Schaden für Patient:innen könnte also indirekt in fehlender Wirksamkeit bestehen. Von 26 Unter-Endpunkten (Zeilen in den Evidenztabellen) zeigte sich bei 4 ein trivialer Effekt, bei 13 ein geringer oder tendenziell geringer Effekt und bei 9 ein moderater oder starker Effekt. Ein potentieller Nutzen überwog hier also deutlich.

Anwendbarkeit im klinischen Kontext

Die Schlüsselfrage fokussierte sich auf Psychotherapie im ambulanten Setting. Mögliche Problemfelder in der Anwendbarkeit werden unter 6.3. beschrieben.

Tabelle 9: Evidenztafel Schlüsselfrage 1, Endpunkt Funktionsfähigkeit, Vergleich mit Treatment as usual

Schlüsselfrage 1: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante Psychotherapie erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Funktionsfähigkeit						
Vergleich mit Treatment as usual						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Funktionsfähigkeit nach Intervention ¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Hedge's g 0,26 (95% Konfidenzintervall 0,08 – 0,43) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein geringer ² Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit Treatment as usual auf die Funktionsfähigkeit.	Laws et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> n = 1155 Metaanalyse aus k = 19 Randomisierten kontrollierten Studien (frühe) Psychose (4 Studien), Schizophrenie (15 Studien) HiTOP Spektrum der Denkstörungen Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 91% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	⊕⊕⊖⊖ ^{5,6}

¹Messung anhand verschiedener Erhebungsinstrumente

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences (1st ed.)

³Basierend auf Ergebnis der Expertenbefragung zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

⁴Einschätzung der Persönlichkeitsfunktionen basierend auf der Annahme, dass bei allen Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorliegt. Einschlusskriterium der Metaanalyse war jedoch lediglich, dass in den jeweiligen Einzelstudien bei der Mehrheit der Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorlag.

⁵Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Metaanalyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (6 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt, z. B. keine Bewertung der eingeschlossenen Studien).

⁶Herabstufung wegen Fehlender Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

Tabelle 10: Evidenztabelle Schlüsselfrage 1, Endpunkt Funktionsfähigkeit, Vergleich mit aktiver Kontrollgruppe

Schlüsselfrage 1: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante Psychotherapie erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Funktionsfähigkeit						
Vergleich mit aktiver Kontrollgruppe						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Funktionsfähigkeit nach Intervention¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Hedge`s g 0,22 (95% Konfidenzintervall -0,07 – 0,52) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich die Tendenz zu einem geringen ² Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit einer aktiver Kontrollgruppe (Befriending, soziale Aktivitätstherapie, Kognitive Remediation) auf die Funktionsfähigkeit.	Laws et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 549 • Metaanalyse aus k = 7 Randomisierten kontrollierten Studien • frühe Psychose (1 Studie), Schizophrenie (6 Studien) • HiTOP Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 91% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	⊕⊖⊖⊖ ^{5,6,7}

¹Messung anhand verschiedener Erhebungsinstrumente

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences (1st ed.)

³Basierend auf Ergebnis der Expertenfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

⁴Einschätzung der Persönlichkeitsfunktionen basierend auf der Annahme, dass bei allen Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorliegt. Einschlusskriterium der Metaanalyse war jedoch lediglich, dass in den jeweiligen Einzelstudien bei der Mehrheit der Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorlag.

⁵Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Metaanalyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (6 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt, z. B. keine Bewertung der eingeschlossenen Studien).

⁶Herabstufung, da ein hoher mit Studiendifferenzen zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien ($I^2 > 50\%$) vorlag.

⁷Herabstufung wegen Fehlender Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

Tabelle 11: Evidenztabelle Schlüsselfrage 1, Endpunkt Störungsspezifische Symptome, Vergleich mit Treatment as usual

Schlüsselfrage 1: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante Psychotherapie erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Störungsspezifische Symptome						
Vergleich mit Treatment as usual						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum						
Auditive Halluzinationen nach Intervention¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Hedge`s g 0,35 (95% Konfidenzintervall 0,18 – 0,52) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein geringer ² Effekt von Psychotherapie für Psychose (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit Treatment as usual auf auditive Halluzinationen. <i>Wurden nur die 14 Studien mit geringem Biasrisiko einbezogen, ergab sich keine wesentliche Änderung des Effektschätzers (Hedge`s g 0,41, 95% Konfidenzintervall 0,19 – 0,63).</i>	Turner et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> n = 1833 Metaanalyse aus k = 22 Randomisierten kontrollierten Studien Psychose / Psychotische Symptome / Psychotisches Spektrum nicht näher bezeichnet (13 Studien), Schizophrenie / -spektrum nicht näher bezeichnet (7 Studien), Halluzinationen (1 Studie), Wahnvorstellungen (1 Studie) HiTOP Spektrum der Denkstörungen Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 88% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊖⊖ ^{6,7}
Wahnvorstellungen nach Intervention¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Hedge`s g 0,36 (95% Konfidenzintervall 0,20 – 0,52) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein geringer ² Effekt von Psychotherapie für Psychose (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit Treatment as usual auf Wahnvorstellungen.	Turner et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> Metaanalyse aus k = 22 Randomisierten kontrollierten Studien, keine Informationen zur Gesamtfallzahl vorliegend Psychotische Erkrankung HiTOP Spektrum der Denkstörungen 	⊕⊖⊖⊖ ^{6,7,9}

			<p>Wurden nur die 16 Studien mit geringem Biasrisiko einbezogen, ergab sich keine wesentliche Änderung des Effektschätzers (Hedge's g 0,32, 95% Konfidenzintervall 0,15 – 0,49).</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 85% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	
<p>Wahnvorstellungen nach Intervention¹</p>	<p>nicht einzeln angegeben</p>	<p>nicht einzeln angegeben</p>	<p>Mean population effect size 0,27 (95% Konfidenzintervall 0,08 – 0,47) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein geringer² Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit Treatment as usual auf Wahnvorstellungen. <i>Eine Trimm-and-Fill-Analyse zur Berücksichtigung von Publikationsbias ergab eine Reduktion des Effektschätzers auf Mean Population Effect Size 0,14.</i></p>	<p>Mehl et al. (2015) bzw. Mehl et al. (2019) (Corrigendum)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 1227$ • Metaanalyse aus $k = 13$ Randomisierten kontrollierten Studien • Schizophrenie (13 Studien), Schizoaffektive Störung (13 Studien), wahnhafte Störung (12 Studien), Psychose /psychotische Störung (5 Studien), schizophrenieforme Störung (1 Studie) • HiTOP Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 89% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	<p>⊕⊕⊕⊕^{5,8,9}</p>
<p>Wahnvorstellungen nach 47 Wochen¹</p>	<p>nicht einzeln angegeben</p>	<p>nicht einzeln angegeben</p>	<p>Mean population effect size 0,16 (95% Konfidenzintervall -0,03 – 0,35) Nach 47 Wochen zeigte sich die Tendenz zu einem geringen² Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit Treatment as usual auf Wahnvorstellungen.</p>	<p>Mehl et al. (2015) bzw. Mehl et al. (2019) (Corrigendum)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 1524$ • Metaanalyse aus $k = 12$ Randomisierten kontrollierten Studien • Schizophrenie (12 Studien), Schizoaffektive Störung (11 Studien), Wahnhafte Störung (10 Studien), Psychose (4 Studien), Schizophrenieforme Störung (1 Studie) • HiTOP Spektrum der Denkstörungen 	<p>⊕⊕⊕⊕^{5,8}</p>

					<ul style="list-style-type: none"> • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 94% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	
Borderline Persönlichkeitsstörung						
Borderline Persönlichkeitsstörungs-Symptome nach Intervention¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Hedge`s g 0,72 (95% Konfidenzintervall 0,41 – 1,04) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein moderater ² Effekt von Gruppentherapie im Vergleich mit Treatment as usual auf die Borderline-Symptomatik. <i>Eine Trimm-and-Fill-Analyse zur Berücksichtigung von Publikationsbias ergab eine Reduktion des Effektschätzers auf Hedge`s g 0,44 und somit einem geringen² Effekt.</i>	McLaughlin et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 962 • Metaanalyse aus k = 13 Randomisierten kontrollierten Studien • Borderline Persönlichkeitsstörung • Antagonistisch externalisierendes HiTOP Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 90% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,7,9}
Para-/Suizidalität nach Intervention¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Hedge`s g 0,46 (95% Konfidenzintervall 0,22 – 0,71) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein moderater ² Effekt von Gruppentherapie im Vergleich mit Treatment as usual auf Para-/Suizidalität. Zudem wurde 6 Monate nach Behandlungsende ein moderater ² Effekt von Gruppentherapie im Vergleich mit Treatment as usual angegeben (Hedge`s g 0,52, 95% Konfidenzintervall 0,01 – 1,02, basierend auf 6 Randomisierten kontrollierten Studien angegeben,	McLaughlin et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 1258 • Metaanalyse aus k = 19 Randomisierten kontrollierten Studien • Borderline Persönlichkeitsstörung • Antagonistisch externalisierendes HiTOP Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 90% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,7,9}

			ohne Angaben zur Anzahl der Studienteilnehmer:innen).			
Behandlungsresistente Depression						
Änderung Symptom-schwere nach Intervention¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Hedge`s g -0,13 (95% Konfidenzintervall -0,30 – 0,05) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein trivialer, nicht statistisch signifikanter Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie bzw. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy) im Vergleich mit Treatment as usual (hier: Medikation) auf die Änderung der Symptomschwere der Depression. <i>Eine Sensitivitätsanalyse, bei der nur Studien mit geringem Biasrisiko eingingen, zeigte keine Änderung des Effektschätzers.</i>	van Bronswijk et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 636 • Metaanalyse aus k = 3 Randomisierten kontrollierten Studien • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 51% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	⊕⊕⊕⊖ ⁸
Änderung Symptom-schwere nach Intervention¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Hedge`s g 0,42 (95% Konfidenzintervall 0,29 – 0,54) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein geringer ² Effekt von Psychotherapie (Kognitiver Verhaltenstherapie, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, Interpersonelle Psychotherapie, Psychodynamische Psychotherapie, körperorientierte Psychotherapie, Dialektische Verhaltenstherapie, kurze Supportive Psychotherapie) zusätzlich zu Treatment as usual im Vergleich mit Treatment as usual (hier: Medikation) allein auf die Symptomschwere der	van Bronswijk et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 2883 • Metaanalyse aus k = 20 Randomisierten kontrollierten Studien • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 51% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	⊕⊕⊕⊖ ⁷

			<p>Depression. Dies bedeutet, dass es bei Personen, die Treatment as usual und zusätzlich Psychotherapie erhielten, eine mittelgradig größere Veränderung des Scores für Depressionsschwere im Vergleich zwischen vor und nach der Intervention gab als bei Personen ohne zusätzliche Psychotherapie.</p> <p><i>Eine Sensitivitätsanalyse, bei der nur Studien mit geringem Biasrisiko eingingen, zeigte keine Änderung des Effektschätzers.</i></p>			
<p>Symptom-schwere nach 12 Monaten¹</p>	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	<p>Standardised Mean Difference -0,29 (95% Konfidenzintervall -0,43 – -0,16)</p> <p>Nach 12 Monaten zeigte sich ein geringer² Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit Treatment as usual auf die Symptomschwere der Depression.</p>	Li et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 863 • Metaanalyse aus k = 2 Randomisierten kontrollierten Studien • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 51% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊕⊖ ⁶
<p>Depressive Symptome short term</p> <p>Messung nach weniger als 6 Monaten</p>	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	<p>Mean Difference -4,07 (95% Konfidenzintervall -7,07 – -1,07)</p> <p>Nach bis zu 6 Monaten hatten Personen, die zusätzlich zu usual care Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Dialektische Verhaltenstherapie, Interpersonelle Psychotherapie) erhielten, einen durchschnittlich um 4 Punkte reduzierten Score im Beck Depression</p>	Ijaz et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 575 • Metaanalyse aus k = 5 Randomisierten kontrollierten Studien • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 51% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊖⊖ ^{6,8}

			Inventory ¹⁰ im Vergleich mit Personen, die nur usual care erhielten. <i>Eine Sensitivitätsanalyse, bei der nur Studien mit geringem Biasrisiko eingingen, zeigte keine Änderung des Effektschätzers (Mean Difference -4,66, 95% Konfidenzintervall -7,94 – -1,37).</i>			
Depressive Symptome short term Messung nach weniger als 6 Monaten	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Mean Difference -4,66 (95% Konfidenzintervall -8,72 – -0,59) Nach bis zu 6 Monaten hatten Personen, die zusätzlich zu usual care Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, intensive Kurzzeit dynamische Psychotherapie) erhielten, einen durchschnittlich um 5 Punkte reduzierten Score im Patient Health Questionnaire 9 ¹¹ im Vergleich mit Personen, die nur usual care erhielten.	Ijaz et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 482 • Metaanalyse aus k = 2 Randomisierten kontrollierten Studien • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 51% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,7,8}
Depressive Symptome short term¹ Messung nach weniger als 6 Monaten	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Standardised Mean Difference -0,4 (95% Konfidenzintervall -0,65 – -0,14) Nach bis zu 6 Monaten zeigte sich ein geringer ² Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Dialektische Verhaltenstherapie, Interpersonelle Psychotherapie, intensive Kurzzeit dynamische Psychotherapie) zusätzlich zu usual care im Vergleich mit usual care allein auf depressive Symptome.	Ijaz et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 635 • Metaanalyse aus k = 6 Randomisierten kontrollierten Studien • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 51% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,8}

Depressive Symptome short term Messung nach weniger als 6 Monaten	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Mean Difference -3,28 (95% Konfidenzintervall -5,71 – -0,85) Nach bis zu 6 Monaten hatten Personen, die zusätzlich zu usual care Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, intensive Kurzzeit dynamische Psychotherapie, Dialektische Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie) erhielten, einen durchschnittlich um 3 Punkte reduzierten Score im Hamilton Depression Rating Scale ¹² im Vergleich mit Personen, die nur usual care erhielten.	Ijaz et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 193 • Metaanalyse aus k = 4 Randomisierten kontrollierten Studien • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 51% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊕⊖ ⁶
Depressive Symptome medium term Messung nach 7-12 Monaten	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Mean Difference -3,40 (95% Konfidenzintervall -7,21 – 0,4) Nach 7-12 Monaten hatten Personen, die zusätzlich zu usual care Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) erhielten, einen durchschnittlich um 3 Punkte reduzierten Score im Beck Depression Inventory ¹⁰ im Vergleich mit Personen, die nur usual care erhielten.	Ijaz et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 475 • Metaanalyse aus k = 2 Randomisierten kontrollierten Studien • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 51% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊖⊖ ^{6,8}

¹Messung anhand verschiedener Erhebungsinstrumente

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences (1st ed.)

³Basierend auf Ergebnis der Expertenbefragung zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

⁴Einschätzung der Persönlichkeitsfunktionen basierend auf der Annahme, dass bei allen Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorliegt. Einschlusskriterium der Metaanalyse war jedoch lediglich, dass in den jeweiligen Einzelstudien bei der Mehrheit der Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorlag.

⁵Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Metaanalyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (7 oder weniger von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt).

⁶Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Metaanalyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (mindestens eine Randomisierte Kontrollierte Studie der Metaanalyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Biasrisiko“ bewertet).

⁷Herabstufung, da ein hoher mit Studiendifferenzen zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien ($I^2 > 50\%$) vorlag.

⁸Herabstufung wegen Fehlender Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

⁹Herabstufung, da mit Publikationsbias zu rechnen ist

¹⁰Beck, A. T., Ward C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry 1961;4:561-71.; Beck, A. T., Steer, R.A., Brown, G.K. Beck Depression Inventory - second edition: manual. San Antonio: The Psychological Corporation, 1996.

¹¹K. Kroenke, R.L. Spitzer. The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure Psychiatric Annals, 32 (2002), pp. 509-521

¹²Hamilton, M. A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 1960;23:56-62.

Tabelle 12: Evidenztabelle Schlüsselfrage 1, Endpunkt Störungsspezifische Symptome, Vergleich mit aktiver Kontrollgruppe

Schlüsselfrage 1: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante Psychotherapie erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Störungsspezifische Symptome						
Vergleich mit aktiver Kontrollbedingung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum						
Auditive Halluzinationen nach Intervention¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Hedge`s g 0,34 (95% Konfidenzintervall 0,15 – 0,53) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein geringer ² Effekt von Psychotherapie für Psychose (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit einer aktiven Kontrollbedingung (supportive counseling, prolongierte Exposition) auf auditive Halluzinationen. <i>Wurden nur die 5 Studien mit geringem Biasrisiko einbezogen, ergab sich keine wesentliche Änderung des Effektschätzers (Hedge`s g 0,42, 95% Konfidenzintervall 0,20 – 0,64).</i>	Turner et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> n = 678 Metaanalyse aus k = 8 Randomisierten kontrollierten Studien Psychose / Psychotische Symptome (3 Studien), Schizophrenie/ -spektrum nicht näher bezeichnet (5 Studien) HiTOP Spektrum der Denkstörungen Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 88% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊕⊖ ⁶
Wahnvorstellungen nach Intervention¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Hedge`s g 0,23 (95% Konfidenzintervall -0,19 – 0,55) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein tendenziell geringer ² Effekt von Psychotherapie für Psychose (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit einer aktiven Kontrollbedingung (supportive counseling, prolongierte Exposition).	Turner et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> n = 526 Metaanalyse aus k = 7 Randomisierten kontrollierten Studien Psychose / Psychotische Symptome (2 Studien), Schizophrenie / Schizophrenie Spektrum nicht näher bezeichnet (5 Studien) HiTOP Spektrum der Denkstörungen 	⊕⊕⊕⊖ ^{6,7,8,9}

			<p>Wurden nur die 3 Studien mit geringem Biasrisiko einbezogen, ergab sich keine wesentliche Änderung des Effektschätzers (Hedge's g 0,30, 95% Konfidenzintervall -0,25 – 0,85).</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 89% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	
<p>Wahnvorstellungen nach Intervention¹</p>	<p>nicht einzeln angegeben</p>	<p>nicht einzeln angegeben</p>	<p>Mean population effect size 0,16 (95% Konfidenzintervall -0,13 – 0,44) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich die Tendenz eines geringen² Effekts von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit einer aktiven Kontrollbedingung (andere psychologische Interventionen) auf Wahnvorstellungen.</p>	<p>Mehl et al. (2015) bzw. Mehl et al. (2019) (Corrigendum)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 894$ • Metaanalyse aus $k = 8$ Randomisierten kontrollierten Studien • Schizophrenie (7 Studien), Schizoaffective Störung (5 Studien), Psychose (2 Studien), Schizophrenieformale Störung (1 Studie) • HiTOP Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 90% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	<p>⊕⊕⊖⊖^{5,8}</p>
<p>Wahnvorstellungen nach 35 Wochen¹</p>	<p>nicht einzeln angegeben</p>	<p>nicht einzeln angegeben</p>	<p>Mean population effect size -0,04 (95% Konfidenzintervall -0,26 – 0,17) Nach 35 Wochen zeigte sich ein trivialer, nicht statistisch signifikanter Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit aktiver Kontrollbedingung (andere psychologische Interventionen) auf Wahnvorstellungen.</p>	<p>Mehl et al. (2015) bzw. Mehl et al. (2019) (Corrigendum)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • $n = 815$ • Metaanalyse aus $k = 5$ Randomisierten kontrollierten Studien • Schizophrenie (5 Studien), Schizoaffective Störung (4 Studien), Wahnhafte Störung (3 Studien), Psychose (2 Studien), Schizophrenieformale Störung (1 Studie) • HiTOP Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 90% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	<p>⊕⊕⊖⊖^{5,8}</p>

Posttraumatische Belastungsstörung						
Symptom-reduktion nach Intervention¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Hedge`s g -0,34 (95% Konfidenzintervall -0,65 – -0,02) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein geringer ² Effekt von Psychotherapie (Narrative Expositionstherapie) im Vergleich mit aktiver Kontrollbedingung (alternative psychologische Behandlung). <i>Eine Trimm-and-Fill-Analyse zur Berücksichtigung von Publikationsbias ergab eine Reduktion des Effektschätzers auf Tendenz zu einem marginalen Effekt (Hedge`s g -0,16, 95% Konfidenzintervall -0,49 – 0,16).</i>	Wei & Chen (2021)	<ul style="list-style-type: none"> n = 571 Metaanalyse aus k = 11 randomisierten, quasi-randomisierten oder cluster-randomisierten kontrollierten Studien Posttraumatische Belastungsstörung Internalisierendes HiTOP Spektrum Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	⊕⊖⊖⊖ ^{6,7,8,9}
Symptom-reduktion nach Intervention¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Standardised Mean Difference -0,16 (95% Konfidenzintervall -0,62 – 0,30) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich die Tendenz zu einem geringen ² Effekt von Psychotherapie (Eye Movement Desentization and Reprocessing, prolongierte Expositionstherapie) im Vergleich mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern. <i>Wurden nur die 2 Studien mit geringem Biasrisiko einbezogen, ergab sich keine wesentliche Änderung des Effektschätzers (Standardised Mean Difference 0,08, 95% Konfidenzintervall -0,48 – 0,64).</i>	Sonis & Cook (2019)	<ul style="list-style-type: none"> n = 351 Metaanalyse aus k = 4 Randomisierten kontrollierten Studien Posttraumatische Belastungsstörung Internalisierendes HiTOP Spektrum Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊖⊖⊖ ^{6,7,8}

Symptom- schwere nach Intervention ¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	<p>Hedge`s g 0,26 (95% Konfidenzintervall 0,04 – 0,48)</p> <p>Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein geringer² Effekt von Psychotherapie (Cognitive Processing Therapy) im Vergleich mit aktiver Kontrollbedingung (Dialogische Expositionstherapie, Erinnerungstraining, Prolongierte Expositionstherapie, Schreib-Expositions-therapie).</p> <p><i>Eine Trimm-and-Fill-Analyse zur Berücksichtigung von Publikationsbias ergab keine wesentliche Änderung des Effektschätzers (Hedge`s g 0,27, 95% Konfidenzintervall 0,08 – 0,46).</i></p>	Asmundson et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 407 • Metaanalyse aus k = 4 Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊖⊖ ^{5,8}
Symptom- schwere nach Intervention ¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	<p>Standardised Mean Difference -0,05 (95% Konfidenzintervall -0,31 – 0,21)</p> <p>Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein trivialer, nicht statistisch signifikanter Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Eye Movement Desentization and Reprocessing, prolongierte Expositionstherapie) im Vergleich mit pharmakologischer Behandlung.</p> <p>Zur besseren Vergleichbarkeit werden hier die Ergebnisse der paarweisen Metaanalyse berichtet.</p>	Merz et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 329 • Metaanalyse aus k = 4 Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊖⊖ ^{6,8}
Symptom- schwere nach Intervention ¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	<p>Standardised Mean Difference -0,07 (95% Konfidenzintervall -0,26 – 0,13)</p>	Merz et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 411 • Metaanalyse aus k = 5 Randomisierten kontrollierten Studien 	⊕⊕⊖⊖ ^{6,8}

			Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein trivialer, nicht statistisch signifikanter Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, prolongierte Expositionstherapie, Expositionstherapie) in Kombination mit pharmakologischer Behandlung im Vergleich mit pharmakologischer Behandlung allein. Zur besseren Vergleichbarkeit werden hier die Ergebnisse der paarweisen Metaanalyse berichtet.		<ul style="list-style-type: none"> • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	
Symptom-schwere bei Follow-Up¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Hedge`s g 0,17 (95% Konfidenzintervall -0,02 – 0,37) Es zeigte sich die Tendenz eines geringen ² Effekts bei Follow-Up von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit aktiver Kontrollbedingung (Behandlung mit Theorie- oder Empirie-basierten Komponenten). Die Follow-Up Zeitpunkte lagen zwischen 3 und 9 Monate nach Baseline. <i>Eine Trimm-and-Fill-Analyse zur Berücksichtigung von Publikationsbias ergab keine wesentliche Änderung des Effektschätzers (Hedge`s g 0,18, 95% Konfidenzintervall -0,01 – 0,37).</i>	Asmundson et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 407 • Metaanalyse aus k = 4 Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊖⊖ ^{5,8}
Symptom-schwere bei Follow-Up¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Standardised Mean Difference -0,63 (95% Konfidenzintervall -1,18 – -0,09) Es zeigte sich ein moderater ² Effekt von Psychotherapie (Kognitive	Merz et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 203 • Metaanalyse aus k = 3 Randomisierten kontrollierten Studien 	⊕⊖⊖⊖ ^{6,7,8}

			Verhaltenstherapie, Eye Movement Desentization and reprocessing, prolongierte Expositionstherapie) im Vergleich mit pharmakologischer Behandlung am spätmöglichsten Follow-Up Zeitpunkt (6 bis 12 Monate). Zur besseren Vergleichbarkeit werden hier die Ergebnisse der paarweisen Metaanalyse berichtet.		<ul style="list-style-type: none"> • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	
Symptom-schwere bei Follow-Up¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Standardised Mean Difference -1,02 (95% Konfidenzintervall -2,77 – 0,72) Es zeigte sich die Tendenz eines deutlichen ² Effekts von Psychotherapie (prolongierte Expositionstherapie, Expositionstherapie) in Kombination mit pharmakologischer Behandlung im Vergleich mit pharmakologischer Behandlung allein am spätmöglichsten Follow-Up Zeitpunkt (12 Monate). Zur besseren Vergleichbarkeit werden hier die Ergebnisse der paarweisen Metaanalyse berichtet.	Merz et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 89 • Metaanalyse aus k = 2 Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,7,8}
Symptom-schwere bei Follow-Up¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Standardised Mean Difference -0,03 (95% Konfidenzintervall -0,21 – 0,14) Es zeigte sich ein trivialer, nicht statistisch signifikanter Effekt von traumafokussierter Psychotherapie im Vergleich mit alternativer psychologischer Intervention bis zu 4 Monate nach Behandlungsende. Ohne	Thompson et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 524 • Metaanalyse aus k = 7 Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,8}

			Angabe der Anzahl eingeschlossener Studienteilnehmer:innen wurde für den Zeitraum 5 bis 8 Monate nach Behandlungsende Standardised Mean Difference 0,11 (95% Konfidenzintervall -0,13 – 0,35) sowie für den Zeitraum 9-12 Monate nach Behandlungsende Standardised Mean Difference -0,86 (95% Konfidenzintervall -1,50 – -0,22) angegeben. Dies entspricht ebenfalls einem trivialen, nicht statistisch signifikanten Effekt 5 bis 8 Monate später, jedoch einem deutlichen ² Effekt von Psychotherapie 9-12 Monate nach Behandlungsende.		der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind. ^{3,4}	
Erfüllen der Diagnosekriterien nach Intervention¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Relatives Risiko 1,74 (95% Konfidenzintervall 1,03 – 2,92) Die Wahrscheinlichkeit, die Diagnosekriterien nicht mehr zu erfüllen, war bei Personen, die Psychotherapie (Narrative Expositionstherapie) erhielten, 74% höher als bei Personen mit aktiver Kontrollbedingung (alternative psychologische Behandlung). Vermutlich handelt es sich um den Zeitpunkt direkt nach der Intervention.	Wei & Chen (2021)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 502 • Metaanalyse aus k = 9 randomisierten, quasi-randomisierten oder cluster-randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,7,8,9}
Posttraumatische Belastungsstörung und/oder Depression						

Symptom-reduktion bei Follow-Up¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Standardised Mean Difference -0,25 (95% Konfidenzintervall -0,61 – 0,10) Es zeigte sich die Tendenz zu einem geringen ² Effekt von Psychotherapie (interpersonelle Psychotherapie) im Vergleich mit aktiver Kontrollbedingung (alternative psychologische Behandlung oder Medikation) (keine Angabe zu Messzeitpunkt).	Althobaiti et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 274 • Metaanalyse aus k = 4 Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung (4 Studien), davon in 3 Studien zusätzlich Depression • internalisierendes HiTOP Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 53% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊕⊖ ⁸
--	-------------------------	-------------------------	---	--------------------------	--	-------------------

¹Messung anhand verschiedener Erhebungsinstrumente

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences (1st ed.)

³Basierend auf Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

⁴ Einschätzung der Persönlichkeitsfunktionen basierend auf der Annahme, dass bei allen Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorliegt. Einschlusskriterium der Metaanalyse war jedoch lediglich, dass in den jeweiligen Einzelstudien bei der Mehrheit der Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorlag.

⁵Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Metaanalyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (7 oder weniger von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt).

⁶Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Metaanalyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (mindestens eine Randomisierte Kontrollierte Studie der Metaanalyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Biasrisiko“ bewertet).

⁷Herabstufung, da ein hoher mit Studiendifferenzen zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien ($I^2 > 50\%$) vorlag.

⁸Herabstufung wegen Fehlender Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

⁹Herabstufung, da mit Publikationsbias zu rechnen ist

Tabelle 13: Evidenztabelle Schlüsselfrage 1, Endpunkt Störungsspezifische Symptome, Vergleich mit inaktiver Kontrollbedingung

Schlüsselfrage 1: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante Psychotherapie erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Störungsspezifische Symptome						
Vergleich mit inaktiver Kontrollbedingung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Posttraumatische Belastungsstörung						
Symptomreduktion nach Intervention¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Hedge`s g -1,03 (95% Konfidenzintervall -1,62 – -0,44) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein deutlicher ² Effekt von Psychotherapie (Narrative Expositionstherapie) im Vergleich mit inaktiver Kontrollbedingung (Warteliste oder Symptom-Monitoring).	Wei & Chen (2021)	<ul style="list-style-type: none"> n = 278 Metaanalyse aus k = 7 randomisierten, quasi-randomisierten oder cluster-randomisierten kontrollierten Studien Posttraumatische Belastungsstörung Internalisierendes HiTOP Spektrum Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,7,9}
Symptomschwere nach Intervention¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Hedge`s g 1,24 (95% Konfidenzintervall 0,80 – 1,67) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein deutlicher ² Effekt von Psychotherapie (Cognitive Processing Therapy) im Vergleich mit inaktiver Kontrollbedingung (Warteliste oder psychologisches Placebo). <i>Eine Trimm-and-Fill-Analyse zur Berücksichtigung von Publikationsbias ergab keine</i>	Asmundson et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> n = 841 Metaanalyse aus k = 8 Randomisierten kontrollierten Studien Posttraumatische Belastungsstörung Internalisierendes HiTOP Spektrum Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% 	⊕⊕⊕⊕ ^{5,7}

			wesentliche Änderung des Effektschätzers (Hedge`s g 1,38, 95% Konfidenzintervall 0,89 – 1,88).		der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind. ³	
Symptom-schwere bei Follow-Up¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Hedge`s g 0,90 (95% Konfidenzintervall 0,57 – 1,23) Es zeigte sich ein deutlicher ² Effekt bei Follow-Up von Psychotherapie (Cognitive Processing Therapy) im Vergleich mit inaktiver Kontrollbedingung (Warteliste oder psychologisches Placebo). Die Follow-Up Zeitpunkte lagen zwischen 1 und 12 Monate nach Baseline.	Asmundson et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 689 • Metaanalyse aus k = 6 Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊖⊖ ^{5,7}
Erfüllen der Diagnose-kriterien nach Intervention¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Relatives Risiko 4,69 (95% Konfidenzintervall 1,43 – 15,42) Die Wahrscheinlichkeit, die Diagnosekriterien nicht mehr zu erfüllen, war bei Personen, die Psychotherapie (Narrative Expositionstherapie) erhielten, mehr als 4 Mal höher als bei Personen mit inaktiver Kontrollbedingung (Warteliste oder Symptom-Monitoring). Vermutlich handelt es sich um den Zeitpunkt direkt nach der Intervention.	Wei & Chen (2021)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 148 • Metaanalyse aus k = 3 randomisierten, quasi-randomisierten oder cluster-randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{3,4} 	⊕⊕⊖⊖ ^{6,9}

¹Messung anhand verschiedener Erhebungsinstrumente

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences (1st ed.)

³Basierend auf Ergebnis der Expertenurfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

⁴Einschätzung der Persönlichkeitsfunktionen basierend auf der Annahme, dass bei allen Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorliegt. Einschlusskriterium der Metaanalyse war jedoch lediglich, dass in den jeweiligen Einzelstudien bei der Mehrheit der Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorlag.

⁵Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Metaanalyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (7 oder weniger von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt).

⁶Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Metaanalyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (mindestens eine Randomisierte Kontrollierte Studie der Metaanalyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Biasrisiko“ bewertet).

⁷Herabstufung, da ein hoher mit Studiendifferenzen zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien ($I^2 > 50\%$) vorlag.

⁸Herabstufung wegen Fehlender Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

⁹Herabstufung, da mit Publikationsbias zu rechnen ist

Tabelle 14: Evidenztabelle Schlüsselfrage 1, Endpunkt Inanspruchnahme Gesundheitssystem, Vergleich mit Treatment as usual

Schlüsselfrage 1: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante Psychotherapie erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Inanspruchnahme des Gesundheitssystems						
Vergleich mit Treatment as usual						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Hospitalisierungen nach Intervention	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Hedge`s g 0,19 (95% Konfidenzintervall -0,01 – 0,39) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich die Tendenz eines geringen ¹ Effekts auf die Hospitalisierungen zwischen Personen mit Gruppentherapie und Personen mit Treatment as usual.	McLaughlin et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 687 • Metaanalyse aus k = 8 Randomisierten kontrollierten Studien • Borderline Persönlichkeitsstörung • Antagonistisch externalisierendes HiTOP Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 90% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{2,3} 	⊕⊕⊖⊖ ^{4,5}
Aufsuchen der Notaufnahme nach Intervention	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	Hedge`s g 0,01 (95% Konfidenzintervall -0,19 – 0,23) Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein trivialer, nicht statistisch signifikanter Effekt auf die Frequenz des Aufsuchens der Notaufnahme zwischen Personen mit Gruppentherapie und Personen mit Treatment as usual.	McLaughlin et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 431 • Metaanalyse aus k = 5 Randomisierten kontrollierten Studien • Borderline Persönlichkeitsstörung • Antagonistisch externalisierendes HiTOP Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 90% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.^{2,3} 	⊕⊕⊖⊖ ^{4,5}

¹Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences (1st ed.)

²Basierend auf Ergebnis der Expertenbefragung zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

³Einschätzung der Persönlichkeitsfunktionen basierend auf der Annahme, dass bei allen Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorliegt. Einschlusskriterium der Metaanalyse war jedoch lediglich, dass in den jeweiligen Einzelstudien bei der Mehrheit der Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorlag.

⁴Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Metaanalyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (mindestens eine Randomisierte Kontrollierte Studie der Metaanalyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Biasrisiko“ bewertet).

⁵Herabstufung wegen Fehlender Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

Schlüsselfrage 2: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die online Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung erhalten, ein schlechteres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Hierzu wurden 2 Randomisierte und eine cluster-randomisierte Studie eingeschlossen (Adu et al. 2023; Hedman et al. 2016; Rodante et al. 2022).

Eine ausführliche Beschreibung der Ergebnisse findet sich im Hintergrundtext (Langversion Kapitel 4.2.4). Genauere Informationen zur Evidenz finden sich in Tabelle 61 im Anhang.

Die hier berücksichtigten Studiendesigns sind ausschließlich randomisierte bzw. cluster-randomisierte Studien. Die methodischen Schwächen der Studien wurden in der Evidenzbewertung berücksichtigt und sind in den Evidenztabelle als Fußnoten angemerkt. Die betrachteten Endpunkte sind allesamt als relevant anzusehen, da sie von den Mandatstragenden hoch priorisiert wurden (siehe 3.1.3).

Konsistenz der Resultate/Richtung der Ergebnisse über die Studien hinweg

Die Resultate der Studien sind konsistent, jedoch mit Unsicherheit und Heterogenität zwischen den Outcomes behaftet.

Beim **Endpunkt „Funktionsfähigkeit“** lag eine randomisierte kontrollierte Studie vor, wobei die Qualität als sehr gering bewertet wurde. Im Ergebnis zeigte sich für diesen Endpunkt ein mittlerer Effekt einer online Intervention ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung.

Beim **Endpunkt „Störungsspezifische Symptome“** lagen zwei randomisierte und eine clusterrandomisierte Studie vor, wobei die Qualität für die Endpunkte von sehr gering bis gering reichte. Im Ergebnis zeigte sich über die Endpunkte hinweg ein fehlender bis starker Effekt von online Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung.

Beim **Endpunkt „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“** lag eine randomisierte kontrollierte Studie vor, wobei die Qualität als gering bewertet wurde. Im Ergebnis zeigte sich für diesen Endpunkt kein Hinweis auf einen Effekt einer online Intervention ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung.

Ausmaß des Nutzens im Vergleich zum Schaden

Aufgrund der geringen Qualität und niedrigen oder nicht vorhandenen Effekte kann der Nutzen im Vergleich zum Schaden (im Sinne keiner Wirksamkeit) nicht klar festgestellt werden. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass bei unbegleiteten Interventionen bei einer Verschlechterung des Zustands kein Eingreifen durch eine fachkundige Person erfolgen kann.

Anwendbarkeit im klinischen Kontext

Die Anwendung unbegleiteter online-Anwendungen muss kritisch hinterfragt werden.

Tabelle 15: Evidenztabelle Schlüsselfrage 2, Endpunkt Funktionsfähigkeit, Vergleich mit Warteliste

Schlüsselfrage 2: Haben Patient*innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die online Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung erhalten, ein schlechteres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Funktionsfähigkeit						
Vergleich mit Warteliste						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Funktionsfähigkeit anhand Sheehan Disability Scale (SDS) ¹	Mittelwert des SDS Scores Post-treatment 10,5 (Standardabweichung 8,3) bei der Warteliste-Kontrollbedingung sowie 5,2 (Standardabweichung 4,9) bei begleiteter internetbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie.	Mittelwert des SDS Scores Post-treatment 6,2 (Standardabweichung 6,4).	Cohen`s d 0,58 (95% Konfidenzintervall 0,08 – 1,07) Es zeigte sich ein mittlerer ² post-treatment-Effekt von unbegleiteter internetbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie im Vergleich zu Warteliste-Kontrollbedingung. Bei begleiteter internetbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie zeigte sich ein deutlicherer Effekt mit Cohen`s d 0,77 (95% Konfidenzintervall 0,25 – 1,27) gegenüber der Warteliste Kontrollbedingung.	Hedman et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 127 (alle, die post-treatment teilgenommen haben) • 1 Randomisierte kontrollierte Studie • überwiegend Somatisierungsstörung • Somatoformes HiTOP Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 48% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊖⊖⊖ ⁴
	Differenz Der Mittelwert des Scores in der Interventionsgruppe ist 4,3 Punkte geringer als in der Warteliste-Kontrollgruppe. Der Mittelwert des Scores in der Interventionsgruppe ist 1 Punkt höher als in der Kontrollgruppe mit begleiteter internetbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie.					

¹Sheehan DV. The Anxiety Disease. Scribner, 1983.

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences (1st ed.)

³Basierend auf Ergebnis der Expertenbefragung zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

⁴Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Herabstufung zu „moderat“ wegen möglichem Biasrisiko (Studienteilnehmer:innen nicht verblindet), Herabstufung zu „niedrig“ wegen Indirektheit hinsichtlich der Vergleichsgruppen (Kein direkter Vergleich zwischen unbegleiteter und begleiteter Intervention, sondern nur jeweils Vergleich gegen Warteliste) und Herabstufung zu „sehr niedrig“ aufgrund fehlender Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

Tabelle 16: Evidenztabelle Schlüsselfrage 2, Endpunkt Störungsspezifische Symptome, Vergleich mit Warteliste

Schlüsselfrage 2: Haben Patient*innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die online Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung erhalten, ein schlechteres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Störungsspezifische Symptome						
Vergleich gegen Warteliste						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Gesundheitsangst anhand 64 item Health Anxiety Inventory (HAI) ¹	Mittelwert des HAI Scores Post-treatment 100,1 (Standardabweichung 26,1) bei der Warteliste-Kontrollbedingung sowie 69,7 (Standardabweichung 24,8) bei begleiteter internetbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie.	Mittelwert des HAI Scores Post-treatment 68,3 (Standardabweichung 35,6).	Cohen`s d 1,02 (95% Konfidenzintervall 0,49 – 1,53) Es zeigte sich ein deutlicher ² post-treatment-Effekt von unbegleiteter internetbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie im Vergleich zu Warteliste-Kontrollbedingung. Bei begleiteter internetbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie zeigte sich ein etwas stärkerer ¹ Effekt mit Cohen`s d 1,27 (95% Konfidenzintervall 0,72 – 1,79) gegenüber der Warteliste Kontrollbedingung.	Hedman et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 127 (alle, die post-treatment teilgenommen haben) • 1 Randomisierte kontrollierte Studie • überwiegend Somatisierungsstörung • Somatoformes HiTOP Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 48% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊖⊖ ⁴
	Differenz Der Mittelwert des Scores in der Interventionsgruppe ist 31,8 Punkte geringer als in der Warteliste-Kontrollgruppe. Der Mittelwert des Scores in der Interventionsgruppe ist 1,4 Punkte geringer als in der Kontrollgruppe mit begleiteter internetbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie.					

¹Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark DM. The health anxiety inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med* 2002; 32: 843–53.

²Cohen, J. (1969). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (1st ed.)

³Basierend auf dem Ergebnis der Expertenbefragung zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

⁴Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Herabstufung zu „moderat“ wegen möglichem Biasrisiko (Studienteilnehmer:innen nicht verblindet), Herabstufung zu „niedrig“ wegen Indirektheit hinsichtlich der Vergleichsgruppen (Kein direkter Vergleich zwischen unbegleiteter und begleiteter Intervention, sondern nur jeweils Vergleich gegen Warteliste).

Tabelle 17: Evidenztabelle Schlüsselfrage 2, Endpunkt Störungsspezifische Symptome, Vergleich mit Transkranieller Magnetstimulation

Schlüsselfrage 2: Haben Patient*innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die online Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung erhalten, ein schlechteres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Störungsspezifische Symptome						
Vergleich gegen Transkranielle Magnetstimulation						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Symptom-schwere der Depression anhand Hamilton Depression Scale (HAMD) ¹	Mittelwert des HAMD Scores bei Entlassung 8,89 (Standardabweichung 5,83).	Mittelwert des HAMD Scores bei Entlassung 9,97 (Standardabweichung 7,03).	Analysis of Covariance F=0,15(1) p=0,7 Es zeigte sich kein Hinweis auf einen Unterschied zwischen Personen mit internet-basierter Kognitiver Verhaltenstherapie zusätzlich zu transkranieller Magnetstimulation im Vergleich zu nur transkranieller Magnetstimulation.	Adu et al. (2023)	<ul style="list-style-type: none"> n = 70 (alle, für die HAMD Baseline Score vorlag) 1 Randomisierte kontrollierte Studie Behandlungsresistente Depression Internalisierendes HiTOP Spektrum Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 73% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.² 	⊕⊕⊖⊖ ³
	Differenz Der Mittelwert des Scores in der Interventionsgruppe ist 1,08 Punkte höher als in der Kontrollgruppe.					

¹Hamilton, M. A rating scale for depression. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 1960, 23, 56

²Basierend auf dem Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr)

³Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Herabstufung zu „moderat“ wegen möglichem Biasrisiko (Studienteilnehmer:innen nicht verblindet) und Herabstufung zu „niedrig“ wegen Indirektheit hinsichtlich der Intervention (Onlineintervention wurde zusätzlich zu transkranieller Magnetstimulation verabreicht).

Tabelle 18: Evidenztabelle Schlüsselfrage 2, Endpunkt Störungsspezifische Symptome, Vergleich mit Dialektischer Verhaltenstherapie

Schlüsselfrage 2: Haben Patient*innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die online Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung erhalten, ein schlechteres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Störungsspezifische Symptome						
Vergleich gegen Dialektische Verhaltenstherapie						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Häufigkeit Suizidalen Verhaltens anhand des Self-injurious thoughts and behaviors interview (SITBI) ¹	Dargestellt ist die durchschnittliche Reduktion der Häufigkeit suizidalen Verhaltens zwischen vor und nach Erhalt von Dialektischer Verhaltenstherapie. Die Häufigkeit von bspw. Suizidgedanken hat sich während des letzten Monats zwischen vor und nach Erhalt der Therapie durchschnittlich um 1 reduziert.	Dargestellt ist die durchschnittliche Reduktion der Häufigkeit suizidalen Verhaltens zwischen vor und nach Erhalt von Dialektischer Verhaltenstherapie und App. Die Häufigkeit von bspw. Suizidgedanken hat sich während des letzten Monats zwischen vor und nach Erhalt der Therapie und App durchschnittlich um 1,88 reduziert.	Es wurde berichtet, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, dass die durchschnittliche Häufigkeit suizidalen Verhaltens im letzten Monat niedriger ist ($p(\text{diff}>0)$) bei Personen, die zusätzlich zu Dialektischer Verhaltenstherapie eine App verwendeten im Vergleich zu Personen, die nur Dialektische Verhaltenstherapie erhielten. Die Bayesianischen Kreditabilitätsintervalle beschreiben die Differenz zwischen den Mittelwerten der Reduktion (siehe Spalten links) zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Bei Suizidgedanken sowie suizidaler Geste zeigte sich die Tendenz einer hohen Wahrscheinlichkeit für eine Reduktion Suizidalen	Rodante et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 18 • 1 Cluster Randomisierte Studie • Suizidales oder selbstverletzendes Verhalten • Internalisierendes HiTOP Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 90% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.² 	⊕⊖⊖⊖ ³

			Verhaltens bei Personen, die zusätzlich eine App verwendeten. Alle Kreditabilitätsintervalle enthielten jedoch die 0, somit kann nicht ausgeschlossen werden, dass es keinen Unterschied in der Reduktion suizidalen Verhaltens zwischen den Gruppen gab.			
	<u>Suizidgedanken</u> Mittelwert=1,00 (Standard-abweichung 2,39)	<u>Suizidgedanken</u> Mittelwert=1,88 (Standard-abweichung 3,44)	<u>Suizidgedanken</u> p(diff>0)=0,64 (85% Bayesian Credibility Interval -1,83 – 2,90)			
	Differenz Personen in der Interventionsgruppe hatten nach der Intervention durchschnittlich 1,88 Suizidgedanken pro Monat weniger als vor der Intervention und damit eine höhere Reduktion von Suizidgedanken als Personen in der Kontrollgruppe.					
	<u>Suizid Plan</u> Mittelwert=0,71 (Standard-abweichung 1,38)	<u>Suizid Plan</u> Mittelwert=0,38 (Standard-abweichung 0,52)		<u>Suizid Plan</u> p(diff>0)=0,32 (85% Bayesian Credibility Interval -1,34 – 0,73)		
	Differenz Personen in der Interventionsgruppe hatten nach der Intervention durchschnittlich 0,38 Suizidpläne pro					

<p>Monat weniger als vor der Intervention und damit eine geringere Reduktion von Suizidplänen als Personen in der Kontrollgruppe.</p>				
<p><u>Suizidale Geste</u> Mittelwert= -0,67 (Standardabweichung 0,58)</p>	<p><u>Suizidale Geste</u> Mittelwert=0,50 (Standardabweichung 1,00)</p>	<p><u>Suizidale Geste</u> p(diff>0)=0,81 (85% Bayesian Credibility Interval -0,71 – 3,82)</p>		
<p>Differenz Personen in der Interventionsgruppe hatten nach der Intervention durchschnittlich 0,5 Suizidale Gesten pro Monat weniger als vor der Intervention und damit eine höhere Reduktion von Suizidalen Gesten als Personen in der Kontrollgruppe.</p>				
<p><u>Suizidversuch</u> Median=0,29 (Interquartilsabstand 0,95)</p>	<p><u>Suizidversuch</u> Median=0,00 (Interquartilsabstand 0,00)</p>	<p><u>Suizidversuch</u> keine Wahrscheinlichkeit angegeben</p>		
<p>Differenz Personen in der Interventionsgruppe hatten nach der Intervention im Median 0 Suizidversuche pro Monat und damit eine höhere Reduktion von Suizidversuchen als Personen in der Kontrollgruppe.</p>				
<p><u>Gedanken an nichtsuizidale Selbstverletzung</u></p>	<p><u>Gedanken an nichtsuizidale Selbstverletzung</u> Mittelwert= 0,13</p>	<p><u>Gedanken an nichtsuizidale Selbstverletzung</u></p>		

	Mittelwert= 4,43 (Standard- abweichung 8,94)	(Standard- abweichung 2,42)	p(diff>0)=0,20 (85% Bayesian Credibility Interval -9,07 – 2,79)			
Differenz Personen in der Interventionsgruppe hatten nach der Intervention durchschnittlich 0,13 Gedanken an nichtsuizidale Selbstverletzung pro Monat weniger als vor der Intervention und damit eine geringere Reduktion von Gedanken an nichtsuizidale Selbstverletzung als Personen in der Kontrollgruppe.						
	<u>Nichtsuizidale Selbstverletzung</u> Mittelwert=1,00 (Standard- abweichung 2,20)	<u>Nichtsuizidale Selbstverletzung</u> Mittelwert= -0,25 (Standard- abweichung 1,91)	<u>Nichtsuizidale Selbstverletzung</u> p(diff>0)=0,18 (85% Bayesian Credibility Interval -3,08 – 0,72)			
Differenz Personen in der Interventionsgruppe hatten nach der Intervention durchschnittlich 0,25 Gedanken an nichtsuizidale Selbstverletzung pro Monat mehr als vor der Intervention und damit eine geringere Reduktion von Gedanken an nichtsuizidale Selbstverletzung als Personen in der Kontrollgruppe.						

¹Garcia-Nieto, R., Blasco-Fontecilla, H., Paz Yepes, M., & Baca-Garcia, E. (2013). Translation and validation of the “Self-injurious thoughts and behaviors interview” in a Spanish population with suicidal behaviour. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 6(3), 101–108. doi:10.1016/j.rpsm.2012.07.001; Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., & Michel, B. D. (2007). Self-injurious thoughts and behaviors interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*, 19(3), 309–317. doi:10.1037/1040-3590.19.3.309

²Basierend auf dem Ergebnis der Expertenbefragung zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr)

³Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Herabstufung zu „moderat“ wegen möglichem Biasrisiko (Studienteilnehmer:innen nicht verblindet) und Herabstufung zu „niedrig“ wegen Inkonsistenz (Wahrscheinlichkeiten für reduziertes suizidales Verhalten reichen von 0,18 bis 0,81). Weitere Herabstufung zu „sehr niedrig“ aufgrund fehlender Präzision aufgrund der geringen Stichprobengröße von n=18.

Tabelle 19: Evidenztabelle Schlüsselfrage 2, Endpunkt Gesundheitsbezogene Lebensqualität, Vergleich mit Transkranieller Magnetstimulation

Schlüsselfrage 2: Haben Patient*innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die online Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung erhalten, ein schlechteres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Gesundheitsbezogene Lebensqualität						
Vergleich mit Transkranieller Magnetstimulation						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Gesundheitsbezogene Lebensqualität anhand Qualität of Life Visual Analogue Scale (EQ-VAS) ¹	Mittelwert des EQ-VAS Scores bei Entlassung 64,42 (Standardabweichung 18,13).	Mittelwert des EQ-VAS Scores bei Entlassung 60,90 (Standardabweichung 21,45).	Analysis of Covariance F=0,46(1) p=0,5 Es zeigte sich kein Hinweis auf einen Unterschied zwischen Personen mit internet-basierter Kognitiver Verhaltenstherapie zusätzlich zu transkranieller Magnetstimulation im Vergleich zu nur transkranieller Magnetstimulation.	Adu et al. (2023)	<ul style="list-style-type: none"> n = 70 (alle, für die EQ-VAS Baseline Score vorlag) 1 Randomisierte kontrollierte Studie Behandlungsresistente Depression Internalisierendes HiTOP Spektrum Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 73% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.² 	⊕⊕⊖⊖ ³

¹van Reenen, M.; Janssen, B. EQ-5D-5L User Guide: Basic Information on How to Use the EQ-5D-5L Instrument; EuroQol Research Foundation: Rotterdam, The Netherlands, 2015.

²Basierend auf dem Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

³Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Herabstufung zu „moderat“ wegen möglichem Biasrisiko (Studienteilnehmer:innen nicht verblindet) und Herabstufung zu „niedrig“ wegen Indirektheit hinsichtlich der Intervention (Onlineintervention wurde zusätzlich zu transkranieller Magnetstimulation verabreicht).

Schlüsselfrage 3: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulant und stationär abgestimmte Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Hierzu wurde eine quasi-experimentelle Längsschnittstudie eingeschlossen (Müller et al. 2016).

Eine ausführliche Beschreibung der Ergebnisse findet sich im Hintergrundtext (Langversion Kapitel 4.2.5). Genauere Informationen zur Evidenz finden sich in Tabelle 62 im Anhang.

Beim hier vorliegenden Studiendesign handelt es sich um eine quasi-experimentelle Längsschnittstudie. Die methodischen Schwächen der Studie wurden in der Evidenzbewertung berücksichtigt und sind in den Evidenztabelle als Fußnoten angemerkt. Die betrachteten Endpunkte sind allesamt als relevant anzusehen, da sie vergleichbar sind mit den von den Mandatstragenden als hoch priorisierten Endpunkten (siehe 3.1.3).

Konsistenz der Resultate/Richtung der Ergebnisse über die Studien hinweg

Die Qualität wurde für alle Endpunkte als sehr gering bewertet. Die Resultate der Studie sind zum Teil widersprüchlich.

So zeigte sich für den **Endpunkt „Häufigkeit stationärer Behandlung“** die Tendenz zu einem deutlichen Effekt ambulant-stationär koordinierter Versorgung im Vergleich zu Standardversorgung.

Für **alle weiteren Endpunkte** lag nur ein prä-post Vergleich innerhalb der Interventionsgruppe vor. Hier zeigten sich einerseits signifikante Verbesserungen (beim Endpunkt „Psychosoziales Funktionsniveau“ sowie einzelnen Subskalen der „Veränderung Symptomatik“) als auch keine Änderungen (beim Endpunkt „Subjektive Lebensqualität“ sowie einer Subskala der „Veränderung Symptomatik“) als auch Verschlechterungen bei einzelnen Subskalen der „Veränderung Symptomatik“.

Ausmaß des Nutzens im Vergleich zum Schaden

Verschlechterungen der Symptomatik zeigten sich in zwei der zwei Subskalen „Schweregrad Schizophrenie“ sowie „negative Symptome“. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass es sich um Subskalen einer sowieso mit 13 Teilnehmenden in der Interventionsgruppe sehr geringen Teilnehmerzahl handelt. Eine Beurteilung des Nutzens und Schadens ist angesichts der heterogenen Ergebnislage und geringen Qualität der Evidenz nicht möglich.

Anwendbarkeit im klinischen Kontext

Die Anwendbarkeit ambulant-stationär abgestimmter Versorgung setzt entsprechende Ressourcen für Absprachen voraus (siehe 6.1).

Tabelle 20: Evidenztabelle Schlüsselfrage 3, Endpunkt Psychosoziales Funktionsniveau, Vergleich mit Standardversorgung

Schlüsselfrage 3: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulant und stationär abgestimmte Versorgung erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Psychosoziales Funktionsniveau						
Vergleich mit Standardversorgung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Psycho-soziales Funktionsniveau anhand Global Assessment of Functioning Scale (GAF) ¹	nicht angegeben	Verbesserung des Funktionsniveaus zwischen Baseline und nach 12 Monaten (Baseline 41,1; nach 12 Monaten 52,6; p<0,05).	nicht angegeben	Müller et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 26 • 1 Quasi-experimentelle Längsschnittstudie • Schizophrenie oder schwere psychotische Störung • HiTOP Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 84% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.² 	⊕⊖⊖⊖ ³

¹Hilsenroth MJ, Ackerman SJ, Blagys MD et al. Reliability and validity of DSM-IV axis V. American Journal of Psychiatry 2000; 157: 1858–1863

²Basierend auf Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr)

³Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung zu „sehr niedrig“ vorgenommen, da für dieses Outcome keine Kontrollgruppe vorhanden ist.

Tabelle 21: Evidenztabelle Schlüsselfrage 3, Endpunkt Subjektive Lebensqualität, Vergleich mit Standardversorgung

Schlüsselfrage 3: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulant und stationär abgestimmte Versorgung erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Subjektive Lebensqualität						
Vergleich mit Standardversorgung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Subjektive Lebensqualität anhand Modularem System zur Lebensqualität (MSLQ-R) ¹	nicht angegeben	Keine Änderung der Subjektiven Lebensqualität in 7 Subskalen zwischen Baseline und nach 12 Monaten (jeweils p-Wert nicht statistisch signifikant): <u>Körperliche Gesundheit</u> Baseline 4,6; nach 12 Monaten 3,9 <u>Vitalität</u> Baseline 4,0; nach 12 Monaten 3,5 <u>Psychosoziale Lebensqualität</u>	nicht angegeben	Müller et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 26 • 1 Quasi-experimentelle Längsschnittstudie • Schizophrenie oder schwere psychotische Störung • HiTOP Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 84% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.² 	⊕⊖⊖⊖ ³

		Baseline 4,4; nach 12 Monaten 4,4 <u>Materielle Versorgung</u> Baseline 4,5; nach 12 Monaten 4,7 <u>Freizeit Lebensqualität</u> Baseline 4,4; nach 12 Monaten 4,2 <u>Affektive Lebensqualität</u> Baseline 4,6; nach 12 Monaten 4,8 <u>Leben gesamt</u> Baseline 4,3; nach 12 Monaten 4,8				
--	--	--	--	--	--	--

¹Pukrop R, Möller HJ, Saß H et al. Das Konstrukt Lebensqualität. Metaanalytische Validierung und die Entwicklung eines modularen Erhebungssystems. Der Nervenarzt 1999; 70: 41–53

²Basierend auf Ergebnis der Expertenfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

³Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung zu „sehr niedrig“ vorgenommen, da für dieses Outcome keine Kontrollgruppe vorhanden ist.

Tabelle 22: Evidenztabelle Schlüsselfrage 3, Endpunkt Veränderung der Symptomatik, Vergleich mit Standardversorgung

Schlüsselfrage 3: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulant und stationär abgestimmte Versorgung erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Veränderung der Symptomatik						
Vergleich mit Standardversorgung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Veränderung der Symptomatik anhand Clinical Global Impression Scale (CGI-Schizophrenia) ¹	nicht angegeben	Verbesserung der Symptomatik in 3 Subskalen zwischen Baseline und nach 12 Monaten: <u>Schweregrad der Krankheit</u> Baseline 5,5; nach 12 Monaten 4,7; p<0,01 <u>Schweregrad positiver Symptome</u> Baseline 3,8; nach 12 Monaten 2,7; p<0,001 <u>Schweregrad kognitiver Symptome</u>	nicht angegeben	Müller et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 26 • 1 Quasi-experimentelle Längsschnittstudie • Schizophrenie oder schwere psychotische Störung • HiTOP Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 84% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.² 	⊕⊖⊖⊖ ³

		<p>Baseline 4,4; nach 12 Monaten 3,5; p<0,05</p> <p>Verschlechterung der Symptomatik in 2 Subskalen zwischen Baseline und nach 12 Monaten:</p> <p><u>Schweregrad der Schizophrenie</u> Baseline 4,3; nach 12 Monaten 5,1; p<0,05</p> <p><u>Schweregrad negativer Symptome</u> Baseline 3,6; nach 12 Monaten 4,8; p<0,05</p> <p>Keine Änderung der Symptomatik in 1 Subskala zwischen Baseline und nach 12 Monaten:</p>				
--	--	--	--	--	--	--

		<u>Schweregrad depressiver Symptome</u> Baseline 3,3; nach 12 Monaten 4,0; p-Wert nicht signifikant				
--	--	---	--	--	--	--

¹Haro J, Kamath S, Ochoa SO et al. The Clinical Global Impression–Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica 2003; 107: 16–23

²Basierend auf Ergebnis der Expertenurfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

³Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung zu „sehr niedrig“ vorgenommen, da für dieses Outcome keine Kontrollgruppe vorhanden ist.

Tabelle 23: Evidenztabelle Schlüsselfrage 3, Endpunkt Behandlungssadhärenz, Vergleich mit Standardversorgung

Schlüsselfrage 3: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulant und stationär abgestimmte Versorgung erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Behandlungssadhärenz						
Vergleich mit Standardversorgung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Behandlungssadhärenz anhand Service Engagement Scale (SES) ¹	nicht angegeben	Verbesserung im „Einlassen des Patienten auf die Behandlung“ zwischen Baseline und nach 12 Monaten (Baseline 8,7; nach 12 Monaten 5,8; p<0,05).	nicht angegeben	Müller et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 26 • 1 Quasi-experimentelle Längsschnittstudie • Schizophrenie oder schwere psychotische Störung • HiTOP Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 84% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.² 	⊕⊖⊖⊖ ³

¹Tait L, Birchwood M, Trower P. A new scale (SES) to measure engagement with community mental health services. Journal of Mental Health 2002; 11: 191–198

²Basierend auf Ergebnis der Expertenbefragung zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr)

³Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung zu „sehr niedrig“ vorgenommen, da für dieses Outcome keine Kontrollgruppe vorhanden ist.

Tabelle 24: Evidenztabelle Schlüsselfrage 3, Endpunkt Häufigkeit stationärer Behandlung, Vergleich mit Standardversorgung

Schlüsselfrage 3: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulant und stationär abgestimmte Versorgung erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Häufigkeit der stationären Behandlung						
Vergleich mit Standardversorgung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Häufigkeit der stationären Behandlung	53,8 % der Teilnehmer:innen in Kontrollgruppe wurden innerhalb von 424 Tagen stationär aufgenommen (kumulative Rate stationäre Aufnahme, entspricht 7 von 13 Personen)	15,3 % der Teilnehmer:innen in Interventionsgruppe wurden innerhalb von 424 Tagen stationär aufgenommen (kumulative Rate stationäre Aufnahme, entspricht 2 von 13 Personen)	Odds Ratio 0,16 (95% Konfidenzintervall 0,02 – 1,0) Teilnehmer:innen mit integrierter Versorgung haben ein 84% geringeres Risiko einer stationären Aufnahme innerhalb von 424 Tagen als jene mit Standard-versorgung.	Müller et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> n = 26 1 Quasi-experimentelle Längsschnittstudie Schizophrenie oder schwere psychotische Störung HiTOP Spektrum der Denkstörungen Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 84% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.² 	⊕⊖⊖⊖ ¹
	Differenz In Interventionsgruppe um 38,5 Prozentpunkte höhere Reduktion (entspricht hier 5 von 13 bzw. 39 pro 100 Personen).					

¹Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung aufgrund fehlender Präzision des breiten Konfidenzintervalls vorgenommen.

²Basierend auf Ergebnis der Expertenfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

Schlüsselfrage 4: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die in „besonderen Wohnformen“ unter einem Dach wohnen, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Hierzu wurden zwei Publikationen einer prospektiven Kohortenstudie eingeschlossen (Dehn et al. 2022; Dehn et al. 2021).

Eine ausführliche Beschreibung der Ergebnisse findet sich im Hintergrundtext (Langversion Kapitel 4.2.6). Genauere Informationen zur Evidenz finden sich in Tabelle 63 im Anhang.

Beim hier vorliegenden Studiendesign handelt es sich um eine quasi-experimentelle Kohortenstudie. Die methodischen Schwächen der Studie wurden in der Evidenzbewertung berücksichtigt und sind in den Evidenztabelle als Fußnoten angemerkt. Die betrachteten Endpunkte sind allesamt als relevant anzusehen, da sie vergleichbar sind mit den von den Mandatstragenden als hoch priorisierten Endpunkten (siehe 3.1.3).

Konsistenz der Resultate/Richtung der Ergebnisse über die Studien hinweg

Die Qualität wurde für alle Endpunkte als sehr gering bewertet. Die Resultate der Studie sind konsistent, da sich für alle Endpunkte kein statistisch signifikanter Hinweis auf einen Effekt des Wohnens in einem Wohnheim zeigte.

Ausmaß des Nutzens im Vergleich zum Schaden

Da in der Studie kein statistisch signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe gezeigt werden konnte, kann weder nicht über einen möglichen Schaden oder Nutzen geurteilt werden.

Anwendbarkeit im klinischen Kontext

Die Anwendbarkeit von Versorgung in besonderen Wohnformen unter einem Dach setzt entsprechende Infrastruktur voraus (siehe 6.1).

Tabelle 25: Evidenztabelle Schlüsselfrage 4, Endpunkt Soziales Funktionsniveau, Vergleich mit Unterstützung in der eigenen Wohnung

Schlüsselfrage 4: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die in „besonderen Wohnformen“ unter einem Dach wohnen, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Soziales Funktionsniveau						
Vergleich mit Unterstützung in eigener Wohnung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Soziales Funktionsniveau anhand Social Functioning Scale (SFS) ¹	Vergleich (vermutlich durchschnittlicher) SFS Score zwischen Baseline und t3 (zwei Jahre später): Baseline: 104,9 t3: 106	Vergleich (vermutlich durchschnittlicher) SFS Score zwischen Baseline und t3 (zwei Jahre später): Baseline: 104,8 t3: 107,5	Kein signifikanter Unterschied zwischen Personen mit permanenter Wohnunterstützung gegen-über Personen in eigener Wohnung hinsichtlich des Gesamt SFS Scores (F=0,23, p=0,63, d=0,09) ² .	Dehn et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> n = 124 (Intention to treat mit Propensity Score matching) 1 prospektive quasi-experimentelle Kohortenstudie „schwere psychische Erkrankung“ Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 69% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊖⊖⊖ ⁴
	Differenz Bei Baseline ist der Mittelwert des Scores in der Interventionsgruppe 0,1 Punkte geringer als in der Kontrollgruppe, bei t3 1,5 Punkte höher.					
Soziales Funktionsniveau anhand Social Functioning Scale (SFS) ¹	Statistisch signifikante Verbesserung des SFS Scores zwischen Baseline und 2 Jahre später (keine konkreten Zahlen berichtet).	Statistisch signifikante Verbesserung des SFS Scores zwischen Baseline und 2 Jahre später (keine konkreten Zahlen berichtet).	Kein signifikanter Unterschied zwischen Personen im stationären Setting/besonderer Wohnform gegen-über Personen in eigener Wohnung (ambulant) hinsichtlich des Gesamt SFS Scores (kein Testergebnis berichtet).	Dehn et al. (2021)	<ul style="list-style-type: none"> n = 102 (Per protocol mit Propensity Score matching) 1 prospektive quasi-experimentelle Kohortenstudie „schwere psychische Erkrankung“ Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 72% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊕⊖ ⁴

¹Birchwood M, Smith JO, Cochrane R, Wetton S, Copestake S (1990) The social functioning scale: the development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 157:853–859. <https://doi.org/10.1192/bjp.157.6.853>; Iffland JR, Lockhofen D, Gruppe H, Gallhofer B, Sammer G, Hanewald B (2015) Validation of the German version of the social functioning scale (SFS) for schizophrenia. *PLoS One* 10:e0121807. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121807>

²Berichtet werden die Kennzahlen der statistischen Analyse, bei denen die Daten aus t2 eingesetzt wurden, falls an t3 fehlende Werte vorlagen (Last Observing Carried Forward Methode)

³Basierend auf Ergebnis der Expertenbefragung zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

⁴Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung zu „sehr niedrig“ vorgenommen, da im Abschlussbericht über das Projekt, das den beiden Publikationen zugrunde liegt, deutlich wurde, dass die Kontrollgruppe auch Wohnformen enthält, die unserer Interventionsdefinition entsprechen. Es liegt hier also eine fehlende Trennschärfe zwischen Interventions- und Kontrollgruppe vor.

Tabelle 26: Evidenztabelle Schlüsselfrage 4, Endpunkt Einweisung ins psychiatrische Krankenhaus, Vergleich mit Unterstützung in der eigenen Wohnung

Schlüsselfrage 4: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die in „besonderen Wohnformen“ unter einem Dach wohnen, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Einweisungen ins psychiatrische Krankenhaus						
Vergleich mit Unterstützung in eigener Wohnung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Einweisungen ins psychiatrische Krankenhaus	Vergleich Prävalenz (hier definiert als Anteil der Personen in Kontrollgruppe, die in den letzten 12 Monaten eingewiesen wurden) zwischen Baseline und t3 (zwei Jahre später): Baseline: 59,7% t3: 27,4%	Vergleich Prävalenz (hier definiert als Anteil der Personen in Interventionsgruppe, die in den letzten 12 Monaten eingewiesen wurden) zwischen Baseline und t3 (zwei Jahre später): Baseline: 69,4% t3: 21%	Kein signifikanter Unterschied zwischen Personen mit permanenter Wohnunterstützung im gegen-über Personen in eigener Wohnung hinsichtlich Krankenhaus-einweisungen in den letzten 12 Monaten an t3 (zwei Jahre nach Baseline) (Chi2(1)=0,70, p=0,53, V=0,08).	Dehn et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 124 (Intention to treat mit Propensity Score matching) • 1 prospektive Kohortenstudie • „schwere psychische Erkrankung“ • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 69% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.¹ 	⊕⊖⊖⊖ ²
	Differenz In der Kontrollgruppe reduzierte sich die Prävalenz um 32,3 Prozentpunkte, in Interventionsgruppe um 48,4 Prozentpunkte. In der Interventionsgruppe zeigte sich also eine um 16,1 Prozentpunkte (sprich 16 pro 100 Personen) höhere Reduktion.					

Einweisungen ins psychiatrische Krankenhaus	Statistisch signifikante Reduktion stationärer Aufenthalte zwischen Baseline und 2 Jahre später (keine konkreten Zahlen berichtet).	Statistisch signifikante Reduktion stationärer Aufenthalte zwischen Baseline und 2 Jahre später (keine konkreten Zahlen berichtet).	Kein signifikanter Unterschied zwischen Personen im stationären Setting/besonderer Wohnform gegen-über Personen in eigener Wohnung (ambulant) hinsichtlich des Gesamt SFS Scores (kein Testergebnis berichtet).	Dehn et al. (2021)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 102 (Per protocol mit Propensity Score matching) • 1 prospektive quasi-experimentelle Kohortenstudie • „schwere psychische Erkrankung“ • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 72% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.¹ 	⊕⊖⊖⊖ ²
--	---	---	---	--------------------	---	-------------------

¹Basierend auf Ergebnis der Expertenurfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

²Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung zu „sehr niedrig“ vorgenommen, da im Abschlussbericht über das Projekt, das den beiden Publikationen zugrunde liegt, deutlich wurde, dass die Kontrollgruppe auch Wohnformen enthält, die unserer Interventionsdefinition entsprechen. Es liegt hier also eine fehlende Trennschärfe zwischen Interventions- und Kontrollgruppe vor.

Tabelle 27: Evidenztabelle Schlüsselfrage 4, Endpunkt Psychopathologische Symptomschwere, Vergleich mit Unterstützung in der eigenen Wohnung

Schlüsselfrage 4: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die in „besonderen Wohnformen“ unter einem Dach wohnen, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Psychopathologische Symptomschwere						
Vergleich mit Unterstützung in eigener Wohnung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Psychopathologische Symptomschwere anhand 9-item Symptom Checklist (SCL-K-9) ¹	Vergleich (vermutlich durchschnittlicher) SCL-K-9 Score zwischen Baseline und t3 (zwei Jahre später): Baseline: 13,1 t3: 12,7	Vergleich (vermutlich durchschnittlicher) SCL-K-9 Score zwischen Baseline und t3 (zwei Jahre später): Baseline: 11,5 t3: 9,7	Kein signifikanter Unterschied zwischen Personen mit permanenter Wohnunterstützung im gegen-über Personen in eigener Wohnung hinsichtlich des SCL-K-9 Scores (F=3,00, p=0,09, d=0,31) ² .	Dehn et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> n = 124 (Intention to treat mit Propensity Score matching) 1 prospektive Kohortenstudie „schwere psychische Erkrankung“ Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 69% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊖⊖⊖ ⁴
	Differenz Bei Baseline ist der Mittelwert des Scores in der Interventionsgruppe 1,6 Punkte geringer als in der Kontrollgruppe, bei t3 3 Punkte geringer.					
Psychopathologische Symptomschwere anhand 9-item Symptom Checklist (SCL-K-9) ¹	Statistisch signifikante Verbesserung des SCL-K-9 Scores zwischen Baseline und 2 Jahre später (keine konkreten Zahlen berichtet).	Statistisch signifikante Verbesserung des SCL-K-9 Scores zwischen Baseline und 2 Jahre später (keine konkreten Zahlen berichtet).	Kein signifikanter Unterschied zwischen Personen im stationären Setting/besonderer Wohnform gegen-über Personen in eigener Wohnung (ambulant) hinsichtlich des Gesamt SFS Scores (kein Testergebnis berichtet).	Dehn et al. (2021)	<ul style="list-style-type: none"> n = 102 (Per protocol mit Propensity Score matching) 1 prospektive quasi-experimentelle Kohortenstudie „schwere psychische Erkrankung“ Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen 	⊕⊖⊖⊖ ⁴

					bei 72% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind. ³	
--	--	--	--	--	--	--

¹Klaghofer R, Brähler E (2001) Construction and test statistical evaluation of a short version of the SCL-90-R. Z Für Klin Psychol Psychiatr Psychother 49:115–124; Prinz U, Nutzinger DO, Schulz H, Petermann F, Braukhaus C, Andreas S (2008) The symptom-check-list-90-R (SCL-90-R) and its short versions: psychometric analyses of inpatients with mental disorders. Phys Med Rehabil Kurortmed 18:337–343. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1093323>

²Berichtet werden die Kennzahlen der statistischen Analyse, bei denen die Daten aus t2 eingesetzt wurden, falls an t3 fehlende Werte vorlagen (Last Observing Carried Forward Methode)

³Basierend auf Ergebnis der Expertenurfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

⁴Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung zu „sehr niedrig“ vorgenommen, da im Abschlussbericht über das Projekt, das den beiden Publikationen zugrunde liegt, deutlich wurde, dass die Kontrollgruppe auch Wohnformen enthält, die unserer Interventionsdefinition entsprechen. Es liegt hier also eine fehlende Trennschärfe zwischen Interventions- und Kontrollgruppe vor.

Tabelle 28: Evidenztabelle Schlüsselfrage 4, Endpunkt Lebensqualität, Vergleich mit Unterstützung in der eigenen Wohnung

Schlüsselfrage 4: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die in „besonderen Wohnformen“ unter einem Dach wohnen, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Lebensqualität						
Vergleich mit Unterstützung in eigener Wohnung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Lebensqualität (Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) ¹)	Vergleich (vermutlich durchschnittlicher) MANSA Score zwischen Baseline und t3 (zwei Jahre später): Baseline: 38,5 t3: 42,5	Vergleich (vermutlich durchschnittlicher) MANSA Score zwischen Baseline und t3 (zwei Jahre später): Baseline: 38 t3: 41,9	Kein signifikanter Unterschied zwischen Personen mit permanenter Wohnunterstützung gegen-über Personen in eigener Wohnung hinsichtlich des MANSA Scores (F=0,07, p=0,79, d=0,06) ² .	Dehn et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> n = 124 (Intention to treat mit Propensity Score matching) 1 prospektive Kohortenstudie „schwere psychische Erkrankung“ Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktion bei 69% der Patient:innen schwer beeinträchtigt ist.³ 	⊕⊖⊖⊖ ⁴
	Differenz Bei Baseline ist der Mittelwert des Scores in der Interventionsgruppe 0,5 Punkte geringer als in der Kontrollgruppe, bei t3 0,6 Punkte geringer.					
Lebensqualität (Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) ¹)	Statistisch signifikante Verbesserung des MANSA Scores zwischen Baseline und 2 Jahre später (keine konkreten Zahlen berichtet).	Statistisch signifikante Verbesserung des MANSA Scores zwischen Baseline und 2 Jahre später (keine konkreten Zahlen berichtet).	Kein signifikanter Unterschied zwischen Personen im stationären Setting/besonderer Wohnform gegen-über Personen in eigener Wohnung (ambulant) hinsichtlich des Gesamt SFS Scores (kein Testergebnis berichtet).	Dehn et al. (2021)	<ul style="list-style-type: none"> n = 102 (Per protocol mit Propensity Score matching) 1 prospektive quasi-experimentelle Kohortenstudie „schwere psychische Erkrankung“ Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen 	⊕⊖⊖⊖ ⁴

					bei 72% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind. ³	
--	--	--	--	--	--	--

¹Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S (1999) Application and results of the manchester short assessment of quality of life (MANSA). Int J Soc Psychiatry 45:7–12. <https://doi.org/10.1177/002076409904500102>

²Berichtet werden die Kennzahlen der statistischen Analyse, bei denen die Daten aus t2 eingesetzt wurden, falls an t3 fehlende Werte vorlagen (Last Observing Carried Forward Methode)

³Basierend auf Ergebnis der Expertenurfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

⁴Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung zu „sehr niedrig“ vorgenommen, da im Abschlussbericht über das Projekt, das den beiden Publikationen zugrunde liegt, deutlich wurde, dass die Kontrollgruppe auch Wohnformen enthält, die unserer Interventionsdefinition entsprechen. Es liegt hier also eine fehlende Trennschärfe zwischen Interventions- und Kontrollgruppe vor.

Schlüsselfrage 5: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante koordinierte Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Hier wurde eine Metaanalyse und ein Cochrane-Review eingeschlossen (Dieterich et al. 2017; Lim et al. 2022).

Eine ausführliche Beschreibung der Ergebnisse findet sich im Hintergrundtext (Langversion Kapitel 4.2.7). Genauere Informationen zur Evidenz finden sich in Tabelle 64 im Anhang.

Beim den hier vorliegenden Studiendesigns handelt es sich um eine Metaanalyse sowie ein Cochrane-Review. Die methodischen Schwächen der Studie wurden in der Evidenzbewertung berücksichtigt und sind in den Evidenztabelle als Fußnoten angemerkt. Die betrachteten Endpunkte sind allesamt als relevant anzusehen, da sie von den Mandatstragenden als hoch priorisierte wurden (siehe 3.1.3).

Konsistenz der Resultate/Richtung der Ergebnisse über die Studien hinweg

Die Resultate der Metaanalysen sind konsistent, jedoch mit Unsicherheit und Heterogenität zwischen den Outcomes behaftet.

Beim **Endpunkt „Funktionsfähigkeit“** lag ein Cochrane-Review vor, wobei die Qualität für die Endpunkte von sehr gering bis moderat reichte. Im Ergebnis zeigte sich über die Endpunkte hinweg trivialer Effekt von ambulant koordinierter Versorgung.

Beim **Endpunkt „Psychische Lebensqualität“** lag eine Metaanalyse vor, wobei die Qualität als gering bewertet wurde. Im Ergebnis zeigte sich für diesen Endpunkt hinweg ein geringer Effekt von ambulant koordinierter Versorgung.

Beim **Endpunkt „Erwerbsstatus“** lag ein Cochrane-Review vor, wobei die Qualität für die Endpunkte als gering bewertet wurde. Im Ergebnis zeigte sich über die Endpunkte hinweg eine Tendenz für einen Effekt von ambulant koordinierter Versorgung.

Ausmaß des Nutzens im Vergleich zum Schaden

Die Ergebnisse enthalten keinen Hinweis auf eine schädliche Wirkung ambulant abgestimmter Versorgung.

Anwendbarkeit im klinischen Kontext

Die Anwendbarkeit ambulant-stationär abgestimmter Versorgung setzt entsprechende Ressourcen für Absprachen voraus (siehe 6.1).

Tabelle 29: Evidenztabelle Schlüsselfrage 5, Endpunkt Funktionsfähigkeit, Vergleich mit Standardversorgung

Schlüsselfrage 5: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulant koordinierte Versorgung erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Funktionsfähigkeit						
Vergleich mit Standardversorgung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Funktionsfähigkeit short term anhand des durchschnittlichen Global Assessment of Functioning Scale (GAF) ¹ Scores, Messung nach weniger als 6 Monaten	nicht angegeben	nicht angegeben	Mean Difference 2,07 (95% Konfidenzintervall 0,28 – 3,86) Der GAF Score von Personen mit Intensive Case Management ist kurzfristig im Mittel 2 Punkte höher als der GAF Score der Personen mit Standardversorgung.	Dieterich et al. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> n = 797 Metaanalyse aus k = 4 Randomisierten kontrollierten Studien₁ Schwere psychische Erkrankung (1 Studie), Psychotische Erkrankung (1 Studie), primäre psychiatrische Diagnose (2 Studien) Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 67% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊕⊖ ⁴
Funktionsfähigkeit medium term anhand des durchschnittlichen Global Assessment of Functioning Scale (GAF) ¹ Scores,	nicht angegeben	nicht angegeben	Mean Difference 0,09 (95% Konfidenzintervall -3,11 – 3,28) Der GAF Score von Personen mit Intensive Case Management unterscheidet sich mittelfristig nicht gegenüber dem GAF Score der Personen mit Standardversorgung.	Dieterich et al. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> n = 722 Metaanalyse aus k = 3 Randomisierten kontrollierten Studien₁ Psychotische Erkrankung (1 Studie), primäre psychiatrische Diagnose (2 Studien) Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen 	⊕⊕⊖⊖ ⁵

Messung nach 7-12 Monaten					bei 66% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind. ³	
Funktionsfähigkeit long term anhand des durchschnittlichen Global Assessment of Functioning Scale (GAF) ¹ Scores, Messung nach mehr als 12 Monaten	nicht angegeben	nicht angegeben	Mean Difference 3,41 (95% Konfidenzintervall 1,66 – 5,16) Der GAF Score von Personen mit Intensive Case Management ist langfristig im Mittel 3 Punkte höher als der GAF Score der Personen mit Standardversorgung.	Dieterich et al. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 818 • Metaanalyse aus k = 5 Randomisierten kontrollierten Studien₁ • Schwere psychische Erkrankung (2 Studien), Psychotische Erkrankung (1 Studie), primäre psychiatrische Diagnose (2 Studien) • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 67% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊕⊖ ⁴

¹American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.

²Davon entsprechen 2 zwei verschiedenen Studienzentren innerhalb einer Studie (wird in Cochrane Review als 2 Studien bezeichnet)

³Basierend auf Ergebnis der Expertenfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

⁴Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Metaanalyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung zu „moderat“, da Cochrane Risk of Bias Tool im Review hohes Biasrisiko hinsichtlich Verblindung von Studienteilnehmer:innen sowie Selektivem Berichten ergab.

⁵Weitere Herabstufung zu „niedrig“ aufgrund der hohen Heterogenität der Studien (I²=55%).

Tabelle 30: Evidenztabelle Schlüsselfrage 5, Endpunkt Psychische Lebensqualität, Vergleich mit Standardversorgung

Schlüsselfrage 5: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulant koordinierte Versorgung erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Psychische Lebensqualität						
Vergleich gegen Standardversorgung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Psychische Lebensqualität anhand 12-item Short Form (SF-12) - Mental Health oder 36-item Short Form (SF-36) - Mental Health ¹	nicht angegeben	nicht angegeben	Hedge`s g 0,26 (95% Konfidenzintervall 0,02 – 0,51) Die mentale Lebensqualität unterscheidet sich in geringem ² Ausmaß zwischen Personen mit Care Management und Personen mit Standard Outpatient care.	Lim et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> n = 304 Metaanalyse aus k = 3 Randomisierten kontrollierten Studien Bipolare Störung und Schizophrenie internalisierendes und Spektrum der Denkstörungen Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 75% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.³ 	⊕⊕⊖⊖ ⁴

¹Kilbourne AM, Post EP, Nossek A, et al. Service delivery in older patients with bipolar disorder: a review and development of a medical care model. *Bipolar Disorders*. 2008; 10:672–683.; Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*. 2005;14:875-82. doi: 10.1007/s11136-004-1014-5. PubMed PMID: 16022079.

²Cohen, J. (1969). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (1st ed.). New York, NY: Academic Press

³Basierend auf Ergebnis der Expertenbefragung zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr). Einschätzung der Persönlichkeitsfunktionen basierend auf der Annahme, dass bei allen Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorliegt. Einschlusskriterium der Metaanalyse war jedoch lediglich, dass in den jeweiligen Einzelstudien bei der Mehrheit der Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorlag.

⁴Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Metaanalyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung zu „moderat“ aufgrund methodischer Schwächen laut AMSTAR Checkliste (Coenen et al., 2013) (z. B. fehlende Angabe des Suchzeitraums). Weitere Herabstufung zu „niedrig“ aufgrund von fehlender Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

Tabelle 31: Evidenztabelle Schlüsselfrage 5, Endpunkt Erwerbsstatus, Vergleich mit Standardversorgung

Schlüsselfrage 5: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulant koordinierte Versorgung erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Erwerbsstatus						
Vergleich mit Standardversorgung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität pro Outcome
Erwerbsstatus medium term (Erwerbslosigkeit am Ende der Studie, Messung nach 7-12 Monaten)	461 Fälle bei 572 Teilnehmenden mit Standardversorgung (entspricht 806 Fällen auf 1000 Personen und somit Risiko von 0,81)	398 Fälle bei 564 Teilnehmenden mit Intensive Case management (entspricht 706 Fällen auf 1000 Personen und somit Risiko von 0,71)	Risk Ratio 0,89 (95% Konfidenzintervall 0,79 – 1) Personen mit Intensive Case Management haben tendenziell ein 11% geringeres Risiko mittelfristig erwerbslos zu sein als Personen mit Standardversorgung.	Dieterich et al. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> n = 1 136 Metaanalyse aus k = 4 Randomisierten kontrollierten Studien¹ Schwere psychische Erkrankung (3 Studien), Schizophrenie oder schizophrenieähnliche Psychose (1 Studie) Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 83% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.² 	⊕⊕⊖⊖ ³
	Differenz Die Differenz entspricht 100 Fälle weniger pro 1000 Personen in der Interventionsgruppe.					
Erwerbsstatus long term (Erwerbslosigkeit am Ende der Studie, Messung nach mehr als 12 Monaten)	436 Fälle bei 569 Teilnehmenden mit Standardversorgung (entspricht 766 Fällen auf 1000 Personen und somit Risiko von 0,77)	315 Fälle bei 560 Teilnehmenden mit Intensive Case management (entspricht 563 Fällen auf 1000 Personen und somit Risiko von 0,56)	Risk Ratio 0,70 (95% Konfidenzintervall 0,49 – 1) Personen mit Intensive Case Management haben tendenziell ein 30% geringeres Risiko langfristig erwerbslos zu sein als Personen mit Standardversorgung.	Dieterich et al. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> n = 1 129 Metaanalyse aus k = 4 Randomisierten kontrollierten Studien¹ Schwere psychische Erkrankung (2 Studien), Schizophrenie oder Bipolare Störung (1 Studie), Schizophrenie oder schizophrenieähnliche Psychose (1 Studie) 	⊕⊕⊖⊖ ³
	Differenz					

	Die Differenz entspricht 203 Fälle weniger pro 1000 Personen in der Interventionsgruppe.			<ul style="list-style-type: none"> • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 83% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.² 	
--	--	--	--	---	--

¹Davon entsprechen 2 zwei verschiedenen Studienzentren innerhalb einer Studie (wird in Cochrane Review als 2 Studien bezeichnet)

²Basierend auf Ergebnis der Expertenbefragung zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

³Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Metaanalyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung zu „moderat“, da Cochrane Risk of Bias Tool im Review hohes Biasrisiko hinsichtlich Verblindung von Studienteilnehmer:innen sowie Selektivem Berichten ergab. Weitere Herabstufung zu „niedrig“ aufgrund von Inkonsistenz, da signifikante Heterogenität zwischen den Studien bzw. ein hoher mit Studiendifferenzen zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien (I2 75% bzw. 94%) vorlag.

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?

Für diese Schlüsselfrage wurden 17 Systematische Reviews bzw. Metaanalysen herangezogen (Bourke et al. 2021; Browne et al. 2021; Constantino et al. 2018; Elliott et al. 2018; Eubanks et al. 2018; Farber et al. 2018; Flückiger et al. 2018; Gelso et al. 2018; Haw et al. 2023; Hayes et al. 2018; Hill et al. 2018; Howard et al. 2022; Krivzov et al. 2021; Loughlin et al. 2020; Stovell et al. 2016; Troup et al. 2022; Tryon et al. 2018).

Eine ausführliche Beschreibung der Ergebnisse findet sich im Hintergrundtext (Langversion Kapitel 4.2.8). Genauere Informationen zur Evidenz finden sich in Tabelle 65 im Anhang.

Konsistenz der Resultate/Richtung der Ergebnisse über die Studien hinweg

Die Resultate der Metaanalysen sind konsistent, jedoch teilweise heterogen – je nach untersuchtem Wirkfaktor der therapeutischen Beziehung.

Ausmaß des Nutzens im Vergleich zum Schaden

Der Nutzen einer sorgfältig reflektierten, dauerhaften, vertrauensvollen Beziehung wird über viele Studien und Studiendesigns hinweg, in verschiedenen Ländern und bei verschiedenen Patientengruppen sehr konsistent gefunden.

Einzelne Verhaltensweisen können jedoch auch nachteilig für die Patient:innen sein, dies ist im Leitlinientext herausgearbeitet worden. Die Meta-Analyse von Eubanks et al. (2018) zeigt jedoch auch, dass Beziehungsbrüche sogar hilfreich werden können, wenn sie therapeutisch bearbeitet werden.

Anwendbarkeit im klinischen Kontext

Die Ergebnisse sind unmittelbar klinisch relevant.

Tabelle 32: Evidenztabelle Schlüsselfrage 9, Erfahrungen von Patient:innen und Angehörigen mit frühen Interventionsangeboten

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?							
Erfahrungen von Patient:innen und Angehörigen mit frühen Interventionsangeboten							
Zusammenfassendes Ergebnis der Meta-Analyse	Methodologische Limitationen	Kohärenz	Adäquatheit der Daten	Relevanz	Referenz	Studienbasis	GRADE-CERQual Qualität
<p>Patient:innen und Angehörige schreiben einer engen Beziehung zu Mitarbeiter:innen der Frühinterventions-Dienste die wichtigste Rolle in ihrer Genesung zu. Eine enge therapeutische Beziehung fördert das Gefühl von Handlungsfähigkeit, die Interaktion mit Anderen und verbessert das Identitätsgefühl. Die Beziehung wird dann als besonders hilfreich empfunden, wenn sie die Mitarbeitenden ruhig, warm und nahbar sind, „einfache“ Sprache verwenden und eine nicht-bewertende Haltung einnehmen.</p>	keine oder sehr geringe Bedenken	keine oder sehr geringe Bedenken	keine oder sehr geringe Bedenken	keine oder sehr geringe Bedenken	(Loughlin, Bucci, Brooks, & Berry, 2020)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 14 Studien • n = 340 Patient:innen und Angehörige • P: Schizophrenie und Bipolare Störungen 	⊕⊕⊕⊕
	<p>Begründung: Die Autor:innen haben eine systematische Qualitätsbewertung durchgeführt, der Range geht von 18-28 (von 30), Bewertung durch 2 Autor:innen unabhängig voneinander. Der Body of Data wurde durch Thematische Analyse, basierend auf kritischem Realismus, erarbeitet. Es wurden Kernthemen und Subthemen herausgearbeitet</p>	<p>Begründung: Die Themen pro Studie sind übersichtlich dargestellt. Die Einzelbefunde stimmen mit dem Gesamtbefund gut überein.</p>	<p>Begründung: Anzahl von Studien und Patient:innen sind hoch, die Richness ist mittelmäßig, aber es ist gut erklärt, wie hilfreiche Beziehungen gestaltet sein sollten (dieser Aspekt ist reichhaltig und dieser ist für unsere LL relevant)</p>	<p>Begründung: Die Studien stammen vor allem aus Australien und UK, sind sie auf Deutschland übertragbar? --> vermutlich ja, was die Beziehung angeht; die frühen Interventionen selbst könnten hier anders aussehen. Aufgrund der hohen Relevanz für Patienten in Deutschland (siehe Rohenkohl et al., 2023) als insgesamt direkt relevant eingestuft. 4 Datenbanken wurden systematisch durchsucht</p>			

Tabelle 33: Evidenztabelle Schlüsselfrage 9, Erfahrungen von Patient:innen mit Psychotherapie bei Selbstverletzungen

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?							
Erfahrungen von Patient:innen mit Psychotherapie bei Selbstverletzungen							
Zusammenfassendes Ergebnis der Meta-Analyse	Methodologische Limitationen	Kohärenz	Adäquatheit der Daten	Relevanz	Referenz	Studienbasis	GRADE-CERQual Qualität
Der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, die auf Geduld beruht und nicht bewertend ist, war für den wahrgenommenen Erfolg der Therapie entscheidend, die für jede Person einzigartig war und oft über die Reduzierung des selbstverletzenden Verhaltens hinausging. Der Prozess der Entwicklung von Vertrauen ist komplex und nicht-linear; es benötigt Zeit und Geduld, damit Patient:innen sich sicher fühlen können, wobei die Grenzen der Beziehung auch immer wieder ausgetestet werden, um ein Gefühl	keine oder sehr geringe Bedenken	keine oder sehr geringe Bedenken	geringe Bedenken	keine oder sehr geringe Bedenken	(Haw, Hartley, Trelfa, & Taylor, 2023)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 10 Studien • n = 104 Patient:innen • P: Patient:innen in Einzelpsychotherapie aufgrund von Selbstverletzungen 	⊕⊕⊕⊕
	Begründung: Qualitätsbeurteilung der Einzelstudien anhand von CASP, die Reflexivität ist hoch. Body of Data wird basierend auf gründlichem meta-ethnographischem Vorgehen erarbeitet. Das Review wurde in PROSPERO präregistriert.	Begründung: Die Themen pro Artikel sind im Anhang (Tab. 1) dargestellt. 9 von 10 Studien fanden die Beziehung wichtig als "vehicle for change". Hohe Kohärenz auch bezüglich des Themas Vertrauen als Grundlage von Veränderung. Einzelbefunde stimmen mit dem Gesamtbefund gut überein	Begründung: Die Quantität ist hoch, die Richness mittelgradig. Im Anhang finden sich noch einige Beispiele für Zitate - insgesamt eine gute Mischung aus Fülle und Prägnanz.	Begründung: 1 Studie aus Deutschland dabei, sonst aus UK, aber auch USA, Schweden und Iran. Die Patientenpopulation passt zu unserer Fragestellung. 4 DB durchsucht, systematisches Vorgehen Einschätzung: direkte Relevanz: es sind Pat. mit SBPF betroffen			

<p>von Sicherheit etablieren zu können. Ohne eine vertrauensvolle Beziehung wird der therapeutische Raum als unsicher erlebt und Patient:innen halten dann entweder Informationen zurück oder werden demotiviert bezüglich der Therapie. Dies kann zu verzögertem Bericht von selbstverletzenden Tendenzen führen und damit die Gefahren erhöhen.</p>							
---	--	--	--	--	--	--	--

Tabelle 34: Evidenztabelle Schlüsselfrage 9, Erfahrungen von Kliniker:innen im Umgang mit Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?							
Erfahrungen von Kliniker:innen im Umgang mit Patient:innen mit SBPF							
Zusammenfassendes Ergebnis der Meta-Analyse	Methodologische Limitationen	Kohärenz	Adäquatheit der Daten	Relevanz	Referenz	Studienbasis	GRADE-CERQual Qualität
Starke, vertrauensvolle Beziehungen zwischen Kliniker:innen und Patient:innen sind der Schlüssel zum Behandlungserfolg. Die Erfahrungen der Kliniker:innen mit solchen Beziehungen sind jedoch unterschiedlich. Einerseits gibt es positive Aspekte (die Patient:innen werden als "verlässlich", "ehrlich" und „kreativ“ erlebt und die eigene Rolle als hilfreich), andererseits gibt es häufig negative Gefühle und Burnout-Erfahrungen (die Pat. werden als „anspruchsvoll", "herausfordernd", "riskant", "abhängig", "selbsterstörerisch", "manipulativ", "nicht konform", "unbehandelbar"	geringe Bedenken	moderate Bedenken	geringe Bedenken	geringe Bedenken	(Troup et al., 2022)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 27 Stichproben • n = 550 Therapeut:innen • P: Therapeut:innen von Menschen mit SBPF 	⊕⊕⊕⊖ ⁶
	Begründung: Gründliche Qualitätsbeurteilung der Einzelstudien anhand von CASP, dabei zeigte sich eine teilweise geringe Qualität oder fehlende Informationen zur Einschätzung der Qualität in Einzelstudien. Der Body of Data wurde mittels thematischer Analyse mit der Software Nvivo erarbeitet. Durch	Begründung: Die Themen sind nicht systematisch pro Studie dargestellt; es sind einzelne Studien pro Thema referenziert, aber nicht alle.	Begründung: Die Quantität ist hoch, die Richness sehr gut.	Begründung: Es wurden 6 Datenbanken durchsucht, systematisches Vorgehen bei Ein- und Ausschluss der Artikel. Studienteilnehmende sind Kliniker:innen und Verwaltungsmitarbeitende, die mit "Patient:innen mit komplexen emotionalen Bedürfnissen" arbeiten (de facto sind es meist Pat. mit BPD); es ist keine Studie aus Deutschland dabei, sondern v.a. aus UK, Australien, Schweden, aber auch			

<p>und "grenzüberschreitend" erlebt). Die Schwierigkeiten der Pat. wurden als dauerhaft und dringlich angesehen. Kliniker:innen können sich von "einem bodenlosen Pool von Bedürfnissen" überwältigt fühlen, zumal häufig auch komorbide Diagnosen und umfassendere soziale Probleme in Bezug auf Wohnung, Beschäftigung, Finanzen und soziale Netzwerke vorliegen. Kliniker:innen erleben sich häufig von den Pat. idealisiert und haben das Gefühl, dass nichts, was sie tun, gut genug ist. Während der Aufbau einer authentischen Beziehung zu den Pat. als unerlässlich angesehen wurde, gaben die Kliniker:innen auch an, dass sie befürchteten, ausgesaugt und emotional überfordert zu werden, sich verletzlich zu fühlen und gefährlich nahe daran zu sein, ihr Selbstwertgefühl zu verlieren.</p>	<p>dieses Vorgehen wurden Verzerrungen reduziert, aber möglicherweise auf Kosten der Tiefe der Analyse.</p>			<p>Südafrika und den USA. Allerdings wäre es überraschend, wenn die Befunde nicht auf Dtl. zutreffen würden, außer bei den Ergebnissen zu Supervision und Unterschiede zwischen Versorgungssektoren, da diese abhängig vom Versorgungssystem sind, daher indirekte Relevanz.</p>			
---	---	--	--	--	--	--	--

<p>Supervision und bessere Ausbildung können diese negativen Einstellungen aus Sicht der Kliniker:innen reduzieren und das Verstehen der Pat. verbessern.</p>							
---	--	--	--	--	--	--	--

⁶Herabstufung wegen geringer Bedenken bezüglich methodologischer Limitationen, der Adäquatheit der Daten und der Relevanz. Moderate Bedenken bezüglich der Kohärenz, die aber nicht so stark ins Gewicht fallen, daher insgesamt moderate Qualität.

Tabelle 35: Evidenztabelle Schlüsselfrage 9, Effekt von Shared Decision Making auf Therapeutische Beziehung

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?						
Effekt von Shared Decision Making auf Therapeutische Beziehung						
Vergleich mit Treatment as usual						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität
Therapeutische Beziehung ¹	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	<p>Hedge's $g=0.21$ (95% CI 0.07-0.35)</p> <p>Dies entspricht der Effektgröße nach Ausschluss einer Studie, die hohe Heterogenität verursacht hatte; nach diesem Ausschluss lag das I^2 bei 20% (entsprechend einer geringen Heterogenität).</p> <p>Interventionen zur Stärkung der partizipativen Entscheidung („Shared Decision Making“), im persönlichen Kontakt (Einzel- oder Gruppensetting) verbessern die therapeutische Beziehung, vor allem hinsichtlich der Allianz und der Qualität der Kommunikation, geringfügig² im Vergleich zu Treatment as usual.</p>	(Stovell, Morrison, Panayiotou, & Hutton, 2016)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 11 RCTs, Meta-Analyse • n = 1168 Patient:innen • P: Schizophrenie-Spektrum-Störung 	⊕⊕⊕⊖ ^{5,6}

¹Messung anhand verschiedener Konstrukte (Allianz, Qualität der Kommunikation, Zufriedenheit mit der Gesundheitsfachkraft) und Erhebungsinstrumente.

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences (1st ed.)

⁵Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Metaanalyse aus randomisierten kontrollierten Studien handelt. Geringes Biasrisiko (10 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt).

⁶Herabstufung wegen geringer Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

Tabelle 36: Evidenztabelle Schlüsselfrage 9, Interpersonelle Dynamiken und therapeutische Beziehung

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?							
Interpersonelle Dynamiken und therapeutische Beziehung							
Zusammenfassendes Ergebnis der Meta-Analyse	Methodologische Limitationen	Kohärenz	Adäquatheit der Daten	Relevanz	Referenz	Studienbasis	GRADE-CERQual Qualität
<p>Pat. erleben andere Personen häufig als unzuverlässig, d. h. als nicht verfügbar, kontrollierend und überprotektiv. Um sich an diese unzuverlässigen Personen anzupassen, versuchen sie, ihnen zu gefallen und sie zu kontrollieren, z. B. indem sie ihren Gefühlsausdruck unterdrücken. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass es für Fachkräfte im Gesundheitswesen von Vorteil wäre, eine stärker interpersonelle Perspektive auf Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation einzunehmen.</p>	<p>keine oder geringe Bedenken</p>	<p>keine oder geringe Bedenken</p>	<p>geringe Bedenken</p>	<p>moderate Bedenken</p>	<p>(Krivzov, Baert, Meganck, & Cornelis, 2021)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • k = 22 Fallstudien • n = 23 Patient:innen • P: funktionelles somatisches Syndrom 	<p>⊕⊕⊕⊖⁶</p>
	<p>Begründung: Das Ursprungsmaterial wurde umfassend beurteilt, sehr aufwändige Datenextraktion und Ausschluss theorielastiger Sätze. Hohe Reflexivität (z. B. wurde die Gruppe der Forschenden explizit erweitert, um verschiedene Perspektiven zu berücksichtigen). Body of Data: Die Studien wurden mittels thematischer Analyse vor dem Hintergrund des Kritischen Realismus</p>	<p>Begründung: Die Themen pro Studie sind im Supplement aufgelistet. Gesamtbefund und Einzelbefunden stimmen sehr gut überein. Dabei zeigt sich eine hohe Kohärenz (z. B. dass das Gegenüber als nicht-verlässlich erlebt wird, kam in 22 von 23 der Fälle vor).</p>	<p>Begründung: Die Reichhaltigkeit der Ergebnisse ist hoch, die Quantität jedoch moderat (23 Fälle).</p>	<p>Begründung: Es ist unbekannt, aus welchem Land die Patient:innen stammen bzw. wo die Therapie stattfand. Das P ist nur teilweise passend (z. B. gibt es auch Fälle mit chronischer Fatigue), daher nur partielle Relevanz. Die Fälle wurden aus dem Single Case Archive (SCA) gewonnen, der größten Datenbank für Einzelfallbeschreibungen, die sich aus dem systematischen Screening großer begutachteter Zeitschriften speist. Auswahlkriterium war vor allem die diagnostische Passung.</p>			

	sorgfältig zusammengefasst.						
--	--------------------------------	--	--	--	--	--	--

⁶Herabstufung wegen geringer Bedenken bezüglich der Adäquatheit der Daten und moderater Bedenken bzgl. der Relevanz.

Tabelle 37: Evidenztabelle Schlüsselfrage 9, Selbstöffnung und Unmittelbarkeit

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?							
Selbstöffnung und Unmittelbarkeit							
Zusammenfassendes Ergebnis der Meta-Analyse	Methodologische Limitationen	Kohärenz	Adäquatheit der Daten	Relevanz	Referenz	Studienbasis	GRADE-CERQual Qualität
Nachdem Therapeut:innen etwas sagen, das etwas Persönliches (jenseits der Therapie) über sie vermittelt („Selbstöffnung“), kommt es am häufigsten zu einer Stärkung der therapeutischen Beziehung, gefolgt von einer Besserung des psychischen Befindens der Patient:innen und der Einsicht. Bei einem Viertel der Fälle ist die Selbstöffnung jedoch nicht hilfreich für die Patient:in, in 5% der Fälle ist sie negativ für die Therapeut:in.	moderate Bedenken	keine oder geringe Bedenken	moderate Bedenken	ernsthafte Bedenken	(Hill, Knox, & Pinto-Coelho, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 21 Studien • n = 184 Patient:innen • P: Patient:innen in Psychotherapie 	⊕⊖⊖⊖
	Begründung: Die Qualität der Einzelstudien wurde nur beispielhaft beurteilt. Positiv zu bewerten ist, dass Transkripte analysiert wurden. Der Body of data wurde mittels Auszählung zusammengefasst, was zwar systematisch und gut nachvollziehbar ist, aber den Vorteil von qualitativer Arbeit nivelliert.	Begründung: Die Datenextraktion pro Studie ist sehr genau aufgelistet. Die Kohärenz der Befunde bezüglich der therapeutischen Beziehung ist sehr hoch.	Begründung: Das N pro Befund ist übersichtlich dargestellt. Die Quantität ist hoch, die Tiefe der Analyse und damit die Reichhaltigkeit sind jedoch eher gering.	Begründung: Es wird nur für eine der Einzelstudien eindeutig klar, ob die Patientenpopulation für unsere LL passt, daher nur partielle Relevanz (mit Tendenz in Richtung „unklare Relevanz“). Es wurde 1 Datenbank systematisch durchsucht und Autor:innen angeschrieben. Auch unpublizierte Studien wurden berücksichtigt.			

⁶ Der Hauptgrund für die als insgesamt sehr niedrig eingeschätzte Qualität ist die für die vorliegende Leitlinie unklare bzw. nur partielle Relevanz der Ergebnisse.

Tabelle 38: Evidenztabelle Schlüsselfrage 9, Wirkfaktor Zielkonsens und Kooperation

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?						
Wirkfaktor Zielkonsens						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität
Ergebnis der Psychotherapie ¹	nicht zutreffend	nicht zutreffend	<p>Korrelation $r=0,24$ (95% CI 0,19-0,28)</p> <p>Effektstärke $d=0,49$ (95% CI 0,39; 0,58)</p> <p>Stimmen Therapeut:innen und Patient:innen hinsichtlich der Ziele von Psychotherapie und die Art, wie diese erreicht werden sollen, überein, dann ist das Ergebnis der Psychotherapie geringfügig besser.</p> <p>Bei einem Cohen's d von 0,49 werden 69% der "Behandlungs"-Gruppe über dem Mittelwert der "Kontroll"-Gruppe liegen, 81% der beiden Gruppen werden sich überschneiden, und es besteht eine 63%ige Chance, dass eine zufällig aus der "Behandlungs"-Gruppe ausgewählte Person ein besseres Therapieergebnis</p>	Tryon et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 54 Studien • n = 7.278 Patient:innen • P: Patient:innen in Psychotherapie 	⊕⊖⊖⊖ ^{5,6}

			erzielt als eine zufällig aus der "Kontroll"-Gruppe ausgewählte Person. ²			
Wirkfaktor Kooperation						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität
Ergebnis der Psychotherapie ¹	nicht zutreffend	nicht zutreffend	<p>Korrelation r=0,29 (95% CI 0,24-0,34)</p> <p>Effekstärke d=0,61 (95% CI 0,49; 0,72)</p> <p>Gehen Therapeut:innen und Patient:innen eine respektvolle, wechselseitig kooperative Beziehung ein, dann ist das Ergebnis der Psychotherapie moderat besser.</p> <p>Bei einem Cohen's d von 0,61 werden 73% der "Behandlungs"-Gruppe über dem Mittelwert der "Kontroll"-Gruppe liegen, 76% der beiden Gruppen werden sich überschneiden, und es besteht eine 67%ige Chance, dass eine zufällig aus der "Behandlungs"-Gruppe ausgewählte Person ein besseres Therapieergebnis erzielt als eine zufällig aus der</p>	Tryon et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> k = 53 Studien n = 5.286 Patient:innen P: Patient:innen in Psychotherapie 	⊕⊕⊕⊕ ^{5,6}

			"Kontroll"-Gruppe ausgewählte Person. ²			
--	--	--	---	--	--	--

¹Alle Outcomes wurden aggregiert. Wenn mehrere Outcomes in einer Originalarbeit untersucht wurden, haben die Autor:innen gemittelte Koeffizienten pro Studie berechnet.

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: <https://rpsychologist.com/cohend/>

⁵Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Metaanalyse aus Beobachtungsstudien handelt.

⁶Herabstufung wegen hohem Biasrisiko (6 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt), zudem Inkonsistenz (bei beträchtlicher Heterogenität der Ergebnisse).

Tabelle 39: Evidenztabelle Schlüsselfrage 9, Wirkfaktor Erwartungen an das Behandlungsergebnis

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?						
Wirkfaktor Erwartungen an das Behandlungsergebnis						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität
Ergebnis der Psychotherapie ^{e1}	nicht zutreffend	nicht zutreffend	<p>Korrelation $r=0,18$ (95% CI 0,14-0,22)</p> <p>Effektstärke $d=0,36$ (95% CI n.a.)</p> <p>Wenn Patient:innen vermuten, dass sie gut auf die Behandlung ansprechen werden, in der sie sich befinden oder die sie im Begriff sind zu beginnen, dann ist das Ergebnis der Psychotherapie geringfügig besser. Es wird vermutet, dass dieser Effekt durch „Re-Moralisierung“ entsteht.</p> <p>Bei einem Cohen's d von 0,36 werden 64% der "Behandlungs"-Gruppe über dem Mittelwert der "Kontroll"-Gruppe liegen, 86% der beiden Gruppen werden sich überschneiden, und es besteht eine 60%ige Chance, dass eine zufällig aus der "Behandlungs"-Gruppe ausgewählte Person ein besseres Therapieergebnis erzielt als eine</p>	(Constantino, Vıslă, Coyne, & Boswell, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 72 Studien, 81 Stichproben • n = 12.722 Patient:innen • P: Patient:innen, mindestens 3 Sitzungen in Psychotherapie 	⊕⊕⊕⊕ ^{5,6}

			zufällig aus der "Kontroll"-Gruppe ausgewählte Person. ²			
--	--	--	--	--	--	--

¹Alle Outcomes wurden aggregiert. Wenn mehrere Outcomes in einer Originalarbeit untersucht wurden, haben die Autor:innen gemittelte Koeffizienten pro Studie berechnet.

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: <https://rpsychologist.com/cohend/>

⁵Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Metaanalyse aus Beobachtungsstudien handelt.

⁶Herabstufung wegen hohem Biasrisiko (4 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt), zudem Inkonsistenz (bei beträchtlicher Heterogenität der Ergebnisse, $I^2=76\%$), die jedoch mittels Moderatorenanalyse adressiert wurde.

Tabelle 40: Evidenztabelle Schlüsselfrage 9, Wirkfaktor Empathie

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?						
Wirkfaktor Empathie						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität
Ergebnis der Psychotherapie ¹	nicht zutreffend	nicht zutreffend	<p>Korrelation $r=0,28$ (95% CI 0,23-0,33)</p> <p>Effektstärke $d=0,58$ (95% CI n.a.)</p> <p>Effekt bei schwer Erkrankten: (k=15); $r=0,32$ (95% CI n.a.)</p> <p>Wenn die therapeutische Beziehung durch Empathie geprägt ist (definiert durch: 1. empathische Resonanz der Therapeut:in auf die Pat., 2. zum Ausdruck gebrachtes Verstehen der Sicht der Patient:in und ihrer Werte und 3. das durch die Patient:in erlebte Verstandenwerden in der Therapie), dann ist das Ergebnis der Psychotherapie moderat besser.</p> <p>Bei schwer Erkrankten ist dieser Effekt stärker</p>	(Elliott, Bohart, Watson, & Murphy, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 82 Stichproben • n = 6.138 Patient:innen • P: Patient:innen in Psychotherapie (die Ergebnisse wurden in einer Moderatorenanalyse nach der Diagnosegruppe stratifiziert) 	⊕⊖⊖⊖ ^{5,6}

			<p>ausgeprägt als bei Patient:innen mit geringerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen.</p> <p>Bei einem Cohen's d von 0,58 werden 72% der "Behandlungs"-Gruppe über dem Mittelwert der "Kontroll"-Gruppe liegen, 77% der beiden Gruppen werden sich überschneiden, und es besteht eine 66%ige Chance, dass eine zufällig aus der "Behandlungs"-Gruppe ausgewählte Person ein besseres Therapieergebnis erzielt als eine zufällig aus der "Kontroll"-Gruppe ausgewählte Person.²</p>			
--	--	--	--	--	--	--

¹Alle Outcomes wurden aggregiert. Wenn mehrere Outcomes in einer Originalarbeit untersucht wurden, haben die Autor:innen gemittelte Koeffizienten pro Studie berechnet.

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: <https://rpsychologist.com/cohend/>

⁵Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Metaanalyse aus Beobachtungsstudien handelt.

⁶Herabstufung wegen hohem Biasrisiko (6 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt), zudem Inkonsistenz (bei beträchtlicher Heterogenität der Ergebnisse, I²=72%), die allerdings durch eine Moderatorenanalyse adressiert wurde.

Tabelle 41: Evidenztabelle Schlüsselfrage 9, Wirkfaktor Positive Wertschätzung

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?						
Wirkfaktor Positive Wertschätzung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität
Ergebnis der Psychotherapie ¹	nicht zutreffend	nicht zutreffend	<p>Hedges g=0,36 (95% CI 0,28-0,44) bei Berücksichtigung der geclusterten Datenstruktur</p> <p>Der Effekt war bei schwer Erkrankten (k=12) geringer als bei Patient:innen mit Angststörungen/Depression, allerdings wurden keine separaten Effektschätzer dafür angegeben.</p> <p>Wenn die therapeutische Beziehung durch Akzeptanz und positive Wertschätzung geprägt ist, dann ist das Ergebnis der Psychotherapie geringfügig besser.</p> <p>Möglicherweise „funktioniert“ dieses Verhalten bei schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen weniger gut.</p> <p>Bei einem Hedges g von 0,36 werden 64% der "Behandlungs"-Gruppe über dem Mittelwert der</p>	(Farber, Suzuki, & Lynch, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 64 Studien • n = 3.528 Patient:innen • P: Patient:innen in Psychotherapie 	⊕⊖⊖⊖ ^{5,6}

			"Kontroll"-Gruppe liegen, 86% der beiden Gruppen werden sich überschneiden, und es besteht eine 60%ige Chance, dass eine zufällig aus der "Behandlungs"-Gruppe ausgewählte Person ein besseres Therapieergebnis erzielt als eine zufällig aus der "Kontroll"-Gruppe ausgewählte Person. ²			
--	--	--	--	--	--	--

¹Alle Outcomes wurden aggregiert. Wenn mehrere Outcomes in einer Originalarbeit untersucht wurden, haben die Autor:innen gemittelte Koeffizienten pro Studie berechnet.

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: <https://rpsychologist.com/cohend/>

⁵Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Metaanalyse aus Beobachtungsstudien handelt.

⁶Herabstufung wegen hohem Biasrisiko (4 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt), zudem Inkonsistenz (bei beträchtlicher Heterogenität der Ergebnisse, $I^2=67%$, wobei diese durch Moderatorenanalyse adressiert wurde) und Verdacht auf Publikationsbias (basierend auf Funnelplot und Fail-Safe-N).

Tabelle 42: Evidenztabelle Schlüsselfrage 9, Wirkfaktor Realbeziehung

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?						
Wirkfaktor Realbeziehung						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität
Ergebnis der Psychotherapie ¹	nicht zutreffend	nicht zutreffend	<p>Korrelation $r=0,38$ (95% CI 0,30-0,44)</p> <p>Effektstärke $d=0,80$ (95% CI n.a.)</p> <p>Je realistischer sich die Beteiligten einer therapeutischen Beziehung gegenseitig erleben und wahrnehmen und je aufrichtiger sie miteinander umgehen, desto stärker ist die so genannte Realbeziehung. Das Ergebnis der Psychotherapie hängt damit deutlich zusammen.</p> <p>Bei einem Cohen's d von 0,80 werden 79% der "Behandlungs"-Gruppe über dem Mittelwert der "Kontroll"-Gruppe liegen, 69% der beiden Gruppen werden sich überschneiden, und es besteht eine 71%ige Chance,</p>	(Gelso, Kivlighan, & Markin, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 16 Studien • n = 1.502 Patient:innen • P: Patient:innen in Psychotherapie 	⊕⊖⊖⊖ ^{5,6}

			dass eine zufällig aus der "Behandlungs"-Gruppe ausgewählte Person ein besseres Therapieergebnis erzielt als eine zufällig aus der "Kontroll"-Gruppe ausgewählte Person. ²			
--	--	--	---	--	--	--

¹Alle Outcomes wurden aggregiert. Wenn mehrere Outcomes in einer Originalarbeit untersucht wurden, haben die Autor:innen gemittelte Koeffizienten pro Studie berechnet. In einer Moderatorenanalyse wurde der Effekt der Art des Outcomes analysiert und kein signifikanter Unterschied festgestellt (separate Effektschätzer pro Outcome wurden jedoch nicht berichtet).

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: <https://rpsychologist.com/cohend/>

⁵Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Metaanalyse aus Beobachtungsstudien handelt.

⁶Herabstufung wegen hohem Biasrisiko (6 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt), zudem Indirektheit.

Tabelle 43: Evidenztabelle Schlüsselfrage 9, Wirkfaktor Gegenübertragungsmanagement

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?						
Wirkfaktor Gegenübertragungsmanagement						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität
Ergebnis der Psychotherapie ¹	nicht zutreffend	nicht zutreffend	<p>Korrelation $r=0,51^3$ (95% CI 0,30-0,72)</p> <p>Effektstärke $d=1,20$ (95% CI n.a.)</p> <p>Wenn Therapeut:innen wahrnehmen, wie sie auf die Patient:innen emotional, kognitiv und körperlich reagieren („Gegenübertragung“) und diese Reaktionen angemessen verstehen, regulieren und therapeutisch nutzen („Gegenübertragungsmanagement“), dann ist das Ergebnis der Psychotherapie deutlich besser.</p> <p>Unreflektierte und nicht regulierte Gegenübertragung äußert sich zum Beispiel darin, dass Therapeut:innen bestimmte Themen im Gespräch mit Patient:innen vermeiden, das sie</p>	(Hayes, Gelso, Goldberg, & Kivlighan, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 9 Studien • n = 392 Patient:innen • P: Patient:innen in Psychotherapie 	⊕⊖⊖⊖ ^{5,6}

			<p>überinvolviert sind oder eigene Bedürfnisse befriedigen, indem sie die Patient:innen exzessiv versorgen.</p> <p>Bei einem Cohen's d von 1,20 werden 89% der "Behandlungs"-Gruppe über dem Mittelwert der "Kontroll"-Gruppe liegen, 55% der beiden Gruppen werden sich überschneiden, und es besteht eine 80%ige Chance, dass eine zufällig aus der "Behandlungs"-Gruppe ausgewählte Person ein besseres Therapieergebnis erzielt als eine zufällig aus der "Kontroll"-Gruppe ausgewählte Person.²</p>			
--	--	--	---	--	--	--

¹Alle Outcomes wurden aggregiert. Wenn mehrere Outcomes in einer Originalarbeit untersucht wurden, haben die Autor:innen gemittelte Koeffizienten pro Studie berechnet.

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: <https://rpsychologist.com/cohend/>

³Effektschätzer nach Fill&Trim-Prozedur.

⁵Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Metaanalyse aus Beobachtungsstudien handelt.

⁶Herabstufung wegen Indirektheit. Zwar handelte es sich hier in den Studien um die Therapeut:innen und nicht direkt um die Patient:innen, aber die Gegenübertragung der Therapeut:innen kann bei Patient:innen mit SBPF anders ausfallen (oder schwerer regulierbar sein) als bei anderen Patient:innen, deshalb wird die Evidenz als indirekt beurteilt.

Tabelle 44: Evidenztabelle Schlüsselfrage 9, Wirkfaktor Allianz und Reparatur von Allianzrupturen

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?						
Wirkfaktor Allianz ⁰						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität
Ergebnis der Psychotherapie ¹	nicht zutreffend	nicht zutreffend	<p>Korrelation $r=0,28$ (95% CI 0,26-0,30)</p> <p>Effektstärke $d=0,58$ (95% CI n.a.)</p> <p>Effekt bei BPS (k=9): $r=0,32$ (95% CI n.a.)</p> <p>Effekt bei PTSD (k=7): $r=0,31$ (95% CI n.a.)</p> <p>Effekt bei Schizophrenie (k=12): $r=0,30$ (95% CI n.a.)</p>	(Flückiger, Del Re, Wampold, & Horvath, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 295 Stichproben (von k=100 RCTs und k=195 Beobachtungsstudien) • n ≈ 30.000 Patient:innen • P: Patient:innen in Psychotherapie, separate Ergebnisse für Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS), Posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD) und Schizophrenie 	⊕⊕⊕⊖ ⁵
Veränderung der psychiatrischen Symptomen allgemein ³	nicht zutreffend	nicht zutreffend	<p>bei Einschätzung der Allianz durch Patient:innen: Korrelation $r=0,29$ (95% CI 0,13-0,45)</p> <p>bei Einschätzung der Allianz durch Therapeut:innen: Korrelation $r=0,24$ (95% CI 0,09-0,39)</p>	(Bourke, Barker, & Fornells-Ambrojo, 2021)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 5 Studien • n = 376 Patient:innen • P: Patient:innen mit Psychosen in Psychotherapie 	⊕⊕⊕⊖ ^{6a}

Veränderung der psychotischen Symptome ⁴	nicht zutreffend	nicht zutreffend	<p>bei Einschätzung der Allianz durch Patient:innen: Korrelation $r=0,17$ (95% CI 0,04-0,30)</p> <p>bei Einschätzung der Allianz durch Therapeut:innen: Korrelation $r=0,30$ (95% CI 0,14-0,46)</p>	(Bourke, Barker, & Fornells-Ambrojo, 2021)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 5 Studien • n = 376 Patient:innen • P: Patient:innen mit Psychosen in Psychotherapie 	⊕⊖⊖⊖ ^{6b}
Veränderung der psychotischen Symptome ⁴	nicht zutreffend	nicht zutreffend	<p>bei Einschätzung der Allianz durch Patient:innen: <u>keine</u> Evidenz für einen Zusammenhang (keine Effektschätzer angegeben, $p>0,12$)</p> <p>bei Einschätzung der Allianz durch Therapeut:innen: Korrelation mit Positivsymptomatik $r=-0,14$ (95% CI -0,24 - -0,03)</p> <p>Korrelation mit Negativsymptomatik $r=-0,22$ (95% CI -0,32 - -0,12)</p>	(Browne et al., 2021)	<p>für Einschätzung der Allianz durch Patient:innen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • k = 6 Studien • n = 939 Patient:innen <p>für Einschätzung der Allianz durch Therapeut:innen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • k = 5 Studien • n = 728 Patient:innen • P: Schizophrenie-Spektrum-Störung 	⊕⊕⊖⊖ ⁷
PTSD-Symptome	nicht zutreffend	nicht zutreffend	<p>Einschätzung der Allianz durch Patient:innen: Korrelation $r=-0,34$ (CI -0,43 bis -0,23)</p>	(Howard, Berry, & Haddock, 2022)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 12 Studien • n = 691 Patient:innen • P: PTSD 	⊕⊕⊖⊖ ⁸

Wirkfaktor Reparatur von Allianzrupturen						
Outcome	Risiko Kontrollgruppe	Risiko Interventionsgruppe	Relativer Effekt	Studieninformation	Studienbasis	Qualität
Ergebnis der Psychotherapie ¹	nicht zutreffend	nicht zutreffend	<p>Korrelation $r=0,29$ (95% CI 0,10-0,47)</p> <p>Effekstärke $d=0,62$ (95% CI n.a.)</p>	(Eubanks, Muran, & Safran, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 11 Stichproben • n = 1.314 Patient:innen • Patient:innen in Psychotherapie (Patient:innen mit Persönlichkeitsstörungen wurden separat untersucht und kein Moderatoreffekt festgestellt) 	⊕⊖⊖⊖ ⁹
			<p>Wenn die therapeutische Allianz stark ist und Allianzstörungen gut bearbeitet werden, dann ist das Ergebnis der Psychotherapie geringfügig bis moderat besser.</p> <p>Auch die Symptomatik verbessert sich oft, allerdings hat man Unterschiede festgestellt je nachdem, wer die Allianz einschätzt – die Therapeut:in oder die Patient:in (eine Verbesserung von psychotischen Symptomen hängt weniger stark damit zusammen, wie die Patient:innen die Allianz einschätzen als damit, wie die Therapeut:innen dies tun).</p>			

¹Die Allianz wurde in 2/3 der Studien gemessen mit einem der folgenden Instrumente: der California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS), dem Helping Alliance Questionnaire (HAQ), der Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPSS) und dem Working Alliance Inventory (WAI).

¹Alle Outcomes wurden aggregiert. Wenn mehrere Outcomes in einer Originalarbeit untersucht wurden, haben die Autor:innen gemittelte Koeffizienten pro Studie berechnet.

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: <https://rpsychologist.com/cohend/>

³Gemessen mit der Brief Psychiatric Rating Scale (BRPS-24), der Target Complaints Scale oder Einschätzung durch die Therapeut:in.

⁴Gemessen mit Subskalen des PANSS und PSYRATS (Halluzinationen und Verknennung).

⁵Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Metaanalyse aus randomisierten klinischen Studien und Beobachtungsstudien handelt. Die Meta-Regression zeigte, dass das Studiendesign den Effekt nicht verändert. Herabstufung wegen hohem Biasrisiko (5 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt).

^{6a}Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Metaanalyse aus Beobachtungsstudien handelt. Geringes Biasrisiko (10 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt). Bezüglich des Kriteriums Präzision wurde die Einschätzung der Patient:innen als Entscheidungsgrundlage genommen, hier war die Präzision hoch. Sehr hohe Konsistenz ($I^2=0\%$). Heraufstufung, da plausibles Confounding den Effekt verstärken würde (Da gezeigt wurde, dass der Effekt bei schwer Kranken stärker ist und in der Studie vermutlich die ganz schwer Erkrankten unterrepräsentiert sind, würde der Effekt bei Berücksichtigung dieses Selektionseffektes noch stärker werden).

^{6b}Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Metaanalyse aus Beobachtungsstudien handelt. Geringes Biasrisiko (10 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt). Herabstufung wegen geringer Präzision (bezüglich des Kriteriums Präzision wurde die Einschätzung der Allianz durch die Patient:innen als Entscheidungsgrundlage genommen).

⁷Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Metaanalyse aus Beobachtungsstudien handelt. Geringes Biasrisiko (10 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt).

⁸Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Metaanalyse aus Beobachtungsstudien handelt. Geringes Biasrisiko (10 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt). Weder Herab-, noch Heraufstufung.

⁹Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Metaanalyse aus Beobachtungsstudien handelt. Herabstufung wegen hohem Biasrisiko (6 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt). Außerdem inkonsistente Ergebnisse ($I^2=84\%$), die durch eine Moderatorenanalyse adressiert wurden.

Schlüsselfrage 11: Hat dimensionale Diagnostik einen Vorteil gegenüber nicht-dimensionaler Diagnostik für Patient:innen und/oder Versorger (z. B. bessere Arzt-Patienten-Kommunikation, größere Zufriedenheit mit Behandlung, geringere Stigmatisierungserfahrung)?

Aufgrund der eingeschränkten Übertragbarkeit des PICO-Schemas auf Studien zu diagnostischen Instrumenten, insbesondere hinsichtlich der Aspekte Kontrollgruppe und Intervention, sowie der mangelnden Übertragbarkeit von Effektschätzern der Wirksamkeit von Interventionen auf Effektschätzer psychometrischer Gütekriterien wurden die Evidenztabellen für diese Schlüsselfrage entsprechend angepasst. Hier wurden 2 Primärstudien (Weekers et al. 2024; Wendt et al. 2024b), 3 Metaanalysen (Young und Beazley 2023; Markon et al. 2011; Haslam et al. 2020) und 5 Narrative Reviews (Birkhölzer, M., Schmeck, K., & Goth, K. 2021; Hörz-Sagstetter et al. 2021; Morey et al. 2022; Sharp und Wall 2021; Zimmermann et al. 2023) eingeschlossen. (Folgende Einzelstudien aus den genannten Reviews wurden dabei hervorgehoben: Buer Christensen et al. 2020; Morey et al. 2013; Morey et al. 2014.)

Eine ausführliche Beschreibung der Ergebnisse findet sich im Hintergrundtext (Langversion Kapitel 4.2.2). Genauere Informationen zur Evidenz finden sich in Tabelle 66 im Anhang. Auch hier wurde die Tabelle auf den speziellen Fall der diagnostischen Studien angepasst.

Beim hier vorliegenden Studiendesign handelt es sich vorrangig um Reviews und Metaanalysen. Die methodischen Schwächen der Studie wurden in der Evidenzbewertung berücksichtigt, sind in den Evidenztabellen angemerkt und werden im Hintergrundtext ausführlich diskutiert. Die betrachteten Endpunkte werden gemeinhin als für die klinische Diagnostik relevant angesehen (siehe z. B. Mullins-Sweatt und Widiger 2009) und wurden von der Arbeitsgruppe zur Schlüsselfrage 11 konsentiert.

Konsistenz der Resultate/Richtung der Ergebnisse über die Studien hinweg

Die Ergebnisse der Studien sind konsistent und die Autoren der Studien kommen zu konsistenten Schlussfolgerungen bezüglich der Endpunkte.

Ausmaß des Nutzens im Vergleich zum Schaden

Die Ergebnisse liefern keine Hinweise auf schädliche Auswirkungen der Anwendung dimensionaler Diagnostik. Im Gegenteil bieten die Studien Hinweise auf ein relativ geringeres Risiko der Stigmatisierung von Patient:innen im Vergleich zu kategorialer Diagnostik, wie im Hintergrundtext zur SF11 näher beschrieben.

Anwendbarkeit im klinischen Kontext

Die Anwendung der dimensional Diagnostik in der klinischen Praxis ist möglich. Die empfohlenen Instrumente sind in deutscher Sprache verfügbar, viele davon kostenlos. Andere Sprachversionen sind ebenfalls verfügbar bzw. werden zunehmend verfügbar.

Tabelle 45: Evidenztabelle Schlüsselfrage 11, Empfehlung 1.1

Schlüsselfrage 11: „Hat dimensionale Diagnostik einen Vorteil gegenüber nicht-dimensionaler Diagnostik für Patient:innen und/oder Versorger (z. B. bessere Arzt-Patienten-Kommunikation, größere Zufriedenheit mit Behandlung, geringere Stigmatisierungserfahrung)?“				
„Die Diagnostik von Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen sollte dimensional erfolgen und sich nicht auf kategoriale Persönlichkeitsstörungsdiagnosen beschränken.“				
[Evidenz in Bezug auf das dimensionale Konstrukt/Konzept] (Empfehlungsgrad: B – sollte)				
Haslam et al. (2020)				
Markon et al. (2011)				
Weekers et al. (2023)				
Wendt et al. (2023)				
Zimmermann et al. (2023) [darin besonders hervorgehobene Einzelstudien: Buer Christensen et al. (2020); Morey et al. (2013); Morey et al. (2014)]				
Zielgröße (Outcomes)	Hauptergebnis	Studieninformationen	Studientyp	Evidenzgrad (nach GRADE)
Validität	Positive Beurteilung	Haslam et al. (2020)	Meta-Analyse	⊕⊕⊕⊕
	Positive Beurteilung	Markon et al. (2011)	Meta-Analyse	
Reliabilität	Positive Beurteilung	Markon et al. (2011)	Meta-Analyse	⊕⊕⊕⊕
Klinische Nützlichkeit	Positive Beurteilung	Zimmermann et al. (2023)	Narratives Review	⊕⊕⊖⊖ wg. Biasrisiko herabgestuft (z.B. monomethodale Designs, Evidenz basierend auf subjektiver Wahrnehmung von Professionellen [Consumer Surveys])

Tabelle 46: Evidenztabelle Schlüsselfrage 11, Empfehlung 1.2

Schlüsselfrage 11: „Hat dimensionale Diagnostik einen Vorteil gegenüber nicht-dimensionaler Diagnostik für Patient:innen und/oder Versorger (z. B. bessere Arzt-Patienten-Kommunikation, größere Zufriedenheit mit Behandlung, geringere Stigmatisierungserfahrung)?“				
Der Schweregrad der Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen sollte anhand der LPFS mit entsprechenden klinischen Interviews erfasst werden.				
<p>1. Zu diesem Zweck sollten eigens dafür entwickelte strukturierte Interviews verwendet werden, beispielsweise das Strukturierte Klinische Interview für das alternative DSM–5-Modell für Persönlichkeitsstörungen Modul I (SCID-5-AMPD-I) oder das Semistrukturierte Interview zur Erfassung der DSM-5 Persönlichkeitsfunktionen (STIP-5.1).</p> <p>2. Alternativ können hierzu Interviews verwendet werden, die auf sehr ähnliche psychodynamische Konstrukte des Strukturniveaus oder der Persönlichkeitsorganisation abzielen, beispielsweise das OPD-Interview oder das Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO).</p>				
[Evidenz in Bezug auf klinische Interviews] (Empfehlungsgrad: B – sollte)				
Birkhölzer et al. (2021)				
Hörz-Sagstetter et al. (2021)				
Morey et al. (2022)				
Sharp & Wall (2021)				
Young & Beazley (2023)				
Zimmermann et al. (2023)				
Reliabilität	ICC = .75, 95% KI [.63; .84] (für strukturierte Interviews, die auf der LPFS basieren)	Young & Beazley (2023)	Meta-Analyse	⊕⊕⊕⊖ wg. Indirektheit herabgestuft (Evidenzlage für Instrumente zur Erfassung psychodynamischer Konstrukte ist begrenzt)
	ICC = .83, 95% KI [.75; .92] (für strukturierte Interviews, die auf der LPFS basieren)	Zimmermann et al. (2023)	Meta-Analyse (als Teil eines narrativen Reviews)	
Validität	Positive Beurteilung	Birkhölzer et al. (2021)	Narratives Review	⊕⊕⊕⊖ wg. Studiendesign herabgestuft (kein systematisches Review)
	Positive Beurteilung	Hörz-Sagstetter et al. (2021)	Narratives Review	
	Positive Beurteilung	Morey et al. (2022)	Narratives Review	
	Positive Beurteilung	Sharp & Wall (2021)	Narratives Review	
	Positive Beurteilung	Zimmermann et al. (2023)	Narratives Review	

Klinische Nützlichkeit	Positive Beurteilung	Morey et al. (2022)	Narratives Review	⊕⊕⊖⊖ wg. Biasrisiko herabgestuft (monomethodale Designs, Evidenz basierend auf subjektiver Wahrnehmung von Professionellen [Consumer Surveys])
------------------------	----------------------	---------------------	-------------------	--

Tabelle 47: Evidenztabelle Schlüsselfrage 11, Empfehlung 1.3

Schlüsselfrage 11: „Hat dimensionale Diagnostik einen Vorteil gegenüber nicht-dimensionaler Diagnostik für Patient:innen und/oder Versorger (z. B. bessere Arzt-Patienten-Kommunikation, größere Zufriedenheit mit Behandlung, geringere Stigmatisierungserfahrung)?“				
Zu Screening-Zwecken können eigens dafür entwickelte Selbstberichtsfragebögen eingesetzt werden, beispielsweise die deutsche Version des Level of Personality Functioning Scale—Self-Report (LPFS-SR) oder der Level of Personality Functioning Scale—Brief Form (LPFS- BF 2.0). Auch etablierte Instrumente zu eng verwandten Konstrukten wie der OPD-Strukturfragebogen können verwendet werden.				
[Evidenz in Bezug auf Selbstberichte] (Empfehlungsgrad: 0 – kann)				
Birkhölzer et al. (2021)				
Hörz-Sagstetter et al. (2021)				
Morey et al. (2022)				
Sharp & Wall (2021)				
Zimmermann et al. (2023)				
Reliabilität	Positive Beurteilung	Birkhölzer et al. (2021)	Narratives Review	⊕⊕⊕⊖ wg. Studiendesign herabgestuft (kein systematisches Review)
	Positive Beurteilung	Morey et al. (2022)	Narratives Review	
	Positive Beurteilung	Sharp & Wall (2021)	Narratives Review	
	Positive Beurteilung	Zimmermann et al. (2023)	Narratives Review	
Validität	Positive Beurteilung	Birkhölzer et al. (2021)	Narratives Review	⊕⊕⊕⊖ wg. Studiendesign herabgestuft (kein systematisches Review)
	Positive Beurteilung	Hörz-Sagstetter et al. (2021)	Narratives Review	
	Positive Beurteilung	Morey et al. (2022)	Narratives Review	
	Positive Beurteilung	Sharp & Wall (2021)	Narratives Review	
	Positive Beurteilung	Zimmermann et al. (2023)	Narratives Review	
Klinische Nützlichkeit	Positive Beurteilung	Morey et al. (2022)	Narratives Review	⊕⊕⊖⊖ wg. Biasrisiko herabgestuft (monomethodale Designs, Evidenz basierend auf subjektiver Wahrnehmung von Professionellen [Consumer Surveys])

3.1.5. Verknüpfung von Evidenz und Empfehlung

Die Formulierung von Empfehlungen wurde abhängig von der Bewertung der Evidenzqualität für die jeweiligen Endpunkte vorgenommen. Eine genaue Beschreibung der „Übersetzung“ der Evidenzqualität in den entsprechenden Empfehlungsgrad findet sich in der Langversion der Leitlinie, Kapitel 3.3.. Die zugrundeliegende Evidenz für die Empfehlungen sind in den jeweiligen Empfehlungskästen angegeben und im Hintergrundtext beschrieben.

3.2. Formulierung und Graduierung von Empfehlungen und strukturierte Konsensfindung

3.2.1. Strukturierte Konsensfindung: Verfahren und Durchführung

Informationen zur Konsensfindung finden sich auch in der Langversion der Leitlinie im Kapitel 3.6.

1. Konsensuskonferenz

Die erste von drei Konsensuskonferenzen fand am 14.12.2023 14-18h online statt. Vorab wurden die Empfehlungen von der Steuerungsgruppe durchgesehen (20.-22.11.2023), danach hatten die Mandatstragenden über ein Online Abstimmungstool die Möglichkeit zur Abstimmung (24.11.-11.12.2023). Zur Abstimmung standen die Empfehlungen der Schlüsselfragen 2-5, 7, 9 und 11. 30 Personen nahmen an der Online-Abstimmung teil, bei einzelnen Empfehlungen variierte die Anzahl der Beteiligungen zwischen 26 – 30.

Bei der Konsensuskonferenz am 14.12.2023 wurden die Empfehlungen zu den Schlüsselfragen 2-4 abgestimmt sowie die Evidenztabellen zu Schlüsselfrage 5 vorgestellt. Anwesend waren 36 Personen, davon 29 Mandatstragende, die 25 verschiedene Fachgesellschaften repräsentierten:

- Prof. Dr. Cord Benecke (DPG)
- Prof. Dr. Susanne Singer (AGPPP)
- Prof. Dr. Wolfgang Kupsch, Ute Engelhardt (DGPPR)
- Prof. Dr. Gabriele Helga Franke (DGMP)
- Georg Schäfer, Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter (DGPT)
- Dr. Alessa Jansen (BPtK)
- Dr. Carsten Spitzer (DKPM)
- Dr. Christian Dürich (DFT) (später vertreten durch Dr. Klaus Michael Reininger)
- Prof. Dr. Beate Muschalla (DGRW)
- Prof. Dr. Reinhard Lindner (DGS)
- Hannah Eversmann, Claudia Engel-Diouf (DVE)
- Jacqueline Rixe (DFPP)
- Prof. Dr. Johannes Kruse (DGPM)
- Prof. Dr. Judith Ommert (DVSG)
- Jurand Daszkowski (BPE)
- Prof. Dr. Katja Wingenfeld (DGPs)
- Kaveh Tarbiat (BApK)
- Prof. Dr. Klaus Michael Reininger (DPtV und GePs, später DFT)
- Prof. Dr. Sabine C. Herpertz, Hauke Felix Wiegand (DGPPN)
- Olaf Reddemann, Dr. Thomas Steger (DEGAM)
- Dr. Wolfgang Dillo (SG)
- Cornelia Schumacher (BAG KT)
- PD Dr. Christiane Montag (DDPP)
- Dr. Thomas Kubiak (DGVM)
- Dr. Monika Nothacker, Ina Müller (AWMF)
- Prof. Dr. Johannes Zimmermann (Steuerungsgruppe)

- Deborah Engesser, Yannik van Haaren, Lena Dotzauer (Wissenschaftliche Mitarbeiter:innen)

2. Konsensuskonferenz

Die zweite von drei Konsensuskonferenzen fand am 14.02.2024 14-18h online statt. Vorab wurden die Empfehlungen zur Schlüsselfrage 1 von der Steuerungsgruppe durchgesehen (15.-22.01.2024), danach hatten die Mandatstragenden über ein Online Abstimmungstool die Möglichkeit zur Abstimmung (31.01.-09.02.2024). Zur Abstimmung standen die Empfehlungen der Schlüsselfragen 1, 6, 8 und 10. 30 Personen nahmen an der Online-Abstimmung teil, bei einzelnen Empfehlungen variierte die Anzahl der Beteiligungen zwischen 19 – 23.

Bei der Konsensuskonferenz am 14.02.2024 wurden die Empfehlungen zu den Schlüsselfragen 11 und 9 abgestimmt. Anwesend waren 29 Personen, davon 23 Mandatstragende, die 23 verschiedene Fachgesellschaften repräsentierten:

- Prof. Dr. Susanne Singer (AGPPP)
- Ute Engelhardt (DGPPR)
- Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter (DGPT)
- Dr. Dietrich Munz (BPTK)
- Dr. Carsten Spitzer (DKPM)
- Dr. Christian Dürich (DFT)
- Prof. Dr. Beate Muschalla (DGRW)
- Prof. Dr. Reinhard Lindner (DGS)
- Hannah Eversmann (DVE)
- Jacqueline Rixe (DFPP)
- Prof. Dr. Johannes Kruse (DGPM, vertrat DKPM bis Herr Spitzer anwesend war)
- Prof. Dr. Katja Wingefeld (DGPs)
- Kaveh Tarbiat (BApK)
- Prof. Dr. Klaus Michael Reininger (DPtV und GePs, später DFT)
- Cornelia Schumacher (BAG KT)
- PD Dr. Christiane Montag, Dorothea von Haebler (DDPP)
- Dr. Thomas Kubiak (DGVM)
- Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers (DÄVT)
- Prof. Dr. Sabine Weißflog (DGP)
- Claudia Welk (DVSG)
- Karsten Giertz (DGSA)
- Dr. Judith Siegl (DVT)
- Dr. Monika Nothacker (AWMF)
- Prof. Dr. Johannes Zimmermann (Steuerungsgruppe)
- Deborah Engesser, Yannik van Haaren, Lena Dotzauer, Leon Wendt (Wissenschaftliche Mitarbeiter:innen)

3. Konsensuskonferenz

Die dritte von drei Konsensuskonferenzen fand am 07.-08.03.2024 11-18h bzw. 9-17h online statt. Ursprünglich war die Konferenz in Präsenz geplant und wurde aufgrund eines Bahnstreiks in diesem Zeitraum online abgehalten.

Es wurden die Empfehlungen zu den Schlüsselfragen 1 und 5 - 10 abgestimmt.

Am 07.03.24 waren 31 Personen anwesend, davon 25 Mandatstragende, die 25 verschiedene Fachgesellschaften repräsentierten:

- Prof. Dr. Cord Benecke (DPG)
- Jurand Daszkowski (BPE)

- Dr. Wolfgang Dillo (SG)
- Prof. Dr. Gabriele Helga Franke (DGMP)
- Prof. Dr. Susanne Singer (AGPPP)
- Dr. Wolfgang Kupsch, Ute Engelhardt (DGPPR)
- Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter (DGPT, GePS)
- Georg Schäfer (DGPT)
- Dr. Dietrich Munz (BPtK)
- Olaf Reddemann (DEGAM)
- Prof. Dr. Stefan Siegel (DGSMTW)
- MD PhD Hauke Felix Wiegand (DGPPN)
- Hannah Eversmann, Claudia Engel-Diouf (DVE)
- Jacqueline Rixe (DFPP)
- Prof. Dr. Johannes Kruse (DGPM, vetrat DKPM)
- Prof. Dr. Katja Wingenfeld (DGPs)
- Kaveh Tarbiat (BApK)
- Prof. Dr. Klaus Michael Reininger (DPtV, DFT)
- Cornelia Schumacher (BAG KT)
- Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers (DÄVT)
- Prof. Dr. Sabine Weißflog (DGP)
- Claudia Welk (DVSG)
- Dr. Judith Siegl (DVT)
- Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF)
- Prof. Dr. Johannes Zimmermann (Steuerungsgruppe)
- Deborah Engesser, Yannik van Haaren, Lena Dotzauer, Leon Wendt (Wissenschaftliche Mitarbeiter:innen)

Am 08.03.24 waren 33 Personen anwesend, davon 28 Mandatstragende, die 27 verschiedene Fachgesellschaften repräsentierten:

- Prof. Dr. Cord Benecke (DPG)
- Jurand Daszkowski (BPE)
- Dr. Wolfgang Dillo (SG)
- Prof. Dr. Gabriele Helga Franke (DGMP)
- Prof. Dr. Susanne Singer (AGPPP)
- Dr. Wolfgang Kupsch, Ute Engelhardt (DGPPR)
- Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter (DGPT, GePS)
- Georg Schäfer (DGPT)
- PD Dr. Christiane Montag (DDPP)
- Dr. Dietrich Munz (BPtK)
- Olaf Reddemann (DEGAM)
- Prof. Dr. Stefan Siegel (DGSMTW)
- Prof. Dr. Sabine Herpertz, MD PhD Hauke Felix Wiegand (DGPPN)
- Hannah Eversmann, Claudia Engel-Diouf (DVE)
- Jacqueline Rixe (DFPP)
- Prof. Dr. Johannes Kruse (DGPM, vetrat DKPM)
- Prof. Dr. Katja Wingenfeld (DGPs)
- Prof. Dr. Thomas Kubiak (DGVM)
- Kaveh Tarbiat (BApK)
- Prof. Dr. Klaus Michael Reininger (DPtV, DFT)
- Cornelia Schumacher (BAG KT)
- Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers (DÄVT)

- Prof. Dr. Sabine Weißflog (DGP)
- Claudia Welk (DVSG)
- Dr. Judith Siegl (DVT)
- Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF)
- Deborah Engesser, Yannik van Haaren, Lena Dotzauer, Leon Wendt (Wissenschaftliche Mitarbeiter:innen)

Verfahren

Die Online-Abstimmungen im Vorfeld der Konsensuskonferenzen erfolgten per einrundigem DELPHI Verfahren. Dabei konnte den Empfehlungen zugestimmt werden oder ein Alternativvorschlag bei Ablehnung eingereicht werden.

Die Diskussionen der Konsensuskonferenzen fanden unter Anleitung der AWMF im Rahmen eines nominalen Gruppenprozesses statt. Dazu wurden zunächst die abzustimmenden Empfehlungen gesichtet. Anschließend wurden Stellungnahmen gesammelt und durch Alternativvorschläge für alle sichtbar dokumentiert. Anschließend wurden die Alternativvorschläge sortiert und abgestimmt. Die Abstimmung erfolgte mithilfe des Onlinetools vevox (www.vevox.com). Die Abstimmungsergebnisse wurden in den Empfehlungskästen dokumentiert.

Der Einfluss der Diskussionen auf die Empfehlungen umfasste mehrere Bereiche: Die Empfehlungen wurden sprachlich redigiert und ein einheitliches Wording veranlasst. Auf Anraten der AWMF wurden spezifische inhaltsähnliche Empfehlungen zusammengefasst. Bei den systematisch recherchierten Schlüsselfragen wurden Empfehlungen, die sich auf Subgruppen bestimmter Endpunkte bezogen, unter den übergeordneten Endpunkt subsumiert (so gibt es eine Empfehlung zum Endpunkt „störungsspezifische Symptome“ statt einzelner Empfehlungen zu einzelnen störungsspezifischen Symptomen). Auch bei den nicht systematisch recherchierten Schlüsselfragen wurden inhaltlich verwandte Einzelempfehlungen zusammengefasst. Dabei wurden entweder die bereits zusammengefassten Empfehlungen abgestimmt oder (im Fall der Arbeitsgruppe zur Schlüsselfrage 6) Einzelempfehlungen abgestimmt, die dann von der Arbeitsgruppe zusammengefasst wurden.

3.2.2. Berücksichtigung von Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken

Das Ausmaß des Nutzens einzelner Interventionen wurde anhand der Effektstärken in vorhandener Literatur, dem Vorhandensein von Literatur, der Qualitätsbewertung und der Einschätzung durch die Mandatstragenden/Expert:innen berücksichtigt. So wurden bei wenig vorhandener Evidenz und/oder wenig aussagekräftigen bzw. einen negativen Effekt implizierenden Effektstärken und/oder geringer Qualität der Evidenz auf eine starke Empfehlung verzichtet.

Nebenwirkungen wurden nicht als Endpunkt für die systematisch recherchierten Schlüsselfragen festgelegt. Mögliche für die Versorgung nachteilige Implikationen einzelner Empfehlungen wurden im Rahmen der Diskussionen auf den Konsensuskonferenzen verhandelt.

3.2.3. Formulierung der Empfehlungen und Vergabe von Evidenz- und/oder Empfehlungsgraden

Bei den systematisch recherchierten Schlüsselfragen 1-5 wurden vor Abstimmung der Empfehlungen die zugehörigen Evidenztabellen gesichtet und diskutiert.

Die online bereits vorabgestimmten Empfehlungen wurden unter Moderation der AWMF je nach Konsensstärke und inhaltlicher Ausrichtung entweder den Mandatstragenden zur Kenntnis gegeben (wenn 100% Zustimmung erreicht wurde) oder ggf. nach Änderungen erneut abgestimmt.

4. Externe Begutachtung und Verabschiedung

4.1. Externe Begutachtung

Im Rahmen eines Konsultationsverfahrens konnte die Leitlinie im Zeitraum zwischen 27.05.2024 und 09.06.2024 kommentiert werden.

Ziel ist einerseits die Legitimation der Leitlinie gegenüber anderen Professionen, da ein Großteil der an der Leitlinienerstellung Beteiligten direkt mit Psychotherapie zu tun hat. So wurde das Konsultationsverfahren im Rahmen des Umgangs mit Interessenkonflikten als Maßnahme festgelegt. Andererseits dient das Konsultationsverfahren dazu, Rückmeldung zur Anwenderfreundlichkeit zu erhalten.

Drei verschiedene Personen aus zwei Fachgesellschaften (Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie sowie Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie) sendeten Kommentare an die Leitlinienkoordination. Diese finden sich in Tabelle 67 im Anhang.

Die Anmerkungen wurden wie folgt berücksichtigt:

- Die Bitte um Ergänzung von Publikationen zu Künstlerischen Therapien und zugehörige Literaturhinweise wurden in den Hintergrundtext zu Schlüsselfrage 6 aufgenommen.
- Das Fallbeispiel „Frau A.“ wurde redaktionell (jedoch nicht inhaltlich) überarbeitet und innerhalb der genannten Fallbeispiele weniger priorisiert.
- Die redaktionellen Änderungsvorschläge zu Schlüsselfrage 9, Abbildung 1 und Kapitel 4.2.1 der Langversion wurden umgesetzt.
- Der Satz zu hohem genetischen Load wurde entfernt, da dieser fälschlicherweise aus einer früheren Version der Leitlinie stammte.
- Eine Begründung für die fehlende Berücksichtigung von Instrumenten, die auf der ICD-11 basieren, wurde ergänzt.
- Der Begriff „Selbstenthüllung“ wurde durch „Selbstöffnung“ ersetzt.

4.2. Verabschiedung durch die Vorstände der herausgebenden Fachgesellschaften/Organisationen

Die LL stand zwischen dem 28.05.2024 und dem 09.06.2024 zur öffentlichen Konsultation zur Verfügung. Die eingegangenen Kommentare wurden von der Leitlinienkoordination bearbeitet und ggf. in die Leitlinie implementiert (siehe 4.1).

Die finale Version der Leitlinie wurde durch die Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften verabschiedet.

Ein Vertrag zur Verwertung von Nutzungsrechten wurde zwischen der AWMF, den Autor:innen (vertreten durch Prof. Cord Benecke) und der federführenden Fachgesellschaft (DGPT, vertreten durch Georg Schäfer und Birgit Jänchen - van der Hoofd)) geschlossen.

Sondervoten

Die DGPPN sprach die folgenden 3 Sondervoten aus:



Deutsche Gesellschaft für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und
Nervenheilkunde e.V.

DGPPN-Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 29
10117 Berlin
T +49 30 2404 772-0
F +49 30 2404 772-29
sekretariat@dgppn.de
dgppn.de

DGPPN-Geschäftsstelle | Reinhardtstraße 29 | 10117 Berlin

Prof. Dr. phil Dipl.-Psych Cord Benecke
Institut für Psychologie
Universität Kassel
Holländische Straße 36-38
34127 Kassel

Berlin, 09.07.2024

**Stellungnahme der DGPPN zur S3-LL „Diagnostik, Therapie und
Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer
Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktion“ (LL-SBPF)**

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Benecke,

hiermit erhalten Sie die Stellungnahme der DGPPN zur S3-LL „Diagnostik, Therapie und
Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der
Persönlichkeitsfunktion“ (LL-SBPF).

Diese Stellungnahme zur oben genannten Leitlinie umfasst folgende Aspekte:

1. Die Diskussion kritischer Aspekte im Hinblick auf die Zielgruppe der Leitlinie
2. die Thematisierung von übergroßen Schnittmengen mit anderen psychiatrischen Leitlinien mit widersprüchlichen Aussagen (17 Empfehlungen beziehen sich auf die S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen)
3. einen Kommentar zum aus unserer Sicht nicht ausreichend ausgewogenen Verhältnis zwischen 23 evidenzbasierten und 26 konsensbasierten Empfehlungen
4. die Identifikation eines grundlegenden handwerklichen Themas bei den konsensusbasierten Empfehlungen durch Vergabe einer Empfehlungsstärke
5. die Feststellung von der Übernahme von Textpassagen aus anderen Leitlinien mit Ungenauigkeiten und fehlenden Quellenzitation
6. und drei Sondervoten.

Die Details zu den einzelnen Aspekten 1-6 finden Sie fortfolgend. Am Ende des Textes folgt die Zusammenfassung und das Votum.

VORSTAND
Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg
Präsident
Prof. Dr. Thomas Pollmächer
Past President
Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-
Mayfrank
President Elect

Prof. Dr. Andreas Bechdolf
Dr. Sylvia Claus
Prof. Dr. Dr. Katharina Domschke
Prof. Dr. Andreas J. Fallgatter
PD Dr. Karel Frasch
Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz
Prof. Dr. Frank Jessen
Dr. Sabine Köhler

Dr. Julia-Maleen Kronsbein
Prof. Dr. Jürgen L. Müller
Prof. Dr. Andreas Reif
Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller
Dr. Christa Roth-Sackenheim
Prof. Dr. Rainer Rupprecht
Dr. Bettina Wilms
Prof. Dr. Peter Zwanzger, Kassenführer

HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN
IBAN DE58 7002 0270 0000 5095 11
BIC HYVEDE33XXX
VR 26854 B, Amtsgericht
Berlin-Charlottenburg

UST-ID-Nummer
DE251077969

1. Kritische Aspekte im Hinblick auf die Zielgruppe

Einleitend möchten wir als Fachgesellschaft unseren Bedenken Ausdruck verleihen, dass hier eine **Leitlinie für ein DSM-5/ ICD-11-Konstrukt** vorgelegt wird und damit für eine Gruppe von Menschen mit Beeinträchtigungen, für die es natürlich noch keine zielgenaue Therapie- und Versorgungsforschung geben kann. Die Persönlichkeitsfunktionen (PF), die beschrieben sind, sollen sowohl bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen als auch bei Menschen mit anderen (schweren) psychischen Erkrankungen beeinträchtigt sein (als krankheitsauslösende oder -definierende Faktoren oder als Folge der psychischen Erkrankung). Daher wird ein Aspekt der Beeinträchtigung (basale psychische Funktionen) einer heterogenen Gruppe von Menschen herausgegriffen. Es wird auch von Vulnerabilität gesprochen.

Es gibt naheliegenderweise kaum Forschung zur Wirksamkeit von Therapie- und Versorgungsansätzen bei dieser Personengruppe. Die SBPF-Leitlinie stellt selbst fest: „Die konzeptionelle Grundlage der LL-SBPF hat wichtige Implikationen für die zukünftige Forschung. Sie legt beispielsweise nahe, dass Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen nicht mehr aufgrund von Ausschlusskriterien aus der überwiegenden Zahl an Studien ausgeschlossen werden sollten, sondern stattdessen Beeinträchtigung in PF als klinisch relevante Variable standardmäßig in Forschungsdesigns einbezogen werden sollte.“ (S. 28).

Die in der Leitlinie zitierte Forschung bezieht sich dann aber auf Krankheitsentitäten, wie sie in den bisher gültigen Diagnosesystemen beschrieben werden. Es wurde extrapoliert, wie viele Mitglieder der neuen Entität in den bekannten Entitäten, für die es ja einschlägige Leitlinien gibt, angenommen werden können. Dies ist ein grundsätzlich schwieriger Punkt, da diese bisherige publizierte Evidenz für die von der SBPF-LL benannte Personengruppe nur teilweise berücksichtigt. Statistische Ergebnisse ohne Subgruppenanalysen weisen damit immer eine Unsicherheit auf. **Die Übertragbarkeit der auf anderen Diagnosekriterien basierenden Evidenz ist daher häufig fraglich.**

Das Konzept der SBPF basiert auf dem Alternativen Modell der Persönlichkeitsstörungen (AMPD) nach DSM-5 und weitgehend analog im ICD-11. Im ICD-11 wird das dimensionale Konzept die Persönlichkeitsstörungskategorien ersetzen, hat allerdings auch Bedeutung für andere psychische Störungen (DSM-5 S. 763: „it is always appropriate to assess personality functioning and pathological personality traits to provide a context for other psychopathology.“ und S. 772: “Notably, knowing the level of an individual’s personality functioning and his or her pathological trait profile also provides the clinician with a rich

base of information and is valuable in treatment planning and in predicting the course and outcome of many mental disorders in addition to personality disorders. Therefore, assessment of personality functioning and pathological personality traits may be relevant whether an individual has a personality disorder or not.”). Bisher gibt es konzeptionell erhebliche Unschärfen, ob Funktionseinschränkungen wie mangelnde Empathie, Selbststeuerung, Intimität etc. unabhängig, sozusagen komorbide zu anderen psychischen Störungen aufgefasst werden, Vulnerabilitätskriterium oder Folge psychischer Erkrankungen sind.

- Aus diesem Grunde haben die am Prozess beteiligten Vertreter der DGPPN auf die Einbindung folgender Kommentare zur kritischen Diskussion des Konzeptes der SBPF gedrungen und zu den nachfolgenden Erläuterungen in den Kapiteln 2.2. führte.

S. 23: „Die LL legt den Fokus auf die Gruppe von Betroffenen, bei denen der psychischen Erkrankung und dem komplexen Behandlungsbedarf eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen (SBPF) zugrunde liegt oder mit einer solchen einhergeht.“

- S.24: „Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen (PF) können eine wichtige Ursache für die Entstehung psychischer Störungen im Sinne eines generellen Risikos oder Vulnerabilitätsfaktors sein (Bender und Skodol 2007; Bender et al. 2011; Sharp und Wall 2021); sie können aber auch Folge psychischer Erkrankungen sein. Insofern sind Beeinträchtigungen in den PF häufig mit dem Ausmaß an Komorbidität oder der Chronizität von Störungen korreliert (vgl. Zimmermann et al. 2023; Kerber et al. 2024).“

S. 27: „Die PF eignen sich, um ein basales psychisches Funktionsniveau zu bestimmen. Dieses Funktionsniveau kann bei Patient:innen mit komplexem Behandlungsbedarf als eine interne Ursache (im Sinne einer Vulnerabilität) neben weiteren Ursachen für psychische Erkrankungen angesehen werden. Damit ergibt sich ein Erklärungsmodell für die regelhaft auftretenden Komorbiditäten und ein gemeinsamer Ansatzpunkt, diese zu behandeln (Kerber et al. 2024). Bei (solchen) Komorbiditäten sollten die jeweiligen störungsspezifischen Leitlinien berücksichtigt werden, um zu einer individuellen Behandlungsentscheidung zu kommen.“ Zudem: „Falls Differenzierungen auf Symptom-Ebene notwendig sind, hat sich die Leitliniengruppe dazu entschlossen, diese mithilfe von HiTOP-Spektren („Hierarchical Taxonomy of Psychopathology“, dt. Hierarchische Taxonomie von Psychopathologie; Kotov et al. 2017; Kotov et al. 2021; Zimmermann et al. 2024) vorzunehmen.“

Diese Aspekte flossen nach umfassenden Diskussionen in das Kapitel 2.2. ein, lösen jedoch die eingangs geschilderte Problematik insgesamt nicht auf.

2. Übergroße Schnittmenge mit anderen psychiatrischen Leitlinien

Es liegt nahe, dass die SBPF-Leitlinie viele Berührungspunkte zu inhaltlichen Bereichen anderer Leitlinien aufweist. Auch die Abgrenzung zu anderen Schweregradeinteilungen (z.B. GAF) ist derzeit noch unklar. Die **Schnittmengen zu anderen psychiatrischen Leitlinien** und insbesondere zur S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen ist groß. Die S3-Leitlinie psychosoziale Therapien ist seit 2013 in mehreren Auflagen etabliert und im Feld eingeführt ist. **17 der Empfehlungen und Statements der LL-SBPS beziehen sich auf die S3-LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen.**

Auf S. 48 wird eine Abgrenzung zur S3-LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen angesprochen: „Das Konstrukt der schweren psychischen Störung (vgl. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen) ist ebenfalls ein pragmatisches Konstrukt, welches Personen mit einem besonders niedrigen psychosozialen Funktionsniveau identifiziert. Demnach gilt als schwere psychische Störung eine Störung, die in hohem Maße chronisch verläuft, mit besonders schweren Auswirkungen auf das tägliche Leben einhergeht und eine besonders intensive Inanspruchnahme des Gesundheitssystems erfordert. Im Gegensatz dazu geht es bei dem theoretischen Konstrukt der PF um spezifische, relativ stabile Fähigkeiten einer Person, deren Ausprägung zwar zum psychosozialen Funktionsniveau bzw. zu schweren psychischen Störungen substantiell beitragen können (Skodol 2018), aber die gleichzeitig nur einer von vielen möglichen Einflussfaktoren sind.“

Einer zwischen den Autor:innen der LL-SBPF und LL Psychosoziale Therapien initial diskutierten stärkeren Abgrenzung der Inhalte der Leitlinie zu bestehenden psychiatrischen Leitlinien sind die Autor:innen der LL-SBPF nicht gefolgt. Durchgeführt wurde ein „Leitlinien-Mapping“, in welches alle Leitlinien eingeschlossen wurden, die einen möglichen thematischen Bezug zu schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen erkennen ließen, ihre Empfehlungen und Statements wurden extrahiert.

3. Unausgewogenes Verhältnis zwischen evidenzbasierten und konsensbasierten Empfehlungen

Die Mehrheit der Empfehlungen in der LL-SBPF beruht auf Konsens, die empirische Evidenz ist sehr begrenzt. Es gründen sich lediglich **23 Empfehlungen auf Evidenzrecherche mit Empfehlungsgraden**: 4-mal wurde eine A-Empfehlung vergeben, 15-mal wurde eine B-Empfehlung vergeben und 4-mal eine O-Empfehlung (offene Empfehlung). Die Mehrheit, also weitere **26 Empfehlungen sind Konsensbasierte Empfehlungen (KKP)**. Diese Fülle an konsensbasierten Empfehlungen überrascht und erscheint für eine S3-Leitlinie als unausgewogen.

4. Handwerklicher Fehler bei den konsensus-basierten Empfehlungen durch Vergabe einer Empfehlungsstärke

Zudem ist bei den konsensbasierten Empfehlungen ein Fehler unterlaufen: Die Autor:innen der LL-SBPF haben entgegen dem Regelwerk der AWMF und entgegen dem allgemein üblichen Vorgehen bei der Leitlinienentwicklung aus diesen KKP-Empfehlungen Empfehlungsstärken (A, B oder O) abgeleitet. Empfehlungsstärken gründen sich üblicherweise auf die Stärke und Zuverlässigkeit der Evidenz. Das kann bei KKP nicht erfolgen, weil dazu keine Evidenz systematisch aufbereitet wurde. Dieses Vorgehen mündet fälschlicherweise in 8 Konsensbasierten A-Empfehlungen, 16 B-Empfehlungen und 2 O-Empfehlungen. **Das ist methodisch nicht korrekt und führt zudem zu Irritationen im Vergleich mit Empfehlungen aus bestehenden Leitlinien.**

5. Übernahme von Textpassagen aus anderen Leitlinien, Ungenauigkeiten und fehlende Quellenzitation

Folgende Beispiele sollen diese Kritik untermauern. Ein umfassender Überarbeitungsbedarf in der Leitlinie wird deutlich. Hier werden nur beispielhaft Unstimmigkeiten angeführt. Es obliegt der Leitliniengruppe, diese Aspekte in der gesamten Leitlinie eingehend und zu prüfen und ggf. zu überarbeiten.

Beispiel 1:

1.7	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: A	Patient:innen mit SBPF sollen über Selbsthilfegruppen, Selbsthilforganisationen und Selbsthilfekontaktstellen informiert und auf Wunsch bei der Kontaktaufnahme unterstützt werden.	
Leitlinienadaptation Evidenzgrad: KKP	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 8 (S. 71))	
	Konsensstärke: 100%	

Hinweis: Die Empfehlung 8 aus der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen wurde modifiziert, auf die Zielpopulation übertragen, das Spektrum der Anlaufstellen für Selbsthilfe erweitert und die Empfehlung leicht umformuliert.

Die Empfehlung 1.7 hat in der Quellenleitlinie eine KKP-Empfehlung.

Viele der Empfehlungen sind durch Leitlinien-Adaptation oder Adoption entstanden, die z.T. ungenau dargestellt werden. Auch zahlreiche Textpassagen wurden aus anderen Leitlinien übernommen. Wir bitten die Autor:innen das gesamte Dokument auf Ungenauigkeiten zu überprüfen und entsprechende Quellen korrekt anzugeben.

Beispiel 2:

9.8	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Patient:innen mit SBPF sollten Künstlerische Therapien im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans sowohl im stationären als auch ambulanten Setting angeboten werden. Ergotherapie sollte Menschen mit SBPF im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes sowohl im stationären als auch ambulanten Setting und orientiert an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen angeboten werden. Sport- und Bewegungstherapie sollte bei Menschen mit SBPF im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und orientiert an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Patient:innen sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting angeboten werden.	
Evidenzgrad: EK	Literatur: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen Siehe auch: Lindström et al. 2012; Ercan Doğu et al. 2021; Mashimo et al. 2020; Wasmuth et al. 2021; Ikiugu et al. 2017	
	Konsensstärke: 100%	

Diese drei psychosozialen Therapien (künstlerische Therapien, Ergotherapie, Sport- und Bewegung) werden in der S3-LL Psychosoziale Therapien evidenzbasiert mit der Empfehlungsstärke B in separaten Empfehlungen empfohlen. Eine Adaptation wird 9.8 nicht deutlich. Zudem wird eine Zusammenfassung dieser 3 wichtigen Therapien in unseren Augen der Bedeutung der verschiedenen Therapieansätze nicht gerecht.

Beispiel 3:

9.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Modifiziert Stand 2018
Empfehlungsgrad: A	Menschen mit SBPF und dem Wunsch nach einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sollen im Rahmen der Förderung beruflicher Teilhabe Programme mit dem Ziel einer raschen Platzierung direkt auf einen Arbeitsplatz des Allgemeinen Arbeitsmarktes und notwendiger Unterstützung (Supported Employment) angeboten werden.	
Leitlinienadaptation Qualität der Evidenz: ⊕⊕⊕⊖ (Aufgrund von Indirektheit herabgestuft)	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 18, S. 192)	
	Konsensstärke: 100%	

Worin besteht hier die Adaptation? Der Terminus Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wurde ausgetauscht. Dies führte offensichtlich dazu, die Qualität der Evidenz herabgestuft wurde, was sich nicht im Empfehlungsgrad zeigt. Das müsste zumindest erläutert werden. Ansonsten handelt es sich hier um eine wortgetreue Übernahme der Empfehlung. Das gleiche gilt für 9.3 und 9.4.

Beispiel 4:

9.5	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	<p>Die Förderung beruflicher Teilhabe von Menschen mit SBPF sollte darauf ausgerichtet sein, den Arbeitsplatzverlust zu vermeiden. Dazu bedarf es beim Auftreten psychischer Erkrankungen eines frühzeitigen Einbezuges entsprechender Dienste bzw. Hilfen.</p> <p>Das Vorhandensein einer abgeschlossenen Ausbildung ist als Grundlage für die Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit SBPF von enormer Wichtigkeit. Daher sollten reguläre schulische, akademische, betriebliche und besondere Ausbildungsangebote wohnortnah und mit entsprechenden flankierenden Unterstützungsangeboten zur Verfügung stehen.</p> <p>Menschen mit SBPF sollte unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts frühzeitig Zugang zu passgenauen beruflichen Ausbildungs- und Rehabilitationsprogrammen zur Förderung der beruflichen Teilhabe ermöglicht werden.</p>	
Evidenzgrad: EK		
	Konsensstärke: 96%	

Zumindest die ersten beiden Abschnitte der Empfehlung 9.5 sind wortgetreu der S3-LL Psychosoziale Therapien (Empfehlung 21 und 22) entnommen; das geht aus der Empfehlung in LL-SBPF leider nicht hervor. Bitte korrekt darstellen.

Nicht ganz nachvollziehbar erscheint die Differenzierung der Empfehlung 3.1. und 3.2. („Symptome“ und „psychosoziale Funktionen“). Der Leser fragt sich: sollte oder kann nun ambulante Psychotherapie (und welche?) durchgeführt werden.

Auch die Ausführungen zum „evidenzbasierten Statement“ 3.3. erscheinen nicht nachvollziehbar. Es wird von einem „geringen Effekt“ (Hedge’s G 0,19) hinsichtlich Hospitalisierung nach ambulanter Psychotherapie gesprochen. Auch bei den Symptomwirkungen ambulanter Psychotherapie wird allerdings von einem geringen Effekt gesprochen (Hedge’s g 0,26). Dies erscheint nicht ganz konsistent. Die Qualität der Evidenz wird überall als schwach bezeichnet.

6. Für folgende Empfehlungen/Statements beantragen wir ein Sondervotum:

Sondervotum 1 für das Statement 6.1.

Statement 6.1. „Die Datenlage erlaubt keine klare Empfehlung für oder gegen eine Unterbringung in einer besonderen Wohnform unter einem Dach bei Klient:innen mit SBPF.“

— Es bleibt nicht nachvollziehbar, warum hier nur auf Evidenz aus Deutschland zurückgegriffen wird. International gibt es eine reichhaltige aktuelle Literatur zu diesem Thema (vgl. S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Störungen (Kapitel 10.3. Unterstütztes Wohnen). Wenn hier Probleme der Übertragbarkeit herangezogen würden, würde das natürlich auch auf andere Interventionen zutreffen. Das betrifft u.a. Evidenz zu intensiver multiprofessioneller und aufsuchender Behandlung, zum Case Management und zum Supported Employment, welche die Autor:innen der LL-SBPF auch heranziehen.

— In unseren Augen intendiert bereits die Formulierung der Schlüsselfrage 4 (Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die in „besonderen Wohnformen“ unter einem Dach wohnen, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?) eine Fehlrichtung. Das Statement steht in einem Widerspruch zur internationalen, einschlägigen Literatur und zu den Empfehlungen 16 und 17 der S3-LL Psychosoziale Therapien, in denen der Paradigmenwechsel der Rehabilitation deutlich wird. Die S3-Leitlinie psychosoziale Therapien führt dazu aus: „Auch wenn sich die Ergebnisse der internationalen Studien nicht unmittelbar auf die Verhältnisse in Deutschland übertragen lassen, weisen die mit den existierenden Studien [auf RCT-Niveau] verbundenen Prinzipien von Wahlfreiheit, Kontinuität, Bedarfsorientierung und Normalität auch vor dem Hintergrund der Forderungen in der geltenden UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) auf eine große Bedeutung für Deutschland hin. In Artikel 19 der UN-BRK wird das Recht auf eine selbstbestimmte Lebensführung und die Integration in die Gesellschaft betont; eng verbunden sind damit die vergleichbaren Wahlmöglichkeiten, den Lebensort frei zu wählen, die auch anderen Menschen zur Verfügung stehen. Die Präferenzen der Betroffenen werden damit ins Zentrum der Bemühungen gerückt. Die erforderliche Unterstützung muss am gewählten Lebensort erfolgen“ (S3-LL Psychosoziale Therapien, S. 156). Übersichtsarbeiten wie die von Richter et al. (2017) verweisen darauf, dass ein Großteil der Personen mit Rehabilitationsbedarf unabhängige Lebensformen bevorzugen würde (Richter und Hoffmann 2017). Für einen kleineren Anteil von Menschen mit

schwerer psychischer Erkrankung kommt eine unabhängige Lebensform nicht in Betracht. Entscheidend sind die Unterstützungsleistungen, die sich an den individuellen Bedarfen orientieren müssen.

Im Hintergrundtext S.97 beschreiben die Autoren, dass sie mit dem Begriff „besondere Wohnform“ ein Kontinuum stationären Wohneinrichtungen bis hin zu ambulanten Unterstützungsleistungen in der eigenen Wohnung verstehen. Doch gerade letzteres ist streng genommen keine besondere Wohnform, sondern eine eigene Wohnung mit Unterstützungsleistungen. Das ist aus Sicht der Betroffenen ein relevanter Unterschied.

Wir schlagen folgendes Sondervotum zu 6.1 vor:

Menschen mit SBPF sollen entsprechend ihrer individuellen Bedarfe und Präferenzen mobil und unabhängig von der Wohnform unterstützt werden, selbstbestimmt in der Gemeinde zu wohnen (Empfehlungsstärke A basierend auf der Empfehlung 17 der S3-LL Psychosoziale Therapien).

Sondervotum 2 für die Empfehlung 7.3.

Evidenzbasierte Empfehlung 7.3. „Zur Reduktion von Erwerbslosigkeit kann Patient:innen mit SBPF eine ambulante koordinierte Versorgung angeboten werden“ (O).

Ausgehend von der „GBA-Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)“ empfehlen die Autor:innen Outcome-geleitet in verschiedenen Empfehlungen eine ambulante koordinierte Versorgung. Die Evidenz hierzu gründet auf 2 systematischen Übersichtsarbeiten, in denen die Wirksamkeit von Intensive Case Management (ICM) sowie Case Management bei Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung untersucht wurde (Dieterich et al. 2017; Lim et al. 2022). Empfehlung 7.2 fußt allein auf Dieterich et al. zum ICM (obwohl im Empfehlungskasten 2 Reviews angegeben sind, auch hier eine Ungenauigkeit der LL) und mündet in einer B-Empfehlung. Hierbei wurde sowohl für die Zielpopulation als auch für die Intervention extrapoliert, was sehr verwundert. Noch irritierender ist Empfehlung 7.3. Auch hier ziehen die Autor:innen das Dietrich-Review zu ICM heran. Da ICM – im Lichte der existierenden spezifischen Ansätze zur Verbesserung der beruflichen Teilhabe wie Supported Employment - nicht in erster Linie auf die Verbesserung der beruflichen Teilhabe zielt, diese aber sehr wohl unterstützen kann, schlagen wir folgendes Sondervotum vor:

Sondervotum zu 7.3

Neben spezifischen Ansätzen zur Verbesserung der beruflichen Teilhabe von Menschen mit SBPF kann auch eine ambulante koordinierte Versorgung zu dieser beitragen und deshalb angeboten werden (Empfehlungsstärke 0).

Sondervotum 3 für die Empfehlung 8.3.

Evidenzbasierte Empfehlung 8.3. „Eine milde positive Beziehungserwartung sollte etabliert werden, um den Therapieerfolg zu verbessern.“

Hintergrund hierfür ist: „eine Meta-Analyse von 81 Stichproben mit 12.722 Patient:innen [die] zeigte, dass die anfängliche Überzeugung der Patient:innen, dass die Behandlung hilfreich sein wird, positiv mit dem späteren Therapieerfolg korreliert (Constantino et al. 2018). Die gemittelte Effektstärke lag bei $d = 0.36$. Deshalb ist es für den Verlauf der Therapie förderlich, wenn entsprechend **positive Erwartungen** gefördert werden. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass diese Erwartungen nicht so groß sein sollten, dass sie nur sehr schwer erreicht werden können, da dies zu Demotivierung und Demoralisierung führen könnte. Wenn Patient:innen die Therapie oder die Therapeut:in idealisieren, kann das auch zum Vermeiden vom Arbeiten an problematischem Verhalten und Denkmustern führen. Stattdessen ist eine mild positive Erwartung am besten geeignet, therapeutisch zu arbeiten.“

Es wird an keiner Stelle ersichtlich, inwieweit die Bedeutung einer „zu großen Erwartungshaltung“ in der zitierten Studie untersucht wurde. Ungelöst bleibt die Frage der Skalierbarkeit einer „milden positiven Beziehungserwartung“; eine Anwendung der Empfehlung scheint schwer möglich. Eine mittlere Empfehlungsstärke B ist u.E. hier nicht gerechtfertigt. Schwer psychisch kranke Menschen sollen zudem in ihrem Recovery Prozess unterstützt werden und brauchen diese Unterstützung. Die Formulierung „milde positive Beziehungserwartung“ irritiert, suggeriert Zurückhaltung und kann aus unserer Sicht nicht mitgetragen werden. Wir schlagen hierfür ein Sondervotum vor:

Sondervotum zu 8.3

Für die Verbesserung des Therapieerfolges sollten realistisch erreichbare Ziele definiert werden, um einer Demotivierung frühzeitig zu begegnen. (KKP-Empfehlung)

Zusammenfassung

Wir bitten die Autoren, die Stellungnahme im Methodenreport verfügbar zu machen. Zudem bitten wir darum, die gesamte SBPF-Leitlinie auf Ungenauigkeiten bei der Übernahme aus anderen Leitlinien zu prüfen und Quellen genau zu zitieren, den handwerklichen Fehler bei der Vergabe von Empfehlungsgraden für KKP's auszuräumen und die Sondervoten in der Endfassung der Leitlinie zu vermerken.

— Mit diesen Auflagen stimmt die DGPPN der Leitlinie zu.

Literaturverzeichnis

- Dieterich, M.; Irving, C. B.; Bergman, H.; Khokhar, M. A.; Park, B.; Marshall, M. (2017): Intensive case management for severe mental illness. In: *Cochrane Database Syst Rev* Issue 1. Art. No.: CD007906. DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub3.
- - Lim, Christopher T.; Caan, Marissa P.; Kim, Clara H.; Chow, Clifton M.; Leff, H. Stephen; Tepper, Miriam C. (2022): Care Management for Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 73 (2), S. 180–187. DOI: 10.1176/appi.ps.202000473.
- Richter, D.; Hoffmann, H. (2017): Preference for independent housing of persons with mental disorders: Systematic review and meta-analysis. In: *Adm Policy Ment Health*. DOI: 10.1007/s10488-017-0791-4.

Mit den besten Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'A. Meyer-Lindenberg', is written over a light blue horizontal line.

Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg

Kommentar zur Stellungnahme der DGPPN: Die Leitlinie wurde nach Erhalt der Stellungnahme erneut auf Ungenauigkeit überprüft und ggf. überarbeitet. Die Empfehlungsgrade bei Empfehlungen im Expertenkonsens wurden bereits nach Rückmeldung durch die AWMF entfernt. Die Sondervoten wurden in der Langfassung kenntlich gemacht.

5. Redaktionelle Unabhängigkeit

5.1. Finanzierung der Leitlinie

Die Leitlinie wurde nicht von der federführenden Fachgesellschaft, sondern durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss (Förderkennzeichen 01VSF21013) finanziert. Daher ergab sich keine interessengerichtete Beeinflussung durch die Finanzierung.

5.2. Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

Die Mandatsträger:innen wurden zu Beginn der Leitlinienerstellung bzw. nach Meldung durch die Fachgesellschaften um die Abgabe der Erklärung von Interessenkonflikten gebeten. Hierfür wurde das Onlineportal der AWMF genutzt.

Die Arbeitsgruppe zur Bewertung von Interessenkonflikten bestehend aus Prof. Dr. Cord Benecke, Dr. Monika Nothacker (AWMF), Dipl.-Psych. Georg Schäfer und Prof. Dr. Susanne Singer. Diese legte vor dem Kick Off Treffen (am 09.05.2022, dabei Prof. Dr. Johannes Zimmermann in Vertretung für Prof. Dr. Cord Benecke sowie Deborah Engesser zur Protokollführung) folgende leitlinienspezifischen Interessenkonflikte fest, welche beim Kick Off Treffen konsentiert wurden. Ergänzungen wurden bei einem weiteren Treffen der Arbeitsgruppe zur Bewertung am 30.08.2022 festgelegt.

Leitlinienspezifische Definition und Einstufung von Interessenkonflikten

Im Folgenden werden verschiedene Faktoren, die zu Interessenkonflikten führen könnten, erläutert. Eine tabellarische Zusammenfassung findet sich in Tabelle 48.

Digitale Gesundheitsanwendungen

Vorliegen eines Interessenkonflikts bei Personen, die an der Entwicklung digitaler Gesundheitsanwendungen beteiligt sind (Ergänzung vom 30.08.2022:) oder Gelder von Digitalen Gesundheitsanwendungsnahen Unternehmen erhalten.

Einstufung: moderat

Maßnahme/Konsequenz: Ausschluss vom Abstimmungsrecht bei Schlüsselfrage 2.

Psychotherapieverfahren, Behandlungsformen

Da ein Großteil der Beteiligten einem Verfahren oder einer Behandlungsform besonders verbunden ist, wird das Vorliegen einer solchen Verbundenheit an sich nicht als Interessenkonflikt gewertet. Zur Sicherstellung der Repräsentativität sollten verschiedene Verfahren/Behandlungsformen ausgewogen in der Leitliniengruppe verteilt sein. Weiterhin wird festgehalten, dass in unserer Leitlinie kein Verfahrensvergleich stattfinden soll, weshalb die Zugehörigkeit zu einem Psychotherapieverfahren nicht so stark ins Gewicht fallen sollte. (Ergänzung vom 30.08.2022:) Eine Vorstandstätigkeit oder federführende Beteiligung z.B. bei Schulungstätigkeiten im Rahmen einer solchen Verbundenheit wurde als geringer Interessenkonflikt gewertet.

Maßnahme: Personen mit geringen Interessenkonflikten dürfen keine Leitungsfunktionen übernehmen, die im Zusammenhang mit dem Vergleich von Therapieverfahren oder Behandlungsformen stehen.

Psychotherapie

Die PICO Frage 1 thematisiert die Wirksamkeit von Psychotherapie, wobei ein Großteil der Beteiligten direkt mit Psychotherapie zu tun hat. Analog zur Verbundenheit mit Psychotherapieverfahren gilt dies nicht als Interessenkonflikt.

Maßnahme: Zur Legitimation der Leitlinie gegenüber anderen Professionen wird es eine öffentliche Konsultationsphase von 3 Wochen geben, in der die Leitlinie kommentiert werden kann (Absprache mit Frau Kopp am 24.04.24: Konsultationsphase kann zwischen 2-6 Wochen dauern). Dazu werden die beteiligten Fachgesellschaften gebeten, die Leitlinie zum Kommentieren über ihre Verteiler zu versenden. Zusätzlich wird die Leitlinie auf die Website der AWMF gestellt.

Konzept der Leitlinie

Die Erstellung der Leitlinie basierend auf dimensionaler Sichtweise kann einerseits Kritik an diesem Konzept hervorrufen und andererseits die Forschung zu dieser Sichtweise fördern. Das wissenschaftliche Interesse an der dimensionalen Sichtweise besteht bei allen an der „Übersetzung“ kategorialer Evidenz in dimensionale Sichtweise beteiligten Personen und gilt analog zur Verbundenheit mit Psychotherapieverfahren nicht per se als Interessenkonflikt. Für die Glaubwürdigkeit der Leitlinie ist zentral, dass dieses wissenschaftliche Interesse in den Dienst der Verbesserung der Versorgung gestellt wird. Das heißt, die Leitlinienempfehlungen sollen der Verbesserung der Versorgung und nicht der Förderung eigener Forschungsinteressen dienen. Dieses Forschungsinteresse bezieht sich sowohl allgemein auf die Definition der Patientengruppe für die Leitlinie als auch im speziellen auf die Schlüsselfrage 11, in der der Nutzen dimensionaler Diagnostik untersucht wird. Die Ergebnisse dieser Fragestellung sind also unter Berücksichtigung des wissenschaftlichen Interesses an einem vorteilhaften Ergebnis für die dimensionale Diagnostik zu interpretieren. Jedoch überwiegt dabei das Wohl der Patient:innen und der Mehrwert für die Versorgung.

Tabelle 48: Zusammenfassung Interessenkonfliktmanagement

Ausprägung Interessenkonflikt	Umstände für diese Kategorie	Konsequenz
kein	Verbundenheit zu einem Verfahren oder einer Behandlungsform Verbundenheit mit Psychotherapieverfahren wissenschaftliche Interesse an der dimensionalen Sichtweise	
gering	Vorstandstätigkeit oder federführende Beteiligung z.B. bei Schulungstätigkeiten im Rahmen eines bestimmten Verfahrens oder einer bestimmten Behandlungsform	Keine Leitungsfunktion, die im Zusammenhang mit dem Vergleich von Therapieverfahren oder Behandlungsformen steht
moderat	Personen, die an der Entwicklung digitaler Gesundheits- Anwendungen beteiligt sind oder Gelder von Digitale Gesundheits- anwendungsnahen Unternehmen erhalten.	Ausschluss vom Abstimmungsrecht bei Schlüsselfrage 2
hoch	Eigentumsinteresse Arbeitsverhältnis bei der Industrie Hoher Aktienbesitz einzelner Firmen	Keine Teilnahme an thematisch relevanten Beratungen und keine Abstimmung

Darlegung Interessenkonflikte

Die Erklärungen wurden zufällig auf Prof. Dr. Cord Benecke, Prof. Dr. Susanne Singer und Dipl.-Psych. Georg Schäfer aufgeteilt und bewertet. Eine Besprechung der Bewertungen fand im Rahmens eines Treffens mit Dr. Monika Nothacker von der AWMF am 30.08.2022 statt. Nachträglich zum Projekt hinzugekommene Personen (Yannik van Haaren, Dr. Tina Wessels) wurden nach Ihrem Eintritt von Prof. Dr. Cord Benecke und Prof. Dr. Susanne Singer bewertet. Aus der Bewertung ergaben sich Interessenkonflikte bei 9 Personen, die jedoch keiner Einschränkungen beim Abstimmungsrecht bedurften. Eine tabellarische Zusammenfassung findet sich in Tabelle 68 im Anhang.

6. Verbreitung und Implementierung

6.1. Konzept zur Verbreitung und Implementierung

Es wurden verschiedene Strategien zur Förderung der Umsetzung der Leitlinie implementiert. Hierzu zählen u. a. niederschwellige Informationsangebote wie etwa eine Kurzfassung der Leitlinie (siehe Kapitel 6.2 für mehr Informationen). Zudem wurden potentielle Anwender:innen auch auf andere Weisen auf die Leitlinie aufmerksam gemacht. Leon Wendt, Johannes Zimmermann und Susanne Singer hielten auf wissenschaftlichen Kongressen Vorträge zum Konzept der Leitlinie. Zudem wurden die Teilnehmenden der Expertenumfrage, die die Basis für den Algorithmus zur „Übersetzung“ kategorialer Diagnosen in Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bildete, durch ihre Teilnahme auf die Leitlinie aufmerksam gemacht.

Informationen zu förderlichen wie auch hinderlichen Faktoren wurden zudem im Austausch mit Mandatstragenden bzw. Mitgliedern der Steuerungsgruppe gesammelt. So wurden durch die Leitlinienkoordination Gespräche mit den Arbeitsgruppenleitungen zur Differenzierung nach HiTOP Spektren geführt, die eine spezifischere Ausrichtung von Empfehlungen auf entsprechende Patientengruppen erlaubt.

Als Faktoren wurde von den Vertretern der Sozialen Arbeit betont, dass eine Übertragbarkeit internationaler Evidenz auf den deutschen Versorgungskontext aufgrund fehlender

Vergleichbarkeit schwierig sei. Dem wurde bei der Evidenzrecherche Rechnung getragen, indem die Suche nach Literatur zu „besonderen Wohnformen unter einem Dach“ auf in Deutschland durchgeführte Studien begrenzt wurde.

6.2. Unterstützende Materialien für die Anwendung der Leitlinie

Unterstützende Materialien für die Anwendung sind die Kurzfassung sowie die Patient:innenversion der Leitlinie.

6.3. Diskussion möglicher förderlicher und hinderlicher Faktoren für die Anwendung der Leitlinie

Die Leitlinie zeichnet sich vor allem durch das neue Konzept der Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen aus. Konzeptionelle hinderliche und förderliche Faktoren bestehen daher durch:

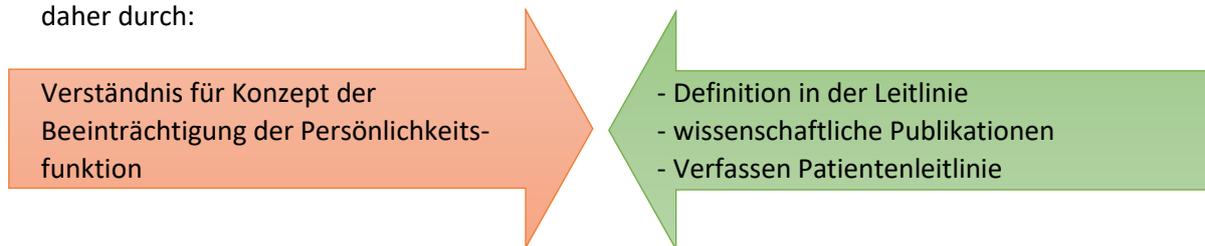


Abbildung 1: Konzeptionelle förderliche (grün) und hinderliche (rot) Faktoren

Ein wesentlicher Faktor für den Erfolg der Anwendung der Leitlinie ist die Verfügbarkeit der empfohlenen Leistungen. Es ist nicht gegeben, dass überall die Infrastruktur bzw. Kapazitäten vorhanden sind, um die Empfehlungen vollständig umzusetzen.

So sind beispielsweise die Wartezeiten auf Psychotherapie lange (Singer et al. 2022) und regional sehr unterschiedlich (Rabe-Menssen et al. 2019; Bundespsychotherapeutenkammer 2018).

Die Verfügbarkeit von besonderen Wohnformen setzt eine entsprechende Infrastruktur ebenso voraus wie eine koordinierte Versorgung nur mit entsprechendem Netzwerk und den nötigen Absprachen stattfinden kann.

Mögliche Kostendaten als förderliche oder hinderliche Faktoren der Umsetzung von Empfehlungen wurden im Rahmen dieser Leitlinie nicht erhoben.

Folgende Faktoren könnten die Umsetzung der Empfehlungen erschweren:

Organisatorisch

- zeitliche Ressourcen für adäquate Betreuung/Behandlung

Strukturell

- Wartezeiten/Verfügbarkeit von Psychotherapie
- Verfügbarkeit von Einrichtungen

Personell

- zeitliche Ressourcen für adäquate Betreuung/Behandlung.

6.4. Messkriterien für die Bewertung der Prozess - und / oder Ergebnisqualität der Leitlinie: Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren

Folgende Aspekte sind starke Empfehlungen der Leitlinie, weshalb diese im Besonderen als Messkriterien herangezogen werden sollten. Berücksichtigt werden muss, dass PF noch nicht systematisch erfasst werden, was sich erst mit Umsetzung des ICD-11 im Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen ändern wird. Daher liegen noch keine großflächigen Versorgungsdaten von bspw. Krankenkassen vor, auf die zurückgegriffen werden kann. Daher wird vorgeschlagen, Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen und Therapeut:innen nach einer Besserung befragen, damit die Zielpopulation genau erfasst werden kann. Zudem gelten in der folgenden Tabelle die Einschränkungen und Hinweise aus den entsprechenden Empfehlungen und Hintergrundtexten des Leitlinienmanuskripts.

Tabelle 49: Messkriterien zur Implementierung der Leitlinie

Kriterium	Operationalisierung	Häufigkeit
Messkriterien zur Implementierung der Empfehlungen		
Vorliegen von Psychotherapien mit spezifischem Behandlungsvertrag (Empfehlung 8.1)	Befragung von psychotherapeutisch Tätigen und Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen	Alle 2 Jahre
Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung (Empfehlung 10.2)	Befragung von psychotherapeutisch Tätigen und Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen über Fragebögen, z.B. Working Alliance Inventory (WAI) (Horvath und Greenberg 1989)	Alle 2 Jahre
Reflexion der therapeutischen Beziehung und des eigenen Verhaltens (Empfehlung 10.9)	Befragung von psychotherapeutisch Tätigen über Fragebögen, z.B. Working Alliance Inventory (WAI) (Horvath und Greenberg 1989)	Alle 2 Jahre
Umsetzung beziehungsorientiertes Case Management (Empfehlung 10.13)	Befragung von ärztlich/psychotherapeutisch Tätigen und Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, Erhebung Anzahl von Netzverbänden	Alle 2 Jahre
Prüfung der Indikation und ggf. Umsetzung Möglichkeit der aufsuchenden Versorgung (Empfehlung 10.14)	Befragung von ärztlich/psychotherapeutisch Tätigen und Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen	Alle 2 Jahre
Umsetzung Berücksichtigung von Komorbiditäten und interaktionellen Schwierigkeiten sowie Vorhandensein einer/s festen Bezugstherapeutin/Bezugstherapeuten (Empfehlung 10.15)	Befragung von ärztlich/psychotherapeutisch Tätigen und Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen	Alle 2 Jahre
Umsetzung hausärztliche Langzeitbegleitung (Empfehlung 11.1)	Befragung von ärztlich/psychotherapeutisch Tätigen und Patient:innen	Alle 2 Jahre

	mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen	
Vorhandensein Kenntnis lokaler bzw. regionaler Leistungserbringenden für gelingendes Krisenmanagement (Empfehlung 11.2)	Befragung von Hausärzt:innen	Alle 2 Jahre
Messkriterien zur Auswirkung der Implementierung der Empfehlungen		
Qualität der Versorgung aus Patient:innen und Versorgenden-Sicht	Befragung von Versorgenden und Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen	Alle 2 Jahre
Umsetzung der Förderung von beruflicher Teilhabe bei vorliegender Indikation	Befragung von Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen	Alle 2 Jahre
Verbesserung der Lebensqualität, Funktionsfähigkeit, psychosoziale Funktionsfähigkeit, Symptombelastung, Beziehungsqualität von Patient:innen	Befragung von Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen	Alle 2 Jahre

7. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

7.1. Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung und Status

Das Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung des Methodenreports war der 24.07.2024, damit ist dieser gültig bis zum 24.07.2029.

7.2. Aktualisierungsverfahren

Ansprechpartner für die Aktualisierung nach Ablauf der Gültigkeit von 5 Jahren ist Prof. Dr. Cord Benecke (benecke@uni-kassel.de).

Geplante Änderungen hinsichtlich der Methodik betreffen die Suchstrategie für die systematische Literaturrecherche. Statt der ausgewählten Diagnosegruppen, die im Rahmen dieser Leitlinie stellvertretend für Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen gesucht wurden, könnte bei der Aktualisierung direkt „schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen“ als Populations-Kriterium verwendet werden.

Anhang

Tabelle 50: Zur Mitarbeit eingeladene Fachgesellschaften (n=49)

Fachgesellschaft
Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e. V. (BAG KT)
Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP e.V.)
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK)
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp)
Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE)
Dachverband deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie e.V. (DDPP)
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG)
Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)
Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege (DFPP)
Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/Psychodynamische Psychotherapie e.V. (DFT)
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM)
Deutsche Gesellschaft für ärztliche Entspannungsmethoden, Hypnose, Autogenes Training und Therapie (DGäEHAT)
Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)
Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V. (DGPPR)
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP)
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie und Psychopathometrie (DGMPP)
Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR)
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie (DGPs)
Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF)
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFH)
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW)
Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft e.V. (DGSMTW)
Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V. (DGSA)
Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht)
Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e.V. (DGS)
Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)
Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation e.V. (DGVM)
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgvt)
Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG)
Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG)

Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)
Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V. (DPV)
Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV)
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)
Deutscher Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie e.V. (DAKBT)
Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V. (DVT)
Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE)
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)
Deutschsprachige Gesellschaft für Kunst und Psychopathologie des Ausdrucks (DGPA)
Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)
Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen (GePs)
Systemische Gesellschaft – Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e. V. (SG)

Tabelle 51: Beteiligte Fachgesellschaften und Mandatsträger:innen

Fachgesellschaft	Mandatstragende
Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/Psychodynamische Psychotherapie e.V. (DFT)	Dr. Christian Dürich, Vertretung: Prof. Dr. Klaus Michael Reininger (Zusage 03.01.2021)
Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen (GePs)	Dr. Birger Dulz, Vertretung bei Abschlusskonferenz durch Prof. Dr. Klaus Michael Reininger (Zusage 05.01.2021)
Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege (DFPP)	Jacqueline Rixe, M.Sc. (Zusage 06.01.2021)
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)	Prof. Dr. Sabine C. Herpertz, Vertretung: Hauke Felix Wiegand, MD/PhD (bis 06.07.2022: Univ.-Prof. Dr. Klaus Lieb) (Zusage 07.01.2021)
Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation e.V. (DGVM)	Prof. Dr. Thomas Kubiak (Zusage 07.01.2021)
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG)	Dipl.-Psych. Jürgen Matzat (Zusage 08.01.2021)
Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e.V. (DGS)	Prof. Dr. med. Reinhard Lindner (Zusage 09.01.2021)
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	Prof. Dr. Johannes Kruse (Zusage 10.01.2021)
Systemische Gesellschaft – Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e. V. (SG)	Dr. Wolfgang Dillo (Zusage 11.01.2021)
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM)	Olaf Reddemann, Vertretung: Dr. Thomas Steger (Zusage 25.01.2021)
Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V. (DGSA)	Prof. Dr. Dieter Röh, Vertretung: Karsten Giertz (Zusage 29.01.2021)
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM)	Prof. Dr. Carsten Spitzer (Zusage 01.02.2021)
Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V. (DPV)	Prof. Dr. Wolfgang Milch (Zusage 10.01.2022)
Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)	Dr. Dietrich Munz, Dr. Alessa Jansen, Dr. Tina Wessels (Zusage 17.01.2022, Frau Dr. Wessels nachträgliche Mandatierung als Vertretung für Frau Dr. Jansen am 22.11.2022)
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW)	Prof. Dr. Beate Muschalla (Zusage 17.01.2022)
Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft e.V. (DGSMTW)	Prof. Dr. med. Stefan Siegel (Zusage 31.01.2022)
Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V. (DVT)	Dr. Judith Siegl, Vertretung: Dr. Eva Fassbinder (Zusage 08.02.2022)

	(eigentlich zunächst Fr Siegl Vertretung für Fr. Faßbinder, nach Mail von Fr. Faßbinder vom 31.03. getauscht)
Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE)	Hannah Eversmann, Claudia Engel-Diouf (Zusage 10.02.2022)
Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V. (DPtV)	Prof. Dr. Klaus Michael Reininger (Zusage 13.02.2022)
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie e.V. (DGMP)	Prof. Dr. Gabriele Helga Franke (Zusage 16.02.2022)
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.(DGPT)	Dipl.-Psych. Georg Schäfer Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter (Zusage 01.03.2022, Beschluss bei Kick Off Treffen: DGPT hat nur 1 Stimme)
Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)	Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers Zusage 02.03.2022, Rückzug des Mandats zwischen Juni 2022 und April 2023
Arbeitsgemeinschaft Psychodynamischer Professorinnen und Professoren e.V. (AGPPP)	Prof. Dr. Susanne Singer, Vertretung: Prof. Dr. Cord Benecke (Zusage 24.03.2022)
Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft e.V. (DPG)	Prof. Dr. Cord Benecke (Zusage 24.03.2022)
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp)	Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr (Zusage 21.03.2022)
Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V. (DGPPR)	Dr. Wolfgang Kupsch, Vertretung: Ute Engelhardt (Zusage: 03.06.2022)
Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V., Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie (DGPs)	Prof. Dr. Katja Wingenfeld (Zusage: 16.06.2022, bis 22.06.2023 Prof. Dr. Babette Renneberg und Vertretung durch Prof. Dr. Wingenfeld, ab 22.06.2023 Ende der Mitarbeit von Fr. Renneberg)
Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE)	Jurand Daszkowski (Zusage: 18.06.2022)
Dachverband deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie e.V. (DDPP)	PD Dr. Christiane Montag, Vertretung: Prof. Dr. Dorothea von Haebler (Zusage: 08.07.2022)
Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V. (BAG KT)	Cornelia Schumacher (Zusage: 13.07.2022)
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)	Claudia Welk (Zusage: 14.07.2022, bis 15.01.2024 Prof. Dr. Judith Ommert mit Frau Welk als Vertretung)
Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK)	Kaveh Tarbiat (Zusage: 03.08.2022)
Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP)	Prof. Dr. Sabine Weißflog (Zusage: 11.08.2022)

Tabelle 52: Syntax Suchstrategie Schlüsselfrage 1

Schlüsselfrage 1 – ambulante Psychotherapie
<p>PubMed</p> <p>((("Somatoform Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Dissociative Identity Disorder"[MeSH Terms] OR "depressive disorder, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Antisocial Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Borderline Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Compulsive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Dependent Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Histrionic Personality Disorder"[MeSH Terms:noexp] OR "Paranoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Passive-Aggressive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizotypal Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "affective disorders, psychotic"[MeSH Terms] OR "Paranoid Disorders"[MeSH Terms] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Schizophrenia"[MeSH Terms:noexp] OR "schizophrenia, catatonic"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, disorganized"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, paranoid"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR ("somatisation disorder*" [Title/Abstract] OR "somatization disorder*" [Title/Abstract] OR "somatoform disorder*" [Title/Abstract] OR "dissociative identity disorder*" [Title/Abstract] OR "multiple personalit*" [Title/Abstract] OR "dual personalit*" [Title/Abstract] OR "refractory depressi*" [Title/Abstract] OR "therapy resistant depressi*" [Title/Abstract] OR "treatment resistant depressi*" [Title/Abstract] OR "personality disorder*" [Title/Abstract] OR "sociopathic personalit*" [Title/Abstract] OR "psychopathic personalit*" [Title/Abstract] OR "antisocial personalit*" [Title/Abstract] OR "antisocial behavior*" [Title/Abstract] OR "antisocial behaviour*" [Title/Abstract] OR "compulsive personalit*" [Title/Abstract] OR "passive dependent personalit*" [Title/Abstract] OR "hysterical personalit*" [Title/Abstract] OR "passive aggressive personalit*" [Title/Abstract] OR "schizoid personalit*" [Title/Abstract] OR "psychotic affective disorder*" [Title/Abstract] OR "psychotic mood disorder*" [Title/Abstract] OR "paranoi*" [Title/Abstract] OR "psychotic disorder*" [Title/Abstract] OR "Psychosis" [Title/Abstract] OR "Psychoses" [Title/Abstract] OR "schizoaffective disorder*" [Title/Abstract] OR "schizophren*" [Title/Abstract] OR "dementia praecox" [Title/Abstract] OR "delusional disorder*" [Title/Abstract] OR "chronic post traumatic stress disorder*" [Title/Abstract] OR "chronic posttraumatic stress disorder*" [Title/Abstract] OR ("double depression*" [Title/Abstract] OR "complex posttraumatic stress disorder*" [Title/Abstract] OR "complex post traumatic stress disorder*" [Title/Abstract])) AND ("Psychotherapy"[MeSH Terms:noexp] OR "Behavior Therapy"[MeSH Terms:noexp] OR "Anger Management Therapy"[MeSH Terms] OR "Aversive Therapy"[MeSH Terms] OR "Cognitive Behavioral Therapy"[MeSH Terms:noexp] OR "Acceptance and Commitment Therapy"[MeSH Terms] OR "Cognitive Restructuring"[MeSH Terms] OR "Cognitive Remediation"[MeSH Terms] OR "desensitization, psychological"[MeSH Terms] OR "Dialectical Behavior Therapy"[MeSH Terms] OR "Emotion-Focused Therapy"[MeSH Terms] OR "imagery, psychotherapy"[MeSH Terms] OR "Mentalization-Based Therapy"[MeSH Terms] OR "Psychoanalytic Therapy"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, multiple"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive"[MeSH Terms] OR "Schema Therapy"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group"[MeSH Terms:noexp] OR ("psychotherap*" [Title/Abstract] OR "behavior therap*" [Title/Abstract] OR "behaviour therap*" [Title/Abstract] OR "behavior treatment*" [Title/Abstract] OR "behaviour treatment*" [Title/Abstract] OR "conditioning therap*" [Title/Abstract] OR "behavior change technique*" [Title/Abstract] OR "behaviour change technique*" [Title/Abstract] OR "behavior modification*" [Title/Abstract] OR "behaviour modification*" [Title/Abstract] OR "anger management" [Title/Abstract] OR "aversion therap*" [Title/Abstract] OR "aversive therap*" [Title/Abstract] OR "cognitive behavioral therap*" [Title/Abstract] OR "cognitive behavioural therap*" [Title/Abstract] OR "cognitive therap*" [Title/Abstract] OR "cognition therap*" [Title/Abstract] OR "cognitive restructuring*" [Title/Abstract] OR "cognitive reframing*" [Title/Abstract] OR "Cognitive Remediation" [Title/Abstract] OR "psychologic desensitization*" [Title/Abstract] OR "psychological desensitization*" [Title/Abstract] OR "EMDR" [Title/Abstract] OR "eye movement desensitization reprocessing" [Title/Abstract] OR "implosive therap*" [Title/Abstract] OR "imaginal flooding*" [Title/Abstract] OR "flooding therap*" [Title/Abstract] OR "exposure therap*" [Title/Abstract] OR "virtual reality immersion therap*" [Title/Abstract] OR "virtual reality therap*" [Title/Abstract] OR "emotion focused therap*" [Title/Abstract] OR "emotionally focused therap*" [Title/Abstract] OR "guided imagery" [Title/Abstract] OR "mentalization based therap*" [Title/Abstract] OR "mentalization based treatment*" [Title/Abstract] OR "mentalisation based therap*" [Title/Abstract] OR "mentalisation based</p>

treatment*[Title/Abstract] OR "psychoanalytic therap*[Title/Abstract] OR "psychoanalytical therap*[Title/Abstract] OR "free association*[Title/Abstract] OR "transactional analys*[Title/Abstract] OR "solution focused brief therap*[Title/Abstract] OR "rational emotive psychotherap*[Title/Abstract] OR "schema therap*[Title/Abstract] OR "group therap*[Title/Abstract] OR ("longer term therap*[Title/Abstract] OR "shorter term therap*[Title/Abstract] OR "long term therap*[Title/Abstract] OR "short term therap*[Title/Abstract] OR "psychoanalys*[Title/Abstract] OR "depth psycholog*[Title/Abstract] OR "depthpsycholog*[Title/Abstract] OR "psychodynamic therap*[Title/Abstract] OR "group based treatment*[Title/Abstract] OR "group treatment*[Title/Abstract])))) NOT ("infan*[All Fields] OR "newborn*[All Fields] OR "new born*[All Fields] OR "perinat*[All Fields] OR "neonat*[All Fields] OR ("infant, newborn"[MeSH Terms] OR ("infant"[All Fields] AND "newborn"[All Fields]) OR "newborn infant"[All Fields] OR "baby"[All Fields] OR "infant"[MeSH Terms] OR "infant"[All Fields]) OR "baby*[All Fields] OR ("baby s"[All Fields] OR "babys"[All Fields] OR "infant"[MeSH Terms] OR "infant"[All Fields] OR "babies"[All Fields]) OR "toddler*[All Fields] OR ("minority groups"[MeSH Terms] OR ("minority"[All Fields] AND "groups"[All Fields]) OR "minority groups"[All Fields] OR "minorities"[All Fields] OR "minority"[All Fields] OR "minority s"[All Fields] OR "minors"[MeSH Terms] OR "minors"[All Fields] OR "minor"[All Fields]) OR "minors*[All Fields] OR ("men"[MeSH Terms] OR "men"[All Fields] OR "boy"[All Fields]) OR ("men"[MeSH Terms] OR "men"[All Fields] OR "boys"[All Fields]) OR ("boyfriend"[All Fields] OR "boyfriend s"[All Fields] OR "boyfriends"[All Fields]) OR "boyhood"[All Fields] OR "girl*[All Fields] OR "kid"[All Fields] OR "kids"[All Fields] OR ("child"[MeSH Terms] OR "child"[All Fields] OR "children"[All Fields] OR "child s"[All Fields] OR "children s"[All Fields] OR "childrens"[All Fields] OR "childs"[All Fields]) OR "child*[All Fields] OR "children*[All Fields] OR "schoolchild*[All Fields] OR "schoolchild"[All Fields] OR "school child"[Title/Abstract] OR "school child*[Title/Abstract] OR "adolescen*[All Fields] OR "juvenil*[All Fields] OR "youth*[All Fields] OR "teen*[All Fields] OR "under age*[All Fields] OR "pubescen*[All Fields] OR "pediatrics"[MeSH Terms] OR "pediatric*[All Fields] OR "paediatric*[All Fields] OR "peadiatric*[All Fields] OR "school"[Title/Abstract] OR "school*[Title/Abstract] OR "prematu*[All Fields] OR "preterm*[All Fields])) AND (((("systematic*[Title] AND "review"[Title]) OR "systematic overview*[Title] OR "cochrane review*[Title] OR "systemic review*[Title] OR "scoping review"[Title] OR "scoping literature review"[Title] OR "mapping review"[Title] OR "umbrella review*[Title] OR ("review of reviews"[Title] OR "overview of reviews"[Title]) OR "meta-review"[Title] OR ("integrative review"[Title] OR "integrated review"[Title] OR "integrative overview"[Title] OR "meta-synthesis"[Title] OR "metasynthesis"[Title] OR "quantitative review"[Title] OR "quantitative synthesis"[Title] OR "research synthesis"[Title] OR "meta-ethnography"[Title]) OR "systematic literature search"[Title] OR "systematic literature research"[Title] OR "meta-analyses"[Title] OR "metaanalyses"[Title] OR "metaanalysis"[Title] OR "meta-analysis"[Title] OR "meta analytic review"[Title] OR "meta analytical review"[Title] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR ("search*[Title/Abstract] OR "medline"[Title/Abstract] OR "pubmed"[Title/Abstract] OR "embase"[Title/Abstract] OR "Cochrane"[Title/Abstract] OR "scopus"[Title/Abstract] OR "web of science"[Title/Abstract] OR "sources of information"[Title/Abstract] OR "data sources"[Title/Abstract] OR "following databases"[Title/Abstract]) AND ("study selection"[Title/Abstract] OR "selection criteria"[Title/Abstract] OR "eligibility criteria"[Title/Abstract] OR "inclusion criteria"[Title/Abstract] OR "exclusion criteria"[Title/Abstract])) OR "systematic review"[Publication Type]) NOT ("letter"[Publication Type] OR "editorial"[Publication Type] OR "comment"[Publication Type] OR "case reports"[Publication Type] OR "historical article"[Publication Type] OR "report"[Title] OR "protocol"[Title] OR "protocols"[Title] OR "withdrawn"[Title] OR "retraction of publication"[Publication Type] OR "retraction of publication as topic"[MeSH Terms] OR "retracted publication"[Publication Type] OR "reply"[Title] OR "published erratum"[Publication Type])) AND 2015/01/01:3000/12/31[Date - Publication]

Cochrane

[mh ^"Somatoform Disorders"] OR [mh "Dissociative Identity Disorder"] OR [mh "Depressive Disorder, Treatment-Resistant"] OR [mh ^"Personality Disorders"] OR [mh "Antisocial Personality Disorder"] OR [mh "Borderline Personality Disorder"] OR [mh "Compulsive Personality Disorder"] OR [mh "Dependent Personality Disorder"] OR [mh ^"Histrionic Personality Disorder"] OR [mh "Paranoid Personality Disorder"] OR [mh "Passive-Aggressive Personality Disorder"] OR [mh "Schizoid Personality Disorder"] OR [mh "Schizotypal Personality Disorder"] OR [mh "Affective Disorders, Psychotic"] OR [mh "Paranoid Disorders"] OR [mh ^"Psychotic Disorders"] OR [mh ^"Schizophrenia"] OR [mh "Schizophrenia, Catatonic"] OR [mh "Schizophrenia, Disorganized"] OR [mh "Schizophrenia, Paranoid"] OR [mh "Schizophrenia, Treatment-Resistant"] OR [mh "Stress Disorders, Post-Traumatic"]

(((Somati?ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NEXT Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NEXT personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NEXT depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NEXT behavio?r*) OR (paranoi* OR Psychos?s OR schizophren* OR "dementia praecox")):ti,ab,kw OR ((double NEXT depression*) OR (("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NEXT disorder*)):ti,ab,kw
#1 OR #2
[mh ^"Psychotherapy"] OR [mh ^"Behavior Therapy"] OR [mh "Anger Management Therapy"] OR [mh "Aversive Therapy"] OR [mh ^"Cognitive Behavioral Therapy"] OR [mh ^"Acceptance and Commitment Therapy"] OR [mh "Cognitive Restructuring"] OR [mh "Cognitive Remediation"] OR [mh "Desensitization, Psychologic"] OR [mh "Dialectical Behavior Therapy"] OR [mh "Emotion-Focused Therapy"] OR [mh "Imagery, Psychotherapy"] OR [mh "Mentalization-Based Therapy"] OR [mh "Psychoanalytic Therapy"] OR [mh "Psychotherapy, Brief"] OR [mh "Psychotherapy, Multiple"] OR [mh "Psychotherapy, Psychodynamic"] OR [mh "Psychotherapy, Rational-Emotive"] OR [mh "Schema Therapy"] OR [mh ^"Psychotherapy, Group"]
(psychoanalys* OR depth-psycholog* OR depthpsycholog* OR psychodynamic-therap* OR group-based-treatment* OR group-treatment* OR psychotherap* OR (behavio?r NEXT (therap* OR treatment* OR change-technique* OR modification*)) OR anger-management OR ((aversion OR aversive OR cognitive-behavioral OR cognitive OR cognition OR schema OR group OR psychoanalytic OR psychoanalytical OR solution-focused-brief OR flooding OR exposure OR virtual-reality-immersion OR virtual-reality OR emotion-focused OR emotionally-focused OR longer-term OR long-term OR short-term OR shorter-term OR conditioning) NEXT therap*) OR (cognitive NEXT (restructuring* OR reframing* OR remediation)) OR psychologic-desensitization* OR psychological-desensitization* OR EMDR OR eye-movement-desensitization-reprocessing OR implosive-therap* OR imaginal-flooding* OR Guided-imagery OR (mentali?ation-based NEXT (therap* OR treatment*)) OR free-association* OR transactional-analys* OR rational-emotive-psychotherap*):ti,ab,kw
#4 OR #5
#3 AND #6
(infan* or child* or adolescen* or pediatric* or paediatric* or pube* or juvenil* or school* or newborn* or "new born*" or "neo nat*" or neonat* or premature* or postmature* or "pre-mature*" or "post-mature*" or preterm* or "pre term*" or baby or babies or toddler* or youngster* or preschool* or kindergart* or kid or kids or playgroup* or "play-group*" or playschool* or prepube* or preadolescenc* or "junior high*" or highschool* or "senior high" or "young people*" or minors):ti,ab,kw
#7 NOT #8 with Cochrane Library publication date Between Jan 2015 and Aug 2022
PsycInfo
(TI ((((Somati#ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NO Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NO personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NO depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NO behavio#r*) OR (paranoi* OR Psychos#s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NO depression*) OR (("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NO disorder*))) OR AB ((((Somati#ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NO Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NO personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NO depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NO behavio#r*) OR (paranoi* OR Psychos#s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NO depression*) OR (("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NO disorder*)))) OR (DE "Somatoform Disorders" OR DE "Dissociative Identity Disorder" OR DE "Treatment Resistant Depression" OR DE "Personality Disorders" OR DE "Antisocial Personality Disorder" OR DE "Borderline Personality Disorder" OR DE "Obsessive Compulsive Personality Disorder" OR DE "Dependent Personality Disorder" OR DE "Histrionic Personality Disorder" OR DE "Paranoid Personality Disorder" OR DE "Passive Aggressive Personality Disorder" OR DE "Schizoid Personality Disorder" OR DE "Schizotypal Personality Disorder" OR DE "Affective Psychosis" OR DE "Paranoia (Psychosis)" OR DE "Acute Psychosis" OR DE "Schizophrenia" OR DE "Catatonic

Schizophrenia" OR DE "Schizophrenia (Disorganized Type)" OR DE "Paranoid Schizophrenia" OR DE "Posttraumatic Stress Disorder" OR DE "Complex PTSD" OR DE "DESNOS")

(TI (((psychoanalys* OR depth-psycholog* OR depthpsycholog* OR psychodynamic-therap* OR group-based-treatment* OR group-treatment* OR psychotherap* OR (behavio#r NO (therap* OR treatment* OR change-technique* OR modification*)) OR anger-management OR ((aversion OR aversive OR cognitive-behavioral OR cognitive OR cognition OR schema OR group OR psychoanalytic OR psychoanalytical OR solution-focused-brief OR flooding OR exposure OR virtual-reality-immersion OR virtual-reality OR emotion-focused OR emotionally-focused OR longer-term OR long-term OR short-term OR shorter-term OR conditioning) NO therap*) OR (cognitive NO (restructuring* OR reframing* OR remediation)) OR psychological-desensitization* OR psychological-desensitization* OR EMDR OR eye-movement-desensitization-reprocessing OR implosive-therap* OR imaginal-flooding* OR Guided-imagery OR (mentaliation-based NO (therap* OR treatment*)) OR free-association* OR transactional-analys* OR rational-emotive-psychotherap*))) OR AB (((psychoanalys* OR depth-psycholog* OR depthpsycholog* OR psychodynamic-therap* OR group-based-treatment* OR group-treatment* OR psychotherap* OR (behavio#r NO (therap* OR treatment* OR change-technique* OR modification*)) OR anger-management OR ((aversion OR aversive OR cognitive-behavioral OR cognitive OR cognition OR schema OR group OR psychoanalytic OR psychoanalytical OR solution-focused-brief OR flooding OR exposure OR virtual-reality-immersion OR virtual-reality OR emotion-focused OR emotionally-focused OR longer-term OR long-term OR short-term OR shorter-term OR conditioning) NO therap*) OR (cognitive NO (restructuring* OR reframing* OR remediation)) OR psychological-desensitization* OR psychological-desensitization* OR EMDR OR eye-movement-desensitization-reprocessing OR implosive-therap* OR imaginal-flooding* OR Guided-imagery OR (mentaliation-based NO (therap* OR treatment*)) OR free-association* OR transactional-analys* OR rational-emotive-psychotherap*)))) OR (DE "Psychotherapy" OR DE "Behavior Therapy" OR DE "Anger Control" OR DE "Aversion Therapy" OR DE "Covert Sensitization" OR DE "Cognitive Therapy" OR DE "Acceptance and Commitment Therapy" OR DE "Cognitive Restructuring" OR DE "Cognitive Remediation" OR DE "Systematic Desensitization Therapy" OR DE "Dialectical Behavior Therapy" OR DE "Emotion Focused Therapy" OR DE "Guided Imagery" OR DE "Mentalization" OR DE "Psychoanalysis" OR DE "Adlerian Psychotherapy" OR DE "Brief Relational Therapy" OR DE "Dream Analysis" OR DE "Self-Analysis" OR DE "Brief Psychotherapy" OR DE "Psychodynamic Psychotherapy" OR DE "Rational Emotive Behavior Therapy" OR DE "Schema Therapy" OR DE "Group Psychotherapy")

S1 AND S2

(AG childhood OR Neonatal OR Infancy OR Preschool OR School Age OR Adolescence) OR (DE "Neonatal Development" OR DE "Infant Development" OR DE "Early Childhood Development" OR DE "Childhood Development" OR DE "Child Psychiatry" OR DE "Orthopsychiatry" OR DE "Child Psychopathology" OR DE "Child Psychology" OR DE "Child Psychotherapy" OR DE "Pediatrics" OR DE "Juvenile Delinquency" OR DE "Adolescent Behavior" OR DE "Adolescent Development" OR DE "Adolescent Psychiatry" OR DE "Adolescent Psychopathology" OR DE "Adolescent Psychology" OR DE "Adolescent Psychotherapy" OR DE "Nursery Schools" OR DE "Nursery School Students" OR DE "Kindergartens" OR DE "Kindergarten Students" OR DE "Child Day Care" OR DE "Child Care" OR DE "Preschool Education" OR DE "Preschool Students" OR DE "Preschool Teachers" OR DE "Elementary Education" OR DE "Elementary Schools" OR DE "Elementary School Students" OR DE "Elementary School Teachers" OR DE "Primary School Students" OR DE "Public School Education" OR DE "Middle Schools" OR DE "Middle School Education" OR DE "Middle School Students" OR DE "Middle School Teachers" OR DE "Junior High Schools" OR DE "Junior High School Students" OR DE "Junior High School Teachers" OR DE "Secondary Education" OR DE "High Schools" OR DE "High School Students" OR DE "High School Education" OR DE "High School Teachers" OR DE "Junior College Students" OR DE "College Students" OR DE "Colleges" OR DE "Higher Education" OR DE "Graduate Education" OR DE "Graduate Schools" OR DE "Undergraduate Education" OR DE "Vocational Education" OR DE "Vocational School Students" OR DE "Vocational Education Teachers" OR DE "Students") OR (TI ((preterm* OR prematur* OR postmatur* OR perinat* OR postnat* OR neonat* OR newborn* OR newborn OR infan* OR baby* OR babies OR toddler* OR preschool* OR child* OR pediat* OR paediat* OR kid OR kids OR prepubescen* OR prepuberty* OR puberty OR pubescen* OR teen* OR young* OR youth* OR minors* OR under-ag* OR underag* OR juvenile* OR girl* OR boy* OR preadolesc* OR adolesc* OR nursery OR prekindergarten OR kindergarten* OR early-childhood education OR preschool* OR elementary-education OR elementary-school* OR primary-education OR primary-school* OR K-12* OR K12 OR 1st-grade* OR first-grade* OR grade 1 OR grade-one OR 2nd-grade* OR second-grade* OR grade 2 OR grade-two OR 3rd-grade* OR third-grade* OR grade-3 OR grade-three OR 4th-grade* OR fourth-grade* OR grade-4 OR grade-four OR 5th-grade* OR fifth-grade* OR grade-5 OR grade-five OR 6th-grade* OR sixth-grade* OR grade-6 OR grade-

six OR intermediate-general OR middle-school* OR secondary-education OR secondary-school* OR 7th-grade* OR seventh-grade* OR grade-7 OR grade-seven OR 8th-grade* OR eight-grade* OR grade-8 OR grade-eight OR 9th-grade* OR ninth-grade* OR grade-9 OR grade-nine OR 10th-grade* OR tenth-grade* OR grade-10 OR grade-ten OR 11th-grade* OR eleventh-grade* OR grade 11 OR grade eleven OR 12th-grade* OR twelfth-grade* OR grade 12 OR grade twelve OR junior high* OR highschool* OR high school* OR preuniversity OR pre-university OR college* OR undergrad* OR tertiary education OR tertiary school* OR postsecondary education OR postsecondary school* OR universit* OR prevocational OR vocational OR classroom* OR curricul* OR education* OR learner* OR lesson* OR pupil* OR school* OR student* OR teacher*)) OR AB ((preterm* OR prematur* OR postmatur* OR perinat* OR postnat* OR neonat* OR newborn* OR newborn OR infan* OR baby* OR babies OR toddler* OR preschool* OR child* OR pediat* OR paediat* OR kid OR kids OR prepubescen* OR prepuberty* OR puberty OR pubescen* OR teen* OR young* OR youth* OR minors* OR under-ag* OR underag* OR juvenile* OR girl* OR boy* OR preadolesc* OR adolesc* OR nursery OR prekindergarten OR kindergarten* OR early-childhood education OR preschool* OR elementary-education OR elementary-school* OR primary-education OR primary-school* OR K-12* OR K12 OR 1st-grade* OR first-grade* OR grade 1 OR grade-one OR 2nd-grade* OR second-grade* OR grade 2 OR grade-two OR 3rd-grade* OR third-grade* OR grade-3 OR grade-three OR 4th-grade* OR fourth-grade* OR grade-4 OR grade-four OR 5th-grade* OR fifth-grade* OR grade-5 OR grade-five OR 6th-grade* OR sixth-grade* OR grade-6 OR grade-six OR intermediate-general OR middle school* OR secondary-education OR secondary-school* OR 7th-grade* OR seventh-grade* OR grade-7 OR grade-seven OR 8th-grade* OR eight-grade* OR grade-8 OR grade-eight OR 9th-grade* OR ninth-grade* OR grade-9 OR grade-nine OR 10th-grade* OR tenth-grade* OR grade-10 OR grade-ten OR 11th-grade* OR eleventh-grade* OR grade 11 OR grade eleven OR 12th-grade* OR twelfth-grade* OR grade 12 OR grade twelve OR junior high* OR highschool* OR high school* OR preuniversity OR pre-university OR college* OR undergrad* OR tertiary education OR tertiary school* OR postsecondary education OR postsecondary school* OR universit* OR prevocational OR vocational OR classroom* OR curricul* OR education* OR learner* OR lesson* OR pupil* OR school* OR student* OR teacher*)))

S3 NOT S4

((DE "Meta Analysis") OR (DE "Systematic Review") OR (MR systematic review OR MR meta-analysis) OR (((TI systematic* OR AB systematic*) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR ((TI methodologic* OR AB methodologic*) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR (((TI quantitative OR AB quantitative) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*) OR (TI syntheses* OR AB syntheses*))) OR ((TI research OR AB research) N3 ((TI integrati* OR AB integrati*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR (((TI integrative OR AB integrative) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR ((TI collaborative OR AB collaborative) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR ((TI pool* OR AB pool*) N3 (TI analy* OR AB analy*)) OR ((TI "data syntheses*" OR AB "data syntheses*") OR (TI "data extraction*" OR AB "data extraction*") OR (TI "data abstraction*" OR AB "data abstraction*")) OR ((TI handsearch* OR AB handsearch*) OR (TI "hand search*" OR AB "hand search*")) OR ((TI "mantel haenszel" OR AB "mantel haenszel") OR (TI peto OR AB peto) OR (TI "der simonian" OR AB "der simonian") OR (TI dersimonian OR AB dersimonian) OR (TI "fixed effect*" OR AB "fixed effect*") OR (TI "latin square*" OR AB "latin square*")) OR ((TI "met analy*" OR AB "met analy*") OR (TI metanaly* OR AB metanaly*) OR (TI "technology assessment*" OR AB "technology assessment*") OR (TI HTA OR AB HTA) OR (TI HTAs OR AB HTAs) OR (TI "technology overview*" OR AB "technology overview*") OR (TI "technology appraisal*" OR AB "technology appraisal*")) OR ((TI "meta regression*" OR AB "meta regression*") OR (TI metaregression* OR AB metaregression*)) OR ((TI medline OR AB medline) OR (TI cochrane OR AB cochrane) OR (TI pubmed OR AB pubmed) OR (TI medlars OR AB medlars) OR (TI embase OR AB embase) OR (TI cinahl OR AB cinahl) OR ((TI comparative OR AB comparative) N3 ((TI efficacy OR AB efficacy) OR (TI effectiveness OR AB effectiveness))) OR ((TI "Endpunkte research" OR AB "Endpunkte research") OR (TI "relative effectiveness" OR AB "relative effectiveness")) OR (((TI indirect OR AB indirect) OR (TI "indirect treatment" OR AB "indirect treatment") OR (TI mixed-treatment OR AB mixed-treatment) OR (TI bayesian OR AB bayesian)) N3 (TI comparison* OR AB comparison*)) OR ((TI multi* OR AB multi*) N3 (TI treatment OR AB treatment) N3 (TI comparison* OR AB comparison*)) OR ((TI mixed OR AB mixed) N3 (TI treatment OR AB treatment) N3 ((TI meta-analy* OR AB meta-analy*) OR (TI metaanaly* OR AB metaanaly*))) OR (TI "umbrella review*" OR AB "umbrella review*") OR ((TI multi* OR AB multi*) N2 (TI paramet* OR AB paramet*) N2 (TI evidence OR AB evidence) N2 (TI synthesis OR AB synthesis)) OR ((TI multiparamet* OR AB multiparamet*) N2 (TI evidence OR AB evidence) N2 (TI synthesis OR AB synthesis)) OR ((TI multi-paramet* OR AB multi-paramet*) N2 (TI evidence OR AB evidence) N2 (TI synthesis OR AB synthesis))

S5 AND S6
S5 AND S6 (Jahreslimit 01.01.2015-31.08.2022)
Web of Science
TS=(((Somati?ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffektive OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NEAR/0 Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NEAR/0 personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NEAR/0 depressi*) OR ((antisocial OR dysocial) NEAR/0 behavio?r*) OR (paranoi* OR Psychos?s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NEAR/0 depression*) OR (("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NEAR/0 disorder*))
TS=((psychoanalys* OR depth-psycholog* OR depthpsycholog* OR psychodynamic-therap* OR group-based-treatment* OR group-treatment* OR psychotherap* OR (behavio?r NEAR/0 (therap* OR treatment* OR change-technique* OR modification*)) OR anger-management OR ((aversion OR aversive OR cognitive-behavioral OR cognitive OR cognition OR schema OR group OR psychoanalytic OR psychoanalytical OR solution-focused-brief OR flooding OR exposure OR virtual-reality-immersion OR virtual-reality OR emotion-focused OR emotionally-focused OR longer-term OR long-term OR short-term OR shorter-term OR conditioning) NEAR/0 therap*) OR (cognitive NEAR/0 (restructuring* OR reframing* OR remediation)) OR psychologic-desensitization* OR psychological-desensitization* OR EMDR OR eye-movement-desensitization-reprocessing OR implosive-therap* OR imaginal-flooding* OR Guided-imagery OR (mentali?ation-based NEAR/0 (therap* OR treatment*)) OR free-association* OR transactional-analys* OR rational-emotive-psychotherap*))
#1 AND #2
TS=("preterm*" OR "prematu*" OR "postmatu*" OR "perinat*" OR "postnat*" OR "neonat*" OR "newborn*" OR "new-born" OR "infan*" OR "baby*" OR "babies" OR "toddler*" OR "child*" OR "pediat*" OR "paediat*" OR "kid" OR "kids" OR "prepubescen*" OR "prepuberty*" OR "teen*" OR "young*" OR "youth*" OR "minors*" OR "under ag*" OR "underag*" OR "juvenile*" OR "girl*" OR "boy*" OR "preadolesc*" OR "adolesc*" OR "nursery" OR "kindergarten*" OR "early childhood education" OR "preschool*" OR "elementary education" OR "primary education" OR "K-12*" OR "K12" OR "secondary education" OR "junior high*" OR "highschool*" OR "college*" OR "undergrad*" OR "tertiary education" OR "postsecondary education" OR "universit*" OR "student*" OR "school*" OR "classroom*")
#3 NOT #4
((((((((((TI=(systematic* AND review)) OR TI=(Systematic-overview*)) OR TI=((Cochrane OR systemic OR scoping OR scoping-literature OR mapping OR Umbrella OR quativative OR meta-analytical OR meta-analytic) NEAR/0 review*)) OR TI=(review-of-reviews OR overview-of-reviews OR meta-review)) OR TI=((integrative OR integrated) NEAR/0 (overview OR review))) OR TI=(meta-synthesis OR metasynthesis)) OR TI=((quantitative OR research) NEAR/0 synthesis)) OR TI=(meta-ethnography)) OR TI=(Systematic-literature NEAR/0 (search OR research))) OR TI=(meta-analyses OR metaanalyses OR metaanalysis OR meta-analysis) OR (TI=(search* OR medline OR pubmed OR embase OR Cochrane OR scopus OR web-of-science OR sources-of-information OR data-sources OR following-databases)) OR (AB=(search* OR medline OR pubmed OR embase OR Cochrane OR scopus OR web-of-science OR sources-of-information OR data-sources OR following-databases)) AND (TI=(study-selection OR selection-criteria OR eligibility-criteria OR inclusion-criteria OR exclusion-criteria)) OR (AB=(study-selection OR selection-criteria OR eligibility-criteria OR inclusion-criteria OR exclusion-criteria))) OR DT=(Review)) NOT (DT=(Letter OR Editorial Material OR Retracted Publication OR Withdrawn Publication OR Article))
#5 AND #6
#7 2015-01-01 to 2022-08-30

Quellen: (CADTH Search Filters Database 2022; Ket et al. 2019; Leclercq et al. 2013; Salvador-Oliván et al. 2021)

Tabelle 53: Syntax Suchstrategie Schlüsselfrage 2 (Systematische Reviews/Metaanalysen)

Schlüsselfrage 2 - online Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung
PubMed
"Somatoform Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Dissociative Identity Disorder"[MeSH Terms] OR "depressive disorder, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Antisocial Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Borderline Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Compulsive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Dependent Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Histrionic Personality Disorder"[MeSH Terms:noexp] OR "Paranoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Passive-Aggressive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizotypal Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "affective disorders, psychotic"[MeSH Terms] OR "Paranoid Disorders"[MeSH Terms] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Schizophrenia"[MeSH Terms:noexp] OR "schizophrenia, catatonic"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, disorganized"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, paranoid"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms]
"somatisation disorder*"[Title/Abstract] OR "somatization disorder*"[Title/Abstract] OR "somatoform disorder*"[Title/Abstract] OR "dissociative identity disorder*"[Title/Abstract] OR "multiple personalit*"[Title/Abstract] OR "dual personalit*"[Title/Abstract] OR "refractory depressi*"[Title/Abstract] OR "therapy resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "treatment resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "sociopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "psychopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial behavior*"[Title/Abstract] OR "antisocial behaviour*"[Title/Abstract] OR "compulsive personalit*"[Title/Abstract] OR "passive dependent personalit*"[Title/Abstract] OR "hysterical personalit*"[Title/Abstract] OR "passive aggressive personalit*"[Title/Abstract] OR "schizoid personalit*"[Title/Abstract] OR "psychotic affective disorder*"[Title/Abstract] OR "psychotic mood disorder*"[Title/Abstract] OR "paranoi*"[Title/Abstract] OR "psychotic disorder*"[Title/Abstract] OR "Psychosis"[Title/Abstract] OR "Psychoses"[Title/Abstract] OR "schizoaffective disorder*"[Title/Abstract] OR "schizophren*"[Title/Abstract] OR "dementia praecox"[Title/Abstract] OR "delusional disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract]
"double depression*"[Title/Abstract] OR "complex posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "complex post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract]
"somatisation disorder*"[Title/Abstract] OR "somatization disorder*"[Title/Abstract] OR "somatoform disorder*"[Title/Abstract] OR "dissociative identity disorder*"[Title/Abstract] OR "multiple personalit*"[Title/Abstract] OR "dual personalit*"[Title/Abstract] OR "refractory depressi*"[Title/Abstract] OR "therapy resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "treatment resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "sociopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "psychopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial behavior*"[Title/Abstract] OR "antisocial behaviour*"[Title/Abstract] OR "compulsive personalit*"[Title/Abstract] OR "passive dependent personalit*"[Title/Abstract] OR "hysterical personalit*"[Title/Abstract] OR "passive aggressive personalit*"[Title/Abstract] OR "schizoid personalit*"[Title/Abstract] OR "psychotic affective disorder*"[Title/Abstract] OR "psychotic mood disorder*"[Title/Abstract] OR "paranoi*"[Title/Abstract] OR "psychotic disorder*"[Title/Abstract] OR "Psychosis"[Title/Abstract] OR "Psychoses"[Title/Abstract] OR "schizoaffective disorder*"[Title/Abstract] OR "schizophren*"[Title/Abstract] OR "dementia praecox"[Title/Abstract] OR "delusional disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "double depression*"[Title/Abstract] OR "complex posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "complex post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract]
"Somatoform Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Dissociative Identity Disorder"[MeSH Terms] OR "depressive disorder, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Antisocial Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Borderline Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Compulsive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Dependent Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Histrionic Personality Disorder"[MeSH Terms:noexp] OR "Paranoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Passive-Aggressive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizotypal Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "affective disorders, psychotic"[MeSH Terms] OR "Paranoid Disorders"[MeSH Terms] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Schizophrenia"[MeSH

<p>Terms:noexp] OR "schizophrenia, catatonic"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, disorganized"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, paranoid"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR "somatisation disorder*"[Title/Abstract] OR "somatization disorder*"[Title/Abstract] OR "somatoform disorder*"[Title/Abstract] OR "dissociative identity disorder*"[Title/Abstract] OR "multiple personalit*"[Title/Abstract] OR "dual personalit*"[Title/Abstract] OR "refractory depressi*"[Title/Abstract] OR "therapy resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "treatment resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "sociopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "psychopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial behavior*"[Title/Abstract] OR "antisocial behaviour*"[Title/Abstract] OR "compulsive personalit*"[Title/Abstract] OR "passive dependent personalit*"[Title/Abstract] OR "hysterical personalit*"[Title/Abstract] OR "passive aggressive personalit*"[Title/Abstract] OR "schizoid personalit*"[Title/Abstract] OR "psychotic affective disorder*"[Title/Abstract] OR "psychotic mood disorder*"[Title/Abstract] OR "paranoi*"[Title/Abstract] OR "psychotic disorder*"[Title/Abstract] OR "Psychosis"[Title/Abstract] OR "Psychoses"[Title/Abstract] OR "schizoaffective disorder*"[Title/Abstract] OR "schizophren*"[Title/Abstract] OR "dementia praecox"[Title/Abstract] OR "delusional disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "double depression*"[Title/Abstract] OR "complex posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "complex post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract]</p>
<p>"Internet-Based Intervention"[Mesh] OR "Medical Informatics Applications"[Mesh:NoExp] OR "Therapy, Computer-Assisted"[Mesh:NoExp] OR "Telemedicine"[Mesh:NoExp]</p>
<p>"internet based intervention*"[Title/Abstract] OR "web based intervention*"[Title/Abstract] OR "online intervention*"[Title/Abstract] OR "internet intervention*"[Title/Abstract] OR "medical informatics application*"[Title/Abstract] OR "computer assisted therap*"[Title/Abstract] OR "mobile health"[Title/Abstract] OR "m-Health"[Title/Abstract] OR "mHealth"[Title/Abstract] OR "e-Health"[Title/Abstract] OR "eHealth"[Title/Abstract] OR "Tele-Health"[Title/Abstract] OR "Telehealth"[Title/Abstract]</p>
<p>"computer delivered intervention*"[Title/Abstract] OR "app based intervention*"[Title/Abstract] OR "computer based intervention*"[Title/Abstract] OR "digital health"[Title/Abstract] OR "health app*"[Title/Abstract] OR "digital intervention*"[Title/Abstract] OR "digital medicine"[Title/Abstract] OR "digital therapeutic*"[Title/Abstract] OR "electronic health"[Title/Abstract] OR "emental health"[Title/Abstract] OR "e mental health"[Title/Abstract] OR "health technolog*"[Title/Abstract] OR "internet delivered intervention*"[Title/Abstract] OR "media delivered intervention*"[Title/Abstract] OR "online intervention*"[Title/Abstract] OR "online therap*"[Title/Abstract] OR "online training*"[Title/Abstract] OR "online based intervention*"[Title/Abstract] OR "phone based intervention*"[Title/Abstract] OR "selfdirected"[Title/Abstract] OR "self-directed"[Title/Abstract] OR "selfguided"[Title/Abstract] OR "self-guided"[Title/Abstract] OR "smartphone delivered intervention*"[Title/Abstract] OR "smartphone intervention*"[Title/Abstract] OR "smartphone based intervention*"[Title/Abstract] OR "unguided intervention*"[Title/Abstract]</p>
<p>#7 OR #8</p>
<p>#6 OR #9</p>
<p>#5 AND #10</p>
<p>"infan*"[All Fields] OR "newborn*"[All Fields] OR "new born*"[All Fields] OR "perinat*"[All Fields] OR "neonat*"[All Fields] OR ("infant, newborn"[MeSH Terms] OR ("infant"[All Fields] AND "newborn"[All Fields]) OR "newborn infant"[All Fields] OR "baby"[All Fields] OR "infant"[MeSH Terms] OR "infant"[All Fields]) OR "baby*"[All Fields] OR ("baby s"[All Fields] OR "babys"[All Fields] OR "infant"[MeSH Terms] OR "infant"[All Fields] OR "babies"[All Fields]) OR "toddler*"[All Fields] OR ("minority groups"[MeSH Terms] OR ("minority"[All Fields] AND "groups"[All Fields]) OR "minority groups"[All Fields] OR "minorities"[All Fields] OR "minority"[All Fields] OR "minority s"[All Fields] OR "minors"[MeSH Terms] OR "minors"[All Fields] OR "minor"[All Fields]) OR "minors*"[All Fields] OR ("men"[MeSH Terms] OR "men"[All Fields] OR "boy"[All Fields]) OR ("men"[MeSH Terms] OR "men"[All Fields] OR "boys"[All Fields]) OR ("boyfriend"[All Fields] OR "boyfriend s"[All Fields] OR "boyfriends"[All Fields]) OR "boyhood"[All Fields] OR "girl*"[All Fields] OR "kid"[All Fields] OR "kids"[All Fields] OR ("child"[MeSH Terms] OR "child"[All Fields] OR "children"[All Fields] OR "child s"[All Fields] OR "children s"[All Fields] OR "childrens"[All Fields] OR "childs"[All Fields]) OR "child*"[All Fields] OR "children*"[All Fields] OR "schoolchild*"[All Fields] OR "schoolchild"[All Fields] OR "school child"[Title/Abstract] OR "school child*"[Title/Abstract] OR "adolescen*"[All Fields] OR "juvenil*"[All Fields] OR "youth*"[All Fields] OR "teen*"[All Fields] OR "under age*"[All Fields] OR "pubescen*"[All Fields]</p>

OR "pediatrics"[MeSH Terms] OR "pediatric*"[All Fields] OR "paediatric*"[All Fields] OR "peadiatric*"[All Fields] OR "school"[Title/Abstract] OR "school*"[Title/Abstract] OR "prematu*"[All Fields] OR "preterm*"[All Fields]
#11 NOT #12
((("systematic*"[Title] AND "review"[Title]) OR "systematic overview*"[Title] OR "cochrane review*"[Title] OR "systemic review*"[Title] OR "scoping review"[Title] OR "scoping literature review"[Title] OR "mapping review"[Title] OR "umbrella review*"[Title] OR ("review of reviews"[Title] OR "overview of reviews"[Title]) OR "meta-review"[Title] OR ("integrative review"[Title] OR "integrated review"[Title] OR "integrative overview"[Title] OR "meta-synthesis"[Title] OR "metasynthesis"[Title] OR "quantitative review"[Title] OR "quantitative synthesis"[Title] OR "research synthesis"[Title] OR "meta-ethnography"[Title]) OR "systematic literature search"[Title] OR "systematic literature research"[Title] OR "meta-analyses"[Title] OR "metaanalyses"[Title] OR "metaanalysis"[Title] OR "meta-analysis"[Title] OR "meta analytic review"[Title] OR "meta analytical review"[Title] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR (("search*"[Title/Abstract] OR "medline"[Title/Abstract] OR "pubmed"[Title/Abstract] OR "embase"[Title/Abstract] OR "Cochrane"[Title/Abstract] OR "scopus"[Title/Abstract] OR "web of science"[Title/Abstract] OR "sources of information"[Title/Abstract] OR "data sources"[Title/Abstract] OR "following databases"[Title/Abstract]) AND ("study selection"[Title/Abstract] OR "selection criteria"[Title/Abstract] OR "eligibility criteria"[Title/Abstract] OR "inclusion criteria"[Title/Abstract] OR "exclusion criteria"[Title/Abstract])) OR "systematic review"[Publication Type]) NOT ("letter"[Publication Type] OR "editorial"[Publication Type] OR "comment"[Publication Type] OR "case reports"[Publication Type] OR "historical article"[Publication Type] OR "report"[Title] OR "protocol"[Title] OR "protocols"[Title] OR "withdrawn"[Title] OR "retraction of publication"[Publication Type] OR "retraction of publication as topic"[MeSH Terms] OR "retracted publication"[Publication Type] OR "reply"[Title] OR "published erratum"[Publication Type])
#13 AND #14
2015/01/01:2022/08/31[Date - Publication]
#15 AND #16
Cochrane
[mh ^"Somatoform Disorders"] OR [mh "Dissociative Identity Disorder"] OR [mh "Depressive Disorder, Treatment-Resistant"] OR [mh ^"Personality Disorders"] OR [mh "Antisocial Personality Disorder"] OR [mh "Borderline Personality Disorder"] OR [mh "Compulsive Personality Disorder"] OR [mh "Dependent Personality Disorder"] OR [mh ^"Histrionic Personality Disorder"] OR [mh "Paranoid Personality Disorder"] OR [mh "Passive-Aggressive Personality Disorder"] OR [mh "Schizoid Personality Disorder"] OR [mh "Schizotypal Personality Disorder"] OR [mh "Affective Disorders, Psychotic"] OR [mh "Paranoid Disorders"] OR [mh ^"Psychotic Disorders"] OR [mh ^"Schizophrenia"] OR [mh "Schizophrenia, Catatonic"] OR [mh "Schizophrenia, Disorganized"] OR [mh "Schizophrenia, Paranoid"] OR [mh "Schizophrenia, Treatment-Resistant"] OR [mh "Stress Disorders, Post-Traumatic"]
((("Somatization OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NEXT Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NEXT personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NEXT depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NEXT behavior*) OR (paranoi* OR Psychos?s OR schizophren* OR "dementia praecox")):ti,ab,kw OR ((double NEXT depression*) OR (("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NEXT disorder*)):ti,ab,kw
#1 OR #2
[mh "Internet-Based Intervention"] OR [mh ^"Medical Informatics Applications"] OR [mh ^"Therapy, Computer-Assisted"] OR [mh ^"Telemedicine"]
(((((internetbased OR internet-based OR webbased OR web-based OR online OR internet OR Computer-delivered OR appbased OR app-based OR computerbased OR computer-based OR Internet-delivered OR media-delivered OR onlinebased OR phonebased OR online-based OR phone-based OR smartphone-delivered OR smartphone OR smartphonebased OR smartphone-based OR unguided) NEXT intervention*) OR (medical-informatics NEXT application*) OR (computer-assisted NEXT therap*) OR mobile-health OR m-Health OR mHealth OR e-Health OR eHealth OR Tele-Health OR Telehealth OR Digital-health OR (health NEXT app*) OR (Digital NEXT (intervention* OR medicine OR therapeutic*)) OR ((electronic OR emental OR e-mental) NEXT health) OR (Health NEXT technolog*) OR (online NEXT (intervention* OR therap* OR training*)) OR selfdirected OR self-directed OR selfguided OR self-guided)):ti,ab,kw
#4 OR #5

#3 AND #6
(infan* or child* or adolescen* or pediatric* or paediatric* or pube* or juvenil* or school* or newborn* or "new born*" or "neo nat*" or neonat* or premature* or postmature* or "pre-mature*" or "post-mature*" or preterm* or "pre term*" or baby or babies or toddler* or youngster* or preschool* or kindergart* or kid or kids or playgroup* or "play-group*" or playschool* or prepube* or preadolescenc* or "junior high*" or highschool* or "senior high" or "young people*" or minors):ti,ab,kw
#7 NOT #8 with Cochrane Library publication date Between Jan 2015 and Aug 2022
PsycInfo
(TI ((((Somati#ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NO Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NO personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NO depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NO behavio#r*) OR (paranoi* OR Psychos#s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NO depression*) OR ("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NO disorder*))) OR AB ((((Somati#ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NO Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NO personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NO depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NO behavio#r*) OR (paranoi* OR Psychos#s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NO depression*) OR ("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NO disorder*)))) OR (DE "Somatoform Disorders" OR DE "Dissociative Identity Disorder" OR DE "Treatment Resistant Depression" OR DE "Personality Disorders" OR DE "Antisocial Personality Disorder" OR DE "Borderline Personality Disorder" OR DE "Obsessive Compulsive Personality Disorder" OR DE "Dependent Personality Disorder" OR DE "Histrionic Personality Disorder" OR DE "Paranoid Personality Disorder" OR DE "Passive Aggressive Personality Disorder" OR DE "Schizoid Personality Disorder" OR DE "Schizotypal Personality Disorder" OR DE "Affective Psychosis" OR DE "Paranoia (Psychosis)" OR DE "Acute Psychosis" OR DE "Schizophrenia" OR DE "Catatonic Schizophrenia" OR DE "Schizophrenia (Disorganized Type)" OR DE "Paranoid Schizophrenia" OR DE "Posttraumatic Stress Disorder" OR DE "Complex PTSD" OR DE "DESNOS")
(TI ((((internetbased OR internet-based OR webbased OR web-based OR online OR internet OR Computer-delivered OR appbased OR app-based OR computerbased OR computer-based OR Internet-delivered OR media-delivered OR onlinebased OR phonebased OR online-based OR phone-based OR smartphone-delivered OR smartphone OR smartphonebased OR smartphone-based OR unguided) NO intervention*) OR (medical-informatics NO application*) OR (computer-assisted NO therap*) OR mobile-health OR m-Health OR mHealth OR e-Health OR eHealth OR Tele-Health OR Telehealth OR Digital-health OR (health NO app*) OR (Digital NO (intervention* OR medicine OR therapeutic*)) OR ((electronic OR emental OR e-mental) NO health) OR (Health NOtechnolog*) OR (online NO (intervention* OR therap* OR training*)) OR selfdirected OR self-directed OR selfguided OR self-guided)) OR AB ((((internetbased OR internet-based OR webbased OR web-based OR online OR internet OR Computer-delivered OR appbased OR app-based OR computerbased OR computer-based OR Internet-delivered OR media-delivered OR onlinebased OR phonebased OR online-based OR phone-based OR smartphone-delivered OR smartphone OR smartphonebased OR smartphone-based OR unguided) NO intervention*) OR (medical-informatics NO application*) OR (computer-assisted NO therap*) OR mobile-health OR m-Health OR mHealth OR e-Health OR eHealth OR Tele-Health OR Telehealth OR Digital-health OR (health NO app*) OR (Digital NO (intervention* OR medicine OR therapeutic*)) OR ((electronic OR emental OR e-mental) NO health) OR (Health NOtechnolog*) OR (online NO (intervention* OR therap* OR training*)) OR selfdirected OR self-directed OR selfguided OR self-guided))) OR ((DE "Digital Interventions" OR DE "Electronic Health Services" OR DE "Digital Interventions" OR DE "Mobile Health" OR DE "Telemedicine" OR DE "Wearable Devices" OR DE "Computer Assisted Therapy"))
S1 AND S2
(AG childhood OR Neonatal OR Infancy OR Preschool OR School Age OR Adolescence) OR (DE "Neonatal Development" OR DE "Infant Development" OR DE "Early Childhood Development" OR DE "Childhood Development" OR DE "Child Psychiatry" OR DE "Orthopsychiatry" OR DE "Child Psychopathology" OR DE "Child Psychology" OR DE "Child Psychotherapy" OR DE "Pediatrics" OR DE "Juvenile Delinquency" OR DE "Adolescent Behavior" OR DE "Adolescent Development" OR DE "Adolescent Psychiatry" OR DE "Adolescent

Psychopathology" OR DE "Adolescent Psychology" OR DE "Adolescent Psychotherapy" OR DE "Nursery Schools" OR DE "Nursery School Students" OR DE "Kindergartens" OR DE "Kindergarten Students" OR DE "Child Day Care" OR DE "Child Care" OR DE "Preschool Education" OR DE "Preschool Students" OR DE "Preschool Teachers" OR DE "Elementary Education" OR DE "Elementary Schools" OR DE "Elementary School Students" OR DE "Elementary School Teachers" OR DE "Primary School Students" OR DE "Public School Education" OR DE "Middle Schools" OR DE "Middle School Education" OR DE "Middle School Students" OR DE "Middle School Teachers" OR DE "Junior High Schools" OR DE "Junior High School Students" OR DE "Junior High School Teachers" OR DE "Secondary Education" OR DE "High Schools" OR DE "High School Students" OR DE "High School Education" OR DE "High School Teachers" OR DE "Junior College Students" OR DE "College Students" OR DE "Colleges" OR DE "Higher Education" OR DE "Graduate Education" OR DE "Graduate Schools" OR DE "Undergraduate Education" OR DE "Vocational Education" OR DE "Vocational School Students" OR DE "Vocational Education Teachers" OR DE "Students") OR (TI ((preterm* OR prematur* OR postmatur* OR perinat* OR postnat* OR neonat* OR newborn* OR newborn OR infan* OR baby* OR babies OR toddler* OR preschool* OR child* OR pediat* OR paediat* OR kid OR kids OR prepubescen* OR prepuberty* OR puberty OR pubescen* OR teen* OR young* OR youth* OR minors* OR under-ag* OR underag* OR juvenile* OR girl* OR boy* OR preadolesc* OR adolesc* OR nursery OR prekindergarten OR kindergarten* OR early-childhood education OR preschool* OR elementary-education OR elementary-school* OR primary-education OR primary-school* OR K-12* OR K12 OR 1st-grade* OR first-grade* OR grade 1 OR grade-one OR 2nd-grade* OR second-grade* OR grade 2 OR grade-two OR 3rd-grade* OR third-grade* OR grade-3 OR grade-three OR 4th-grade* OR fourth-grade* OR grade-4 OR grade-four OR 5th-grade* OR fifth-grade* OR grade-5 OR grade-five OR 6th-grade* OR sixth-grade* OR grade-6 OR grade-six OR intermediate-general OR middle-school* OR secondary-education OR secondary-school* OR 7th-grade* OR seventh-grade* OR grade-7 OR grade-seven OR 8th-grade* OR eight-grade* OR grade-8 OR grade-eight OR 9th-grade* OR ninth-grade* OR grade-9 OR grade-nine OR 10th-grade* OR tenth-grade* OR grade-10 OR grade-ten OR 11th-grade* OR eleventh-grade* OR grade 11 OR grade eleven OR 12th-grade* OR twelfth-grade* OR grade 12 OR grade twelve OR junior high* OR highschool* OR high school* OR preuniversity OR pre-university OR college* OR undergrad* OR tertiary education OR tertiary school* OR postsecondary education OR postsecondary school* OR universit* OR prevocational OR vocational OR classroom* OR curricul* OR education* OR learner* OR lesson* OR pupil* OR school* OR student* OR teacher*)) OR AB ((preterm* OR prematur* OR postmatur* OR perinat* OR postnat* OR neonat* OR newborn* OR newborn OR infan* OR baby* OR babies OR toddler* OR preschool* OR child* OR pediat* OR paediat* OR kid OR kids OR prepubescen* OR prepuberty* OR puberty OR pubescen* OR teen* OR young* OR youth* OR minors* OR under-ag* OR underag* OR juvenile* OR girl* OR boy* OR preadolesc* OR adolesc* OR nursery OR prekindergarten OR kindergarten* OR early-childhood education OR preschool* OR elementary-education OR elementary-school* OR primary-education OR primary-school* OR K-12* OR K12 OR 1st-grade* OR first-grade* OR grade 1 OR grade-one OR 2nd-grade* OR second-grade* OR grade 2 OR grade-two OR 3rd-grade* OR third-grade* OR grade-3 OR grade-three OR 4th-grade* OR fourth-grade* OR grade-4 OR grade-four OR 5th-grade* OR fifth-grade* OR grade-5 OR grade-five OR 6th-grade* OR sixth-grade* OR grade-6 OR grade-six OR intermediate-general OR middle-school* OR secondary-education OR secondary-school* OR 7th-grade* OR seventh-grade* OR grade-7 OR grade-seven OR 8th-grade* OR eight-grade* OR grade-8 OR grade-eight OR 9th-grade* OR ninth-grade* OR grade-9 OR grade-nine OR 10th-grade* OR tenth-grade* OR grade-10 OR grade-ten OR 11th-grade* OR eleventh-grade* OR grade 11 OR grade eleven OR 12th-grade* OR twelfth-grade* OR grade 12 OR grade twelve OR junior high* OR highschool* OR high school* OR preuniversity OR pre-university OR college* OR undergrad* OR tertiary education OR tertiary school* OR postsecondary education OR postsecondary school* OR universit* OR prevocational OR vocational OR classroom* OR curricul* OR education* OR learner* OR lesson* OR pupil* OR school* OR student* OR teacher*))

S3 NOT S4

(DE "Meta Analysis") OR (DE "Systematic Review") OR (MR systematic review OR MR meta-analysis) OR (((TI systematic* OR AB systematic*) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR ((TI methodologic* OR AB methodologic*) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR (((TI quantitative OR AB quantitative) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*) OR (TI synthes* OR AB synthes*))) OR ((TI research OR AB research) N3 ((TI integrati* OR AB integrati*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR (((TI integrative OR AB integrative) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR ((TI collaborative OR AB collaborative) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR ((TI pool* OR AB pool*) N3 (TI analy* OR AB analy*)) OR ((TI "data synthes*" OR AB "data synthes*") OR (TI "data extraction*" OR AB "data extraction*") OR (TI "data

<p>abstraction*" OR AB "data abstraction*") OR ((TI handsearch* OR AB handsearch*) OR (TI "hand search*" OR AB "hand search*")) OR ((TI "mantel haenszel" OR AB "mantel haenszel") OR (TI peto OR AB peto) OR (TI "der simonian" OR AB "der simonian") OR (TI dersimonian OR AB dersimonian) OR (TI "fixed effect*" OR AB "fixed effect*")) OR (TI "latin square*" OR AB "latin square*")) OR ((TI "met analy*" OR AB "met analy*") OR (TI metanaly* OR AB metanaly*) OR (TI "technology assessment*" OR AB "technology assessment*") OR (TI HTA OR AB HTA) OR (TI HTAs OR AB HTAs) OR (TI "technology overview*" OR AB "technology overview*") OR (TI "technology appraisal*" OR AB "technology appraisal*")) OR ((TI "meta regression*" OR AB "meta regression*") OR (TI metaregression* OR AB metaregression*)) OR ((TI medline OR AB medline) OR (TI cochrane OR AB cochrane) OR (TI pubmed OR AB pubmed) OR (TI medlars OR AB medlars) OR (TI embase OR AB embase) OR (TI cinahl OR AB cinahl) OR ((TI comparative OR AB comparative) N3 ((TI efficacy OR AB efficacy) OR (TI effectiveness OR AB effectiveness))) OR ((TI "Endpunkte research" OR AB "Endpunkte research") OR (TI "relative effectiveness" OR AB "relative effectiveness")) OR (((TI indirect OR AB indirect) OR (TI "indirect treatment" OR AB "indirect treatment") OR (TI mixed-treatment OR AB mixed-treatment) OR (TI bayesian OR AB bayesian)) N3 (TI comparison* OR AB comparison*)) OR ((TI multi* OR AB multi*) N3 (TI treatment OR AB treatment) N3 (TI comparison* OR AB comparison*)) OR ((TI mixed OR AB mixed) N3 (TI treatment OR AB treatment) N3 ((TI meta-analy* OR AB meta-analy*) OR (TI metaanaly* OR AB metaanaly*))) OR (TI "umbrella review*" OR AB "umbrella review*") OR ((TI multi* OR AB multi*) N2 (TI paramet* OR AB paramet*) N2 (TI evidence OR AB evidence) N2 (TI synthesis OR AB synthesis)) OR ((TI multiparamet* OR AB multiparamet*) N2 (TI evidence OR AB evidence) N2 (TI synthesis OR AB synthesis)) OR ((TI multi-paramet* OR AB multi-paramet*) N2 (TI evidence OR AB evidence) N2 (TI synthesis OR AB synthesis))</p>
S5 AND S6
S5 AND S6 (Jahreslimit 01.01.2015-31.08.2022)
Web of Science
<p>TS=(((Somati?ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffektive OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NEAR/0 Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NEAR/0 personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NEAR/0 depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NEAR/0 behavio?r*) OR (paranoi* OR Psychos?s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NEAR/0 depression*) OR ("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NEAR/0 disorder*))</p>
<p>TS=(((internetbased OR internet-based OR webbased OR web-based OR online OR internet OR Computer-delivered OR appbased OR app-based OR computerbased OR computer-based OR Internet-delivered OR media-delivered OR onlinebased OR phonebased OR online-based OR phone-based OR smartphone-delivered OR smartphone OR smartphonebased OR smartphone-based OR unguided) NEAR/0 intervention*) OR (medical-informatics NEAR/0 application*) OR (computer-assisted NEAR/0 therap*) OR mobile-health OR m-Health OR mHealth OR e-Health OR eHealth OR Tele-Health OR Telehealth OR Digital-health OR (health NEAR/0 app*) OR (Digital NEAR/0 (intervention* OR medicine OR therapeutic*)) OR ((electronic OR emental OR e-mental) NEAR/0 health) OR (Health NEAR/0 technolog*) OR (online NEAR/0 (intervention* OR therap* OR training*)) OR selfdirected OR self-directed OR selfguided OR self-guided))</p>
#1 AND #2
<p>TS=("preterm*" OR "prematu*" OR "postmatu*" OR "perinat*" OR "postnat*" OR "neonat*" OR "newborn*" OR "new-born" OR "infan*" OR "baby*" OR "babies" OR "toddler*" OR "child*" OR "pediat*" OR "paediat*" OR "kid" OR "kids" OR "prepubescen*" OR "prepuberty*" OR "teen*" OR "young*" OR "youth*" OR "minors*" OR "under ag*" OR "underag*" OR "juvenile*" OR "girl*" OR "boy*" OR "preadolesc*" OR "adolesc*" OR "nursery" OR "kindergarten*" OR "early childhood education" OR "preschool*" OR "elementary education" OR "primary education" OR "K-12*" OR "K12" OR "secondary education" OR "junior high*" OR "highschool*" OR "college*" OR "undergrad*" OR "tertiary education" OR "postsecondary education" OR "universit*" OR "student*" OR "school*" OR "classroom*")</p>
#3 NOT #4
<p>(((((TI=(systematic* AND review)) OR TI=(Systematic-overview*)) OR TI=((Cochrane OR systemic OR scoping OR scoping-literature OR mapping OR Umbrella OR quativative OR meta-analytical OR meta-analytic) NEAR/0 review*)) OR TI=(review-of-reviews OR overview-of-reviews OR meta-review)) OR TI=((integrative OR integrated) NEAR/0 (overview OR review))) OR TI=(meta-synthesis OR metasynthesis)) OR TI=((quantitative OR research) NEAR/0 synthesis)) OR TI=(meta-ethnography)) OR TI=(Systematic-literature NEAR/0 (search OR research))) OR TI=(meta-analyses OR metaanalyses OR metaanalysis OR meta-</p>

analysis) OR (TI=(search* OR medline OR pubmed OR embase OR Cochrane OR scopus OR web-of-science OR sources-of-information OR data-sources OR following-databases)) OR (AB=(search* OR medline OR pubmed OR embase OR Cochrane OR scopus OR web-of-science OR sources-of-information OR data-sources OR following-databases)) AND (TI=(study-selection OR selection-criteria OR eligibility-criteria OR inclusion-criteria OR exclusion-criteria)) OR (AB=(study-selection OR selection-criteria OR eligibility-criteria OR inclusion-criteria OR exclusion-criteria))) OR DT=(Review)) NOT (DT=(Letter OR Editorial Material OR Retracted Publication OR Withdrawn Publication OR Article))

#5 AND #6

#7 2015-01-01 to 2022-08-31

Quellen: (CADTH Search Filters Database 2022; Ket et al. 2019; Leclercq et al. 2013; Salvador-Oliván et al. 2021)

Tabelle 54: Syntax Suchstrategie Schlüsselfrage 2 (de-novo Recherche)

Schlüsselfrage 2 - online Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung
PubMed
"Somatoform Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Dissociative Identity Disorder"[MeSH Terms] OR "depressive disorder, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Antisocial Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Borderline Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Compulsive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Dependent Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Histrionic Personality Disorder"[MeSH Terms:noexp] OR "Paranoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Passive-Aggressive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizotypal Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "affective disorders, psychotic"[MeSH Terms] OR "Paranoid Disorders"[MeSH Terms] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Schizophrenia"[MeSH Terms:noexp] OR "schizophrenia, catatonic"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, disorganized"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, paranoid"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms]
"somatisation disorder*"[Title/Abstract] OR "somatization disorder*"[Title/Abstract] OR "somatoform disorder*"[Title/Abstract] OR "dissociative identity disorder*"[Title/Abstract] OR "multiple personalit*"[Title/Abstract] OR "dual personalit*"[Title/Abstract] OR "refractory depressi*"[Title/Abstract] OR "therapy resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "treatment resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "sociopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "psychopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial behavior*"[Title/Abstract] OR "antisocial behaviour*"[Title/Abstract] OR "compulsive personalit*"[Title/Abstract] OR "passive dependent personalit*"[Title/Abstract] OR "hysterical personalit*"[Title/Abstract] OR "passive aggressive personalit*"[Title/Abstract] OR "schizoid personalit*"[Title/Abstract] OR "psychotic affective disorder*"[Title/Abstract] OR "psychotic mood disorder*"[Title/Abstract] OR "paranoi*"[Title/Abstract] OR "psychotic disorder*"[Title/Abstract] OR "Psychosis"[Title/Abstract] OR "Psychoses"[Title/Abstract] OR "schizoaffective disorder*"[Title/Abstract] OR "schizophren*"[Title/Abstract] OR "dementia praecox"[Title/Abstract] OR "delusional disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract]
"double depression*"[Title/Abstract] OR "complex posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "complex post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract]
"somatisation disorder*"[Title/Abstract] OR "somatization disorder*"[Title/Abstract] OR "somatoform disorder*"[Title/Abstract] OR "dissociative identity disorder*"[Title/Abstract] OR "multiple personalit*"[Title/Abstract] OR "dual personalit*"[Title/Abstract] OR "refractory depressi*"[Title/Abstract] OR "therapy resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "treatment resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "sociopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "psychopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial behavior*"[Title/Abstract] OR "antisocial behaviour*"[Title/Abstract] OR "compulsive personalit*"[Title/Abstract] OR "passive dependent personalit*"[Title/Abstract] OR "hysterical personalit*"[Title/Abstract] OR "passive aggressive personalit*"[Title/Abstract] OR "schizoid personalit*"[Title/Abstract] OR "psychotic affective disorder*"[Title/Abstract] OR "psychotic mood disorder*"[Title/Abstract] OR "paranoi*"[Title/Abstract] OR "psychotic disorder*"[Title/Abstract] OR "Psychosis"[Title/Abstract] OR "Psychoses"[Title/Abstract] OR "schizoaffective disorder*"[Title/Abstract] OR "schizophren*"[Title/Abstract] OR "dementia praecox"[Title/Abstract] OR "delusional disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "double depression*"[Title/Abstract] OR "complex posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "complex post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract]
"Somatoform Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Dissociative Identity Disorder"[MeSH Terms] OR "depressive disorder, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Antisocial Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Borderline Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Compulsive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Dependent Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Histrionic Personality Disorder"[MeSH Terms:noexp] OR "Paranoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Passive-Aggressive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizotypal Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "affective disorders, psychotic"[MeSH Terms] OR "Paranoid Disorders"[MeSH Terms] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Schizophrenia"[MeSH

Terms:noexp] OR "schizophrenia, catatonic"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, disorganized"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, paranoid"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR "somatisation disorder*"[Title/Abstract] OR "somatization disorder*"[Title/Abstract] OR "somatoform disorder*"[Title/Abstract] OR "dissociative identity disorder*"[Title/Abstract] OR "multiple personalit*"[Title/Abstract] OR "dual personalit*"[Title/Abstract] OR "refractory depressi*"[Title/Abstract] OR "therapy resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "treatment resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "sociopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "psychopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial behavior*"[Title/Abstract] OR "antisocial behaviour*"[Title/Abstract] OR "compulsive personalit*"[Title/Abstract] OR "passive dependent personalit*"[Title/Abstract] OR "hysterical personalit*"[Title/Abstract] OR "passive aggressive personalit*"[Title/Abstract] OR "schizoid personalit*"[Title/Abstract] OR "psychotic affective disorder*"[Title/Abstract] OR "psychotic mood disorder*"[Title/Abstract] OR "paranoi*"[Title/Abstract] OR "psychotic disorder*"[Title/Abstract] OR "Psychosis"[Title/Abstract] OR "Psychoses"[Title/Abstract] OR "schizoaffective disorder*"[Title/Abstract] OR "schizophren*"[Title/Abstract] OR "dementia praecox"[Title/Abstract] OR "delusional disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "double depression*"[Title/Abstract] OR "complex posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "complex post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract]

"Internet-Based Intervention"[Mesh] OR "Medical Informatics Applications"[Mesh:NoExp] OR "Therapy, Computer-Assisted"[Mesh:NoExp]

"computer delivered intervention*"[Title/Abstract] OR "internet delivered intervention*" [Title/Abstract] OR "media delivered intervention*" [Title/Abstract] OR "smartphone delivered intervention*" [Title/Abstract] OR "app delivered intervention*" [Title/Abstract] OR "online delivered intervention*" [Title/Abstract] OR "phone delivered intervention*" [Title/Abstract] OR "web delivered intervention*" [Title/Abstract] OR "app based intervention*" [Title/Abstract] OR "computer based intervention*" [Title/Abstract] OR "online based intervention*" [Title/Abstract] OR "phone based intervention*" [Title/Abstract] OR "smartphone based intervention*" [Title/Abstract] OR "internet based intervention*" [Title/Abstract] OR "web based intervention*" [Title/Abstract] OR "media based intervention*" [Title/Abstract] OR "online intervention*" [Title/Abstract] OR "digital intervention*" [Title/Abstract] OR "smartphone intervention*" [Title/Abstract] OR "internet intervention*" [Title/Abstract] OR "phone intervention*" [Title/Abstract] OR "media intervention*" [Title/Abstract] OR "app intervention*" [Title/Abstract] OR "computer intervention*" [Title/Abstract] OR "web intervention*" [Title/Abstract] OR "computer delivered therap*" [Title/Abstract] OR "internet delivered therap*" [Title/Abstract] OR "media delivered therap*" [Title/Abstract] OR "smartphone delivered therap*" [Title/Abstract] OR "app delivered therap*" [Title/Abstract] OR "online delivered therap*" [Title/Abstract] OR "phone delivered therap*" [Title/Abstract] OR "web delivered therap*" [Title/Abstract] OR "app based therap*" [Title/Abstract] OR "computer based therap*" [Title/Abstract] OR "online based therap*" [Title/Abstract] OR "phone based therap*" [Title/Abstract] OR "smartphone based therap*" [Title/Abstract] OR "internet based therap*" [Title/Abstract] OR "web based therap*" [Title/Abstract] OR "media based therap*" [Title/Abstract] OR "online therap*" [Title/Abstract] OR "digital therap*" [Title/Abstract] OR "smartphone therap*" [Title/Abstract] OR "internet therap*" [Title/Abstract] OR "phone therap*" [Title/Abstract] OR "media therap*" [Title/Abstract] OR "app therap*" [Title/Abstract] OR "computer therap*" [Title/Abstract] OR "web therap*" [Title/Abstract] OR "computer assisted therap*" [Title/Abstract] OR "onlinetherap*" [Title/Abstract] OR "smartphonetherap*" [Title/Abstract] OR "internettherap*" [Title/Abstract] OR "phonetherap*" [Title/Abstract] OR "mediatherap*" [Title/Abstract] OR "computertherap*" [Title/Abstract] OR "webtherap*" [Title/Abstract] OR "computer delivered treatment" [Title/Abstract] OR "internet delivered treatment" [Title/Abstract] OR "media delivered treatment" [Title/Abstract] OR "smartphone delivered treatment" [Title/Abstract] OR "app delivered treatment" [Title/Abstract] OR "online delivered treatment" [Title/Abstract] OR "phone delivered treatment" [Title/Abstract] OR "web delivered treatment" [Title/Abstract] OR "app based treatment" [Title/Abstract] OR "computer based treatment" [Title/Abstract] OR "online based treatment" [Title/Abstract] OR "phone based treatment" [Title/Abstract] OR "smartphone based treatment" [Title/Abstract] OR "internet based treatment" [Title/Abstract] OR "web based treatment" [Title/Abstract] OR "media based treatment" [Title/Abstract] OR "online treatment" [Title/Abstract] OR "digital treatment" [Title/Abstract] OR "smartphone treatment" [Title/Abstract] OR "internet treatment" [Title/Abstract] OR "phone treatment" [Title/Abstract] OR "media treatment" [Title/Abstract] OR "app treatment" [Title/Abstract] OR "computer treatment" [Title/Abstract] OR "web treatment" [Title/Abstract] OR

"computer assisted treatment" [Title/Abstract] OR "onlinetreatment" [Title/Abstract] OR "smartphonetreatment" [Title/Abstract] OR "internettreatment" [Title/Abstract] OR "phonetreatment" [Title/Abstract] OR "mediatreatment" [Title/Abstract] OR "computertreatment" [Title/Abstract] OR "webtreatment" [Title/Abstract] OR "medical app*" [Title/Abstract] OR "psychotherapeutic app*" [Title/Abstract] OR "therapy app*" [Title/Abstract] OR "health app*" [Title/Abstract] OR "medical informatics app*" [Title/Abstract] OR "mobile health" [Title/Abstract] OR "m-Health" [Title/Abstract] OR "mHealth" [Title/Abstract] OR "digital health" [Title/Abstract] OR "digital medicine" [Title/Abstract] OR "digital therapeutic*" [Title/Abstract] OR "health technolog*" [Title/Abstract] OR "electronic health" [Title/Abstract] OR "emental health" [Title/Abstract] OR "e mental health" [Title/Abstract] OR "e-Health" [Title/Abstract] OR "eHealth" [Title/Abstract] OR "online training*" [Title/Abstract] OR "web training*" [Title/Abstract] OR "internet training*" [Title/Abstract]
"computerized cognitive drill"[Title/Abstract] OR "Listserv"[Title/Abstract] OR "remote delivered"[Title/Abstract] OR "remotedelivered"[Title/Abstract] OR "virtual reality"[Title/Abstract] OR "computer assisted cognitive remediation"[Title/Abstract] OR "computerassisted cognitive remediation"[Title/Abstract] OR "peer support"[Title/Abstract] OR "peersupport"[Title/Abstract] OR "medication reminder"[Title/Abstract] OR "medicationreminder"[Title/Abstract] OR "cognitive training"[Title/Abstract] OR "avatar therapy"[Title/Abstract] OR "lifestyle"[Title/Abstract]
"selfdirected"[Title/Abstract] OR "self-directed"[Title/Abstract] OR "selfguided"[Title/Abstract] OR "self-guided"[Title/Abstract] OR "unguided"[Title/Abstract]
#6 OR #7
#10 AND #9
#11 NOT #8
#5 AND #12
"infan*" [All Fields] OR "newborn*" [All Fields] OR "new born*" [All Fields] OR "perinat*" [All Fields] OR "neonat*" [All Fields] OR ("infant, newborn" [MeSH Terms] OR ("infant" [All Fields] AND "newborn" [All Fields]) OR "newborn infant" [All Fields] OR "baby" [All Fields] OR "infant" [MeSH Terms] OR "infant" [All Fields]) OR "baby*" [All Fields] OR ("baby s" [All Fields] OR "babys" [All Fields] OR "infant" [MeSH Terms] OR "infant" [All Fields] OR "babies" [All Fields]) OR "toddler*" [All Fields] OR ("minority groups" [MeSH Terms] OR ("minority" [All Fields] AND "groups" [All Fields]) OR "minority groups" [All Fields] OR "minorities" [All Fields] OR "minority" [All Fields] OR "minority s" [All Fields] OR "minors" [MeSH Terms] OR "minors" [All Fields] OR "minor" [All Fields]) OR "minors*" [All Fields] OR ("men" [MeSH Terms] OR "men" [All Fields] OR "boy" [All Fields]) OR ("men" [MeSH Terms] OR "men" [All Fields] OR "boys" [All Fields]) OR ("boyfriend" [All Fields] OR "boyfriend s" [All Fields] OR "boyfriends" [All Fields]) OR "boyhood" [All Fields] OR "girl*" [All Fields] OR "kid" [All Fields] OR "kids" [All Fields] OR ("child" [MeSH Terms] OR "child" [All Fields] OR "children" [All Fields] OR "child s" [All Fields] OR "children s" [All Fields] OR "childrens" [All Fields] OR "childs" [All Fields]) OR "child*" [All Fields] OR "children*" [All Fields] OR "schoolchild*" [All Fields] OR "schoolchild" [All Fields] OR "school child" [Title/Abstract] OR "school child*" [Title/Abstract] OR "adolescen*" [All Fields] OR "juvenil*" [All Fields] OR "youth*" [All Fields] OR "teen*" [All Fields] OR "under age*" [All Fields] OR "pubescen*" [All Fields] OR "pediatrics" [MeSH Terms] OR "pediatric*" [All Fields] OR "paediatric*" [All Fields] OR "peadiatric*" [All Fields] OR "school" [Title/Abstract] OR "school*" [Title/Abstract] OR "prematu*" [All Fields] OR "preterm*" [All Fields]
#13 NOT #14
2015/01/01:2023/05/01 [Date - Publication]
#15 AND #16
Cochrane
[mh ^"Somatoform Disorders"] OR [mh "Dissociative Identity Disorder"] OR [mh "Depressive Disorder, Treatment-Resistant"] OR [mh ^"Personality Disorders"] OR [mh "Antisocial Personality Disorder"] OR [mh "Borderline Personality Disorder"] OR [mh "Compulsive Personality Disorder"] OR [mh "Dependent Personality Disorder"] OR [mh ^"Histrionic Personality Disorder"] OR [mh "Paranoid Personality Disorder"] OR [mh "Passive-Aggressive Personality Disorder"] OR [mh "Schizoid Personality Disorder"] OR [mh "Schizotypal Personality Disorder"] OR [mh "Affective Disorders, Psychotic"] OR [mh "Paranoid Disorders"] OR [mh ^"Psychotic Disorders"] OR [mh ^"Schizophrenia"] OR [mh "Schizophrenia, Catatonic"] OR [mh "Schizophrenia, Disorganized"] OR [mh "Schizophrenia, Paranoid"] OR [mh "Schizophrenia, Treatment-Resistant"] OR [mh "Stress Disorders, Post-Traumatic"]
((Somatization OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NEXT Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR

psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NEXT personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NEXT depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NEXT behavio?r*) OR (paranoi* OR Psychos?s OR schizophren* OR "dementia praecox"):ti,ab,kw OR ((double NEXT depression*) OR (("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NEXT disorder*)):ti,ab,kw
#1 OR #2
[mh "Internet-Based Intervention"] OR [mh ^"Medical Informatics Applications"] OR [mh ^"Therapy, Computer-Assisted"]
((computer delivered OR internet delivered OR media delivered OR smartphone delivered OR app delivered OR online delivered OR phone delivered OR web delivered) NEXT intervention*) OR ((computer based OR internet based OR media based OR smartphone based OR app based OR online based OR phone based OR web based) NEXT intervention*) OR ((computer OR internet OR media OR smartphone OR app OR online OR phone OR web OR digital) NEXT intervention*) OR ((computer delivered OR internet delivered OR media delivered OR smartphone delivered OR app delivered OR online delivered OR phone delivered OR web delivered) NEXT therap*) OR ((computer based OR internet based OR media based OR smartphone based OR app based OR online based OR phone based OR web based) NEXT therap*) OR (computer therap* OR internet therap* OR media therap* OR smartphone therap* OR app therap* OR online therap* OR phone therap* OR web therap*) OR (computertherap* OR internettherap* OR mediatherap* OR smartphonetherap* OR apptherap* OR onlinetherap* OR phonetherap* OR webtherap*) OR ((computer delivered OR internet delivered OR media delivered OR smartphone delivered OR app delivered OR online delivered OR phone delivered OR web delivered) NEXT treatment) OR ((computer based OR internet based OR media based OR smartphone based OR app based OR online based OR phone based OR web based) NEXT treatment) OR (computer treatment OR internet treatment OR media treatment OR smartphone treatment OR app treatment OR online treatment OR phone treatment OR web treatment) OR (computertreatment OR internettreatment OR mediatreatment OR smartphonetreatment OR apptreatment OR onlinetreatment OR phonetreatment OR webtreatment) OR ((medical OR psychotherapeutic OR therapy OR health OR medical informatics) NEXT app*) OR (mobile-health OR m-Health OR mHealth OR e-Health OR eHealth OR emental health OR e mental health) OR (digital NEXT (health OR medicine OR therapeutic)) OR (health technolog*) OR ((online OR web OR internet) NEXT training)):ti,ab,kw
#4 OR #5
(selfdirected OR self-directed OR selfguided OR self-guided OR unguided):ti,ab,kw
(computerized cognitive drill OR Listserv OR remote delivered OR remotedelivered OR virtual reality OR computer assisted cognitive remediation OR computerassisted cognitive remediation OR peer support OR peersupport OR medication reminder OR medicationreminder OR cognitive training OR avatar therapy OR lifestyle):ti,ab,kw
#6 AND #7
#9 NOT #8
#3 AND #10
(infan* or child* or adolescen* or pediatric* or paediatric* or pube* or juvenil* or school* or newborn* or "new born*" or "neo nat*" or neonat* or premature* or postmature* or "pre-mature*" or "post-mature*" or preterm* or "pre term*" or baby or babies or toddler* or youngster* or preschool* or kindergart* or kid or kids or playgroup* or "play-group*" or playschool* or prepube* or preadolescenc* or "junior high*" or highschool* or "senior high" or "young people*" or minors):ti,ab,kw
#11 NOT #12
PsycInfo
(TI ((((Somati#ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NO Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NO personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NO depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NO behavio#r*) OR (paranoi* OR Psychos#s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NO depression*) OR (("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NO disorder*))) OR AB ((((Somati#ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personaliy OR psychotic) NO Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NO personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR

"treatment resistant") NO depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NO behavio#r*) OR (paranoi* OR Psychos#s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NO depression*) OR (("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NO disorder*)))) OR (DE "Somatoform Disorders" OR DE "Dissociative Identity Disorder" OR DE "Treatment Resistant Depression" OR DE "Personality Disorders" OR DE "Antisocial Personality Disorder" OR DE "Borderline Personality Disorder" OR DE "Obsessive Compulsive Personality Disorder" OR DE "Dependent Personality Disorder" OR DE "Histrionic Personality Disorder" OR DE "Paranoid Personality Disorder" OR DE "Passive Aggressive Personality Disorder" OR DE "Schizoid Personality Disorder" OR DE "Schizotypal Personality Disorder" OR DE "Affective Psychosis" OR DE "Paranoia (Psychosis)" OR DE "Acute Psychosis" OR DE "Schizophrenia" OR DE "Catatonic Schizophrenia" OR DE "Schizophrenia (Disorganized Type)" OR DE "Paranoid Schizophrenia" OR DE "Posttraumatic Stress Disorder" OR DE "Complex PTSD" OR DE "DESNOS")

TI (("computer delivered" OR "internet delivered" OR "media delivered" OR "smartphone delivered" OR "app delivered" OR "online delivered" OR "phone delivered" OR "web delivered") NO intervention*) OR (("computer based" OR "internet based" OR "media based" OR "smartphone based" OR "app based" OR "online based" OR "phone based" OR "web based") NO intervention*) OR ((computer OR internet OR media OR smartphone OR app OR online OR phone OR web OR digital) NO intervention*) OR (("computer delivered" OR "internet delivered" OR "media delivered" OR "smartphone delivered" OR "app delivered" OR "online delivered" OR "phone delivered" OR "web delivered") NO therap*) OR (("computer based" OR "internet based" OR "media based" OR "smartphone based" OR "app based" OR "online based" OR "phone based" OR "web based") NO therap*) OR ((computer OR internet OR media OR smartphone OR app OR online OR phone OR web) NO therap*) OR (computertherap* OR internettherap* OR mediatherap* OR smartphonetherap* OR apptherap* OR onlinetherap* OR phonetherap* OR webtherap*) OR (("computer delivered" OR "internet delivered" OR "media delivered" OR "smartphone delivered" OR "app delivered" OR "online delivered" OR "phone delivered" OR "web delivered") NO treatment) OR (("computer based" OR "internet based" OR "media based" OR "smartphone based" OR "app based" OR "online based" OR "phone based" OR "web based") NO treatment) OR ((computer OR internet OR media OR smartphone OR app OR online OR phone OR web) NO treatment) OR (computertreatment OR internettreatment OR mediatreatment OR smartphonetreatment OR apptreatment OR onlinetreatment OR phonetreatment OR webtreatment) OR ((medical OR psychotherapeutic OR therapy OR health OR medical informatics) NO app*) OR (mobile-health OR m-Health OR mHealth OR e-Health OR eHealth OR emental health OR e mental health) OR (digital NO (health OR medicine OR therapeutic)) OR (health technolog*) OR ((online OR web OR internet) NO training)) OR AB (("computer delivered" OR "internet delivered" OR "media delivered" OR "smartphone delivered" OR "app delivered" OR "online delivered" OR "phone delivered" OR "web delivered") NO intervention*) OR (("computer based" OR "internet based" OR "media based" OR "smartphone based" OR "app based" OR "online based" OR "phone based" OR "web based") NO intervention*) OR ((computer OR internet OR media OR smartphone OR app OR online OR phone OR web OR digital) NO intervention*) OR (("computer delivered" OR "internet delivered" OR "media delivered" OR "smartphone delivered" OR "app delivered" OR "online delivered" OR "phone delivered" OR "web delivered") NO therap*) OR (("computer based" OR "internet based" OR "media based" OR "smartphone based" OR "app based" OR "online based" OR "phone based" OR "web based") NO therap*) OR ((computer OR internet OR media OR smartphone OR app OR online OR phone OR web) NO therap*) OR (computertherap* OR internettherap* OR mediatherap* OR smartphonetherap* OR apptherap* OR onlinetherap* OR phonetherap* OR webtherap*) OR (("computer delivered" OR "internet delivered" OR "media delivered" OR "smartphone delivered" OR "app delivered" OR "online delivered" OR "phone delivered" OR "web delivered") NO treatment) OR (("computer based" OR "internet based" OR "media based" OR "smartphone based" OR "app based" OR "online based" OR "phone based" OR "web based") NO treatment) OR ((computer OR internet OR media OR smartphone OR app OR online OR phone OR web) NO treatment) OR (computertreatment OR internettreatment OR mediatreatment OR smartphonetreatment OR apptreatment OR onlinetreatment OR phonetreatment OR webtreatment) OR ((medical OR psychotherapeutic OR therapy OR health OR medical informatics) NO app*) OR (mobile-health OR m-Health OR mHealth OR e-Health OR eHealth OR emental health OR e mental health) OR (digital NO (health OR medicine OR therapeutic)) OR (health technolog*) OR ((online OR web OR internet) NO training)) OR DE (("computer delivered" OR "internet delivered" OR "media delivered" OR "smartphone delivered" OR "app delivered" OR "online delivered" OR "phone delivered" OR "web delivered") NO intervention*) OR (("computer based" OR "internet based" OR "media based" OR "smartphone based" OR "app based" OR "online based" OR "phone based" OR "web based") NO intervention*) OR ((computer OR internet OR media OR smartphone OR app OR online OR phone OR web OR digital) NO intervention*) OR (("computer delivered" OR "internet delivered" OR "media delivered" OR "smartphone delivered" OR "app delivered" OR

"online delivered" OR "phone delivered" OR "web delivered") N0 therap*) OR (("computer based" OR "internet based" OR "media based" OR "smartphone based" OR "app based" OR "online based" OR "phone based" OR "web based") N0 therap*) OR ((computer OR internet OR media OR smartphone OR app OR online OR phone OR web) N0 therap*) OR (computertherap* OR internettherap* OR mediatherap* OR smartphonetherap* OR apptherap* OR onlinetherap* OR phonetherap* OR webtherap*) OR (("computer delivered" OR "internet delivered" OR "media delivered" OR "smartphone delivered" OR "app delivered" OR "online delivered" OR "phone delivered" OR "web delivered") N0 treatment) OR (("computer based" OR "internet based" OR "media based" OR "smartphone based" OR "app based" OR "online based" OR "phone based" OR "web based") N0 treatment) OR ((computer OR internet OR media OR smartphone OR app OR online OR phone OR web) N0 treatment) OR (computertreatment OR internettreatment OR mediatreatment OR smartphonetreatment OR apptreatment OR onlinetreatment OR phonetreatment OR webtreatment) OR ((medical OR psychotherapeutic OR therapy OR health OR medical informatics) N0 app*) OR (mobile-health OR m-Health OR mHealth OR e-Health OR eHealth OR emental health OR e mental health) OR (digital N0 (health OR medicine OR therapeutic)) OR (health technolog*) OR ((online OR web OR internet) N0 training))

TI ((selfdirected OR self-directed OR selfguided OR self-guided OR unguided)) OR AB ((selfdirected OR self-directed OR selfguided OR self-guided OR unguided)) DE (selfdirected OR self-directed OR selfguided OR self-guided OR unguided))

TI ((computerized cognitive drill OR Listserv OR remote delivered OR remotedelivered OR virtual reality OR computer assisted cognitive remediation OR computerassisted cognitive remediation OR peer support OR peersupport OR medication reminder OR medicationreminder OR cognitive training OR avatar therapy OR lifestyle)) OR AB ((computerized cognitive drill OR Listserv OR remote delivered OR remotedelivered OR virtual reality OR computer assisted cognitive remediation OR computerassisted cognitive remediation OR peer support OR peersupport OR medication reminder OR medicationreminder OR cognitive training OR avatar therapy OR lifestyle)) OR DE ((computerized cognitive drill OR Listserv OR remote delivered OR remotedelivered OR virtual reality OR computer assisted cognitive remediation OR computerassisted cognitive remediation OR peer support OR peersupport OR medication reminder OR medicationreminder OR cognitive training OR avatar therapy OR lifestyle))

S2 AND S3

S5 NOT S4

S1 AND S6

(AG childhood OR Neonatal OR Infancy OR Preschool OR School Age OR Adolescence) OR (DE "Neonatal Development" OR DE "Infant Development" OR DE "Early Childhood Development" OR DE "Childhood Development" OR DE "Child Psychiatry" OR DE "Orthopsychiatry" OR DE "Child Psychopathology" OR DE "Child Psychology" OR DE "Child Psychotherapy" OR DE "Pediatrics" OR DE "Juvenile Delinquency" OR DE "Adolescent Behavior" OR DE "Adolescent Development" OR DE "Adolescent Psychiatry" OR DE "Adolescent Psychopathology" OR DE "Adolescent Psychology" OR DE "Adolescent Psychotherapy" OR DE "Nursery Schools" OR DE "Nursery School Students" OR DE "Kindergartens" OR DE "Kindergarten Students" OR DE "Child Day Care" OR DE "Child Care" OR DE "Preschool Education" OR DE "Preschool Students" OR DE "Preschool Teachers" OR DE "Elementary Education" OR DE "Elementary Schools" OR DE "Elementary School Students" OR DE "Elementary School Teachers" OR DE "Primary School Students" OR DE "Public School Education" OR DE "Middle Schools" OR DE "Middle School Education" OR DE "Middle School Students" OR DE "Middle School Teachers" OR DE "Junior High Schools" OR DE "Junior High School Students" OR DE "Junior High School Teachers" OR DE "Secondary Education" OR DE "High Schools" OR DE "High School Students" OR DE "High School Education" OR DE "High School Teachers" OR DE "Junior College Students" OR DE "College Students" OR DE "Colleges" OR DE "Higher Education" OR DE "Graduate Education" OR DE "Graduate Schools" OR DE "Undergraduate Education" OR DE "Vocational Education" OR DE "Vocational School Students" OR DE "Vocational Education Teachers" OR DE "Students") OR (TI ((preterm* OR prematur* OR postmatur* OR perinat* OR postnat* OR neonat* OR newborn* OR newborn OR infan* OR baby* OR babies OR toddler* OR preschool* OR child* OR pediat* OR paediat* OR kid OR kids OR prepubescen* OR prepuberty* OR puberty OR pubescen* OR teen* OR young* OR youth* OR minors* OR under-ag* OR underag* OR juvenile* OR girl* OR boy* OR preadolesc* OR adolesc* OR nursery OR prekindergarten OR kindergarten* OR early-childhood education OR preschool* OR elementary-education OR elementary-school* OR primary-education OR primary-school* OR K-12* OR K12 OR 1st-grade* OR first-grade* OR grade 1 OR grade-one OR 2nd-grade* OR second-grade* OR grade 2 OR grade-two OR 3rd-grade* OR third-grade* OR grade-3 OR grade-three OR 4th-grade* OR fourth-grade* OR grade-4 OR grade-four OR

5th-grade* OR fifth-grade* OR grade-5 OR grade-five OR 6th-grade* OR sixth-grade* OR grade-6 OR grade-six OR intermediate-general OR middle-school* OR secondary-education OR secondary-school* OR 7th-grade* OR seventh-grade* OR grade-7 OR grade-seven OR 8th-grade* OR eight-grade* OR grade-8 OR grade-eight OR 9th-grade* OR ninth-grade* OR grade-9 OR grade-nine OR 10th-grade* OR tenth-grade* OR grade-10 OR grade-ten OR 11th-grade* OR eleventh-grade* OR grade 11 OR grade eleven OR 12th-grade* OR twelfth-grade* OR grade 12 OR grade twelve OR junior high* OR highschool* OR high school* OR preuniversity OR pre-university OR college* OR undergrad* OR tertiary education OR tertiary school* OR postsecondary education OR postsecondary school* OR universit* OR prevocational OR vocational OR classroom* OR curricul* OR education* OR learner* OR lesson* OR pupil* OR school* OR student* OR teacher*)) OR AB ((preterm* OR prematur* OR postmatur* OR perinat* OR postnat* OR neonat* OR newborn* OR newborn OR infan* OR baby* OR babies OR toddler* OR preschool* OR child* OR pediat* OR paediat* OR kid OR kids OR prepubescen* OR prepuberty* OR puberty OR pubescen* OR teen* OR young* OR youth* OR minors* OR under-ag* OR underag* OR juvenile* OR girl* OR boy* OR preadolesc* OR adolesc* OR nursery OR prekindergarten OR kindergarten* OR early-childhood education OR preschool* OR elementary-education OR elementary-school* OR primary-education OR primary-school* OR K-12* OR K12 OR 1st-grade* OR first-grade* OR grade 1 OR grade-one OR 2nd-grade* OR second-grade* OR grade 2 OR grade-two OR 3rd-grade* OR third-grade* OR grade-3 OR grade-three OR 4th-grade* OR fourth-grade* OR grade-4 OR grade-four OR 5th-grade* OR fifth-grade* OR grade-5 OR grade-five OR 6th-grade* OR sixth-grade* OR grade-6 OR grade-six OR intermediate-general OR middle-school* OR secondary-education OR secondary-school* OR 7th-grade* OR seventh-grade* OR grade-7 OR grade-seven OR 8th-grade* OR eight-grade* OR grade-8 OR grade-eight OR 9th-grade* OR ninth-grade* OR grade-9 OR grade-nine OR 10th-grade* OR tenth-grade* OR grade-10 OR grade-ten OR 11th-grade* OR eleventh-grade* OR grade 11 OR grade eleven OR 12th-grade* OR twelfth-grade* OR grade 12 OR grade twelve OR junior high* OR highschool* OR high school* OR preuniversity OR pre-university OR college* OR undergrad* OR tertiary education OR tertiary school* OR postsecondary education OR postsecondary school* OR universit* OR prevocational OR vocational OR classroom* OR curricul* OR education* OR learner* OR lesson* OR pupil* OR school* OR student* OR teacher*)))

S7 NOT S8 (mit Jahresfilter 01.01.-2015-01.05.2023)

Web of Science

TS=(((Somati?ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NEAR/0 Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NEAR/0 personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NEAR/0 depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NEAR/0 behavio?r*) OR (paranoi* OR Psychos?s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NEAR/0 depression*) OR ("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NEAR/0 disorder*))

TS=(((("computer delivered" OR "internet delivered" OR "media delivered" OR "smartphone delivered" OR "app delivered" OR "online delivered" OR "phone delivered" OR "web delivered") NEAR/0 intervention*) OR (("computer based" OR "internet based" OR "media based" OR "smartphone based" OR "app based" OR "online based" OR "phone based" OR "web based") NEAR/0 intervention*) OR ((computer OR internet OR media OR smartphone OR app OR online OR phone OR web OR digital) NEAR/0 intervention*) OR (("computer delivered" OR "internet delivered" OR "media delivered" OR "smartphone delivered" OR "app delivered" OR "online delivered" OR "phone delivered" OR "web delivered") NEAR/0 therap*) OR (("computer based" OR "internet based" OR "media based" OR "smartphone based" OR "app based" OR "online based" OR "phone based" OR "web based") NEAR/0 therap*) OR ((computer OR internet OR media OR smartphone OR app OR online OR phone OR web) NEAR/0 therap*) OR (computerttherap* OR internettherap* OR mediatherap* OR smartphonetherap* OR apptherap* OR onlinetherap* OR phonetherap* OR webtherap*) OR (("computer delivered" OR "internet delivered" OR "media delivered" OR "smartphone delivered" OR "app delivered" OR "online delivered" OR "phone delivered" OR "web delivered") NEAR/0 treatment) OR (("computer based" OR "internet based" OR "media based" OR "smartphone based" OR "app based" OR "online based" OR "phone based" OR "web based") NEAR/0 treatment) OR ((computer OR internet OR media OR smartphone OR app OR online OR phone OR web) NEAR/0 treatment) OR (computertreatment OR internettreatment OR mediatreatment OR smartphonetreatment OR apptreatment OR onlinetreatment OR phonetreatment OR webtreatment) OR ((medical OR psychotherapeutic OR therapy OR health OR "medical informatics") NEAR/0 app*) OR (mobile-health OR m-Health OR mHealth OR e-Health OR eHealth OR emental health OR e mental health) OR (digital

NEAR/0 (health OR medicine OR therapeutic) OR (health technolog*) OR ((online OR web OR internet) NEAR/0 training))
TS=(selfdirected OR self-directed OR selfguided OR self-guided OR unguided)
TS=(computerized cognitive drill OR Listserv OR remote delivered OR remotedelivered OR virtual reality OR computer assisted cognitive remediation OR computerassisted cognitive remediation OR peer support OR peersupport OR medication reminder OR medicationreminder OR cognitive training OR avatar therapy OR lifestyle)
#2 AND #3
#5 NOT #4
#1 AND #6
TS=("preterm*" OR "prematu*" OR "postmatu*" OR "perinat*" OR "postnat*" OR "neonat*" OR "newborn*" OR "new-born" OR "infan*" OR "baby*" OR "babies" OR "toddler*" OR "child*" OR "pediat*" OR "paediat*" OR "kid" OR "kids" OR "prepubescen*" OR "prepuberty*" OR "teen*" OR "young*" OR "youth*" OR "minors*" OR "under ag*" OR "underag*" OR "juvenile*" OR "girl*" OR "boy*" OR "preadolesc*" OR "adolesc*" OR "nursery" OR "kindergarten*" OR "early childhood education" OR "preschool*" OR "elementary education" OR "primary education" OR "K-12*" OR "K12" OR "secondary education" OR "junior high*" OR "highschool*" OR "college*" OR "undergrad*" OR "tertiary education" OR "postsecondary education" OR "universit*" OR "student*" OR "school*" OR "classroom*")
#7 NOT #8
#9 2015-01-01 to 2023-05-01
Bibnet/Psyndex (Suche über Livivo)
FS=(Somatisierungsstörung OR Somatoforme Störung OR Dissoziative Identitätsstörung OR Multiple Identitätsstörung OR Multiple Persönlichkeit OR Persönlichkeitsspaltung OR behandlungsresistente Depression OR therapieresistente Depression OR chronische Depression OR Persönlichkeitsstörung OR Soziopathische Persönlichkeit OR Soziopathie OR Psychopathische Persönlichkeit OR Psychopathie OR Antisoziale Persönlichkeit OR Antisoziale? Verhalten OR Dissoziale? Verhalten OR Zwanghafte Persönlichkeit OR Passiv abhängige Persönlichkeit OR abhängige Persönlichkeitsstörung OR Hysterische Persönlichkeit OR Passiv aggressive Persönlichkeit OR Schizoide Persönlichkeit OR Psychotisch affektive Störung OR affektive Psychose OR Paranoi OR Psychotische Störung OR Psychotische Störungen OR Psychose OR Schizoaffektive Störung OR Schizophren OR Dementia praecox OR Wahnhafte Störung OR anhaltende wahnhafte Störung OR Chronische Posttraumatische Belastungsstörung OR Double Depression OR Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung OR Komplexe PTBS OR Chronische PTBS) <i>(Verknüpfung mit AND und „open Search“)</i>
FS=(medizinische App OR psychotherapeutische App OR Therapie App OR Gesundheits App OR Medizinische Informatik App OR medizinische Applikation OR psychotherapeutische Applikation OR Therapie Applikation OR Gesundheits Applikation OR Medizinische Informatik Applikation OR Therapieapp OR Gesundheitsapp OR Therapieapplikation OR Gesundheitsapplikation OR digitale Gesundheit OR digitale Medizin OR digitale Therapie OR digitale Gesundheitsanwendung OR Gesundheitstechnologie OR elektronische Gesundheit OR Online Training OR Onlinetraining OR Web Training OR Webtraining OR Internettraining OR Internet training) <i>(Verknüpfung mit AND und „open Search“, Verkürzter Suchstring aufgrund der Fehlermeldung der Datenbank bei längeren Suchstrings)</i>
2015-2023 <i>(Verknüpfung mit AND und „Year“)</i>

Quellen: (Leclercq et al. 2013; Ket et al. 2019)

Tabelle 55: Syntax Suchstrategie Schlüsselfragen 3+5

Schlüsselfragen 3 +5 - ambulant und stationär abgestimmte Versorgung + ambulante koordinierte Versorgung
PubMed
"Somatoform Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Dissociative Identity Disorder"[MeSH Terms] OR "depressive disorder, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Antisocial Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Borderline Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Compulsive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Dependent Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Histrionic Personality Disorder"[MeSH Terms:noexp] OR "Paranoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Passive-Aggressive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizotypal Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "affective disorders, psychotic"[MeSH Terms] OR "Paranoid Disorders"[MeSH Terms] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Schizophrenia"[MeSH Terms:noexp] OR "schizophrenia, catatonic"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, disorganized"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, paranoid"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms]
"somatisation disorder*"[Title/Abstract] OR "somatization disorder*"[Title/Abstract] OR "somatoform disorder*"[Title/Abstract] OR "dissociative identity disorder*"[Title/Abstract] OR "multiple personalit*"[Title/Abstract] OR "dual personalit*"[Title/Abstract] OR "refractory depressi*"[Title/Abstract] OR "therapy resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "treatment resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "sociopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "psychopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial behavior*"[Title/Abstract] OR "antisocial behaviour*"[Title/Abstract] OR "compulsive personalit*"[Title/Abstract] OR "passive dependent personalit*"[Title/Abstract] OR "hysterical personalit*"[Title/Abstract] OR "passive aggressive personalit*"[Title/Abstract] OR "schizoid personalit*"[Title/Abstract] OR "psychotic affective disorder*"[Title/Abstract] OR "psychotic mood disorder*"[Title/Abstract] OR "paranoi*"[Title/Abstract] OR "psychotic disorder*"[Title/Abstract] OR "Psychosis"[Title/Abstract] OR "Psychoses"[Title/Abstract] OR "schizoaffective disorder*"[Title/Abstract] OR "schizophren*"[Title/Abstract] OR "dementia praecox"[Title/Abstract] OR "delusional disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract]
"double depression*"[Title/Abstract] OR "complex posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "complex post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract]
"somatisation disorder*"[Title/Abstract] OR "somatization disorder*"[Title/Abstract] OR "somatoform disorder*"[Title/Abstract] OR "dissociative identity disorder*"[Title/Abstract] OR "multiple personalit*"[Title/Abstract] OR "dual personalit*"[Title/Abstract] OR "refractory depressi*"[Title/Abstract] OR "therapy resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "treatment resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "sociopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "psychopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial behavior*"[Title/Abstract] OR "antisocial behaviour*"[Title/Abstract] OR "compulsive personalit*"[Title/Abstract] OR "passive dependent personalit*"[Title/Abstract] OR "hysterical personalit*"[Title/Abstract] OR "passive aggressive personalit*"[Title/Abstract] OR "schizoid personalit*"[Title/Abstract] OR "psychotic affective disorder*"[Title/Abstract] OR "psychotic mood disorder*"[Title/Abstract] OR "paranoi*"[Title/Abstract] OR "psychotic disorder*"[Title/Abstract] OR "Psychosis"[Title/Abstract] OR "Psychoses"[Title/Abstract] OR "schizoaffective disorder*"[Title/Abstract] OR "schizophren*"[Title/Abstract] OR "dementia praecox"[Title/Abstract] OR "delusional disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "double depression*"[Title/Abstract] OR "complex posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "complex post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract]
"Somatoform Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Dissociative Identity Disorder"[MeSH Terms] OR "depressive disorder, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Antisocial Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Borderline Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Compulsive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Dependent Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Histrionic Personality Disorder"[MeSH Terms:noexp] OR "Paranoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Passive-Aggressive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR

"Schizotypal Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "affective disorders, psychotic"[MeSH Terms] OR "Paranoid Disorders"[MeSH Terms] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Schizophrenia"[MeSH Terms:noexp] OR "schizophrenia, catatonic"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, disorganized"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, paranoid"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR "somatisation disorder*"[Title/Abstract] OR "somatization disorder*"[Title/Abstract] OR "somatoform disorder*"[Title/Abstract] OR "dissociative identity disorder*"[Title/Abstract] OR "multiple personalit*"[Title/Abstract] OR "dual personalit*"[Title/Abstract] OR "refractory depressi*"[Title/Abstract] OR "therapy resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "treatment resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "sociopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "psychopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial behavior*"[Title/Abstract] OR "antisocial behaviour*"[Title/Abstract] OR "compulsive personalit*"[Title/Abstract] OR "passive dependent personalit*"[Title/Abstract] OR "hysterical personalit*"[Title/Abstract] OR "passive aggressive personalit*"[Title/Abstract] OR "schizoid personalit*"[Title/Abstract] OR "psychotic affective disorder*"[Title/Abstract] OR "psychotic mood disorder*"[Title/Abstract] OR "paranoi*"[Title/Abstract] OR "psychotic disorder*"[Title/Abstract] OR "Psychosis"[Title/Abstract] OR "Psychoses"[Title/Abstract] OR "schizoaffective disorder*"[Title/Abstract] OR "schizophren*"[Title/Abstract] OR "dementia praecox"[Title/Abstract] OR "delusional disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "double depression*"[Title/Abstract] OR "complex posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "complex post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract]

"Psychosocial Intervention"[Mesh] OR "Psychosocial Support Systems"[Mesh] OR "Health Facility Merger"[Mesh] OR "Case Managers"[Mesh] OR "Patient Handoff"[Mesh] OR "Intersectoral Collaboration"[Mesh] OR "Organizational Affiliation"[Mesh] OR "Independent Practice Associations"[Mesh] OR "Interinstitutional Relations"[Mesh] OR "Case Management"[Mesh] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh:NoExp] OR "Disease Management"[Mesh:NoExp] OR "Patient Care Team"[Mesh:NoExp] OR "Interprofessional Relations"[Mesh:NoExp] OR "Interdisciplinary Communication"[Mesh] OR "Community Psychiatry"[Mesh:NoExp] OR "Multi-Institutional Systems"[Mesh:NoExp]

"psychosocial intervention*"[Title/Abstract] OR "social support system*"[Title/Abstract] OR "psychosocial support*"[Title/Abstract] OR "psychological support system*"[Title/Abstract] OR "case manag*"[Title/Abstract] OR "patient handoff*"[Title/Abstract] OR "patient hand over*"[Title/Abstract] OR "patient hand off*"[Title/Abstract] OR "patient handover*"[Title/Abstract] OR "nursing handoff*"[Title/Abstract] OR "nursing handover*"[Title/Abstract] OR "nursing hand off*"[Title/Abstract] OR "nursing hand over*"[Title/Abstract] OR "clinical hand over*"[Title/Abstract] OR "clinical handover*"[Title/Abstract] OR "intersectoral"[Title/Abstract] OR "inter-sectoral"[Title/Abstract] OR "multiinstitutional system*"[Title/Abstract] OR "multihospital system*"[Title/Abstract] OR "multi institutional system*"[Title/Abstract] OR "multi hospital system*"[Title/Abstract] OR "organizational affiliation*"[Title/Abstract] OR "independent practice association*"[Title/Abstract] OR "individual practice association*"[Title/Abstract] OR "interagency relation*"[Title/Abstract] OR "disease manag*"[Title/Abstract] OR "patient care team*"[Title/Abstract] OR "medical care team*"[Title/Abstract] OR "healthcare team*"[Title/Abstract] OR "cross disciplinary communication*"[Title/Abstract] OR "community psychiatry"[Title/Abstract] OR "social psychiatry"[Title/Abstract] OR "transfer agreement*"[Title/Abstract]

"care manag*"[Title/Abstract] OR "care coordinat*"[Title/Abstract] OR "collaborative treatment"[Title/Abstract] OR "collaborative care"[Title/Abstract] OR "complex intervention"[Title/Abstract] OR "coordinated treatment"[Title/Abstract] OR "coordinated treatment"[Title/Abstract] OR "coordinated care"[Title/Abstract] OR "coordinated care"[Title/Abstract] OR "coordinated specialty care"[Title/Abstract] OR "cross-sectoral"[Title/Abstract] OR "crosssectoral"[Title/Abstract] OR "interdisciplin*"[Title/Abstract] OR "inter disciplin*"[Title/Abstract] OR "interinstitutional"[Title/Abstract] OR "inter-institutional"[Title/Abstract] OR "Interprofessional"[Title/Abstract] OR "Inter-professional"[Title/Abstract] OR "joint working"[Title/Abstract] OR "managed care"[Title/Abstract] OR "multicomponent*"[Title/Abstract] OR "multi component*"[Title/Abstract] OR "multidisciplin*"[Title/Abstract] OR "multi disciplin*"[Title/Abstract] OR "multifacet*"[Title/Abstract] OR "multi facet*"[Title/Abstract] OR "multiintervention*"[Title/Abstract] OR "multi intervention*"[Title/Abstract] OR "multiple intervention*"[Title/Abstract] OR "multiprofessional"[Title/Abstract] OR "multi-professional"[Title/Abstract] OR "organisational intervention*"[Title/Abstract] OR "organizational intervention*"[Title/Abstract] OR "patient care manag*"[Title/Abstract] OR "patient care plan*"[Title/Abstract] OR "psychosocial treatment*"[Title/Abstract] OR "sectoral barrier*"[Title/Abstract] OR "sector border*"[Title/Abstract] OR

"sector boundar*"[Title/Abstract] OR "sector barrier*"[Title/Abstract] OR "sectoral border*"[Title/Abstract] OR "sectoral boundar*"[Title/Abstract] OR "shared treatment"[Title/Abstract] OR "shared care"[Title/Abstract] OR "teambased"[Title/Abstract] OR "team-based"[Title/Abstract] OR "transdisciplin*"[Title/Abstract] OR "trans-disciplin*"[Title/Abstract] OR "transsectoral"[Title/Abstract] OR "trans-sectoral"[Title/Abstract]
#7 OR #8
#6 OR #9
#5 AND #10
"infan*"[All Fields] OR "newborn*"[All Fields] OR "new born*"[All Fields] OR "perinat*"[All Fields] OR "neonat*"[All Fields] OR ("infant, newborn"[MeSH Terms] OR ("infant"[All Fields] AND "newborn"[All Fields]) OR "newborn infant"[All Fields] OR "baby"[All Fields] OR "infant"[MeSH Terms] OR "infant"[All Fields] OR "baby*"[All Fields] OR ("baby s"[All Fields] OR "babys"[All Fields] OR "infant"[MeSH Terms] OR "infant"[All Fields] OR "babies"[All Fields]) OR "toddler*"[All Fields] OR ("minority groups"[MeSH Terms] OR ("minority"[All Fields] AND "groups"[All Fields]) OR "minority groups"[All Fields] OR "minorities"[All Fields] OR "minority"[All Fields] OR "minority s"[All Fields] OR "minors"[MeSH Terms] OR "minors"[All Fields] OR "minor"[All Fields] OR "minors*"[All Fields] OR ("men"[MeSH Terms] OR "men"[All Fields] OR "boy"[All Fields]) OR ("men"[MeSH Terms] OR "men"[All Fields] OR "boys"[All Fields] OR ("boyfriend"[All Fields] OR "boyfriend s"[All Fields] OR "boyfriends"[All Fields]) OR "boyhood"[All Fields] OR "girl*"[All Fields] OR "kid"[All Fields] OR "kids"[All Fields] OR ("child"[MeSH Terms] OR "child"[All Fields] OR "children"[All Fields] OR "child s"[All Fields] OR "children s"[All Fields] OR "childrens"[All Fields] OR "childs"[All Fields]) OR "child*"[All Fields] OR "children*"[All Fields] OR "schoolchild*"[All Fields] OR "schoolchild"[All Fields] OR "school child"[Title/Abstract] OR "school child*"[Title/Abstract] OR "adolescen*"[All Fields] OR "juvenil*"[All Fields] OR "youth*"[All Fields] OR "teen*"[All Fields] OR "under age*"[All Fields] OR "pubescen*"[All Fields] OR "pediatrics"[MeSH Terms] OR "pediatric*"[All Fields] OR "paediatric*"[All Fields] OR "peadiatric*"[All Fields] OR "school"[Title/Abstract] OR "school*"[Title/Abstract] OR "prematu*"[All Fields] OR "preterm*"[All Fields]
#11 NOT #12
((("systematic*"[Title] AND "review"[Title]) OR "systematic overview*"[Title] OR "cochrane review*"[Title] OR "systemic review*"[Title] OR "scoping review"[Title] OR "scoping literature review"[Title] OR "mapping review"[Title] OR "umbrella review*"[Title] OR ("review of reviews"[Title] OR "overview of reviews"[Title]) OR "meta-review"[Title] OR ("integrative review"[Title] OR "integrated review"[Title] OR "integrative overview"[Title] OR "meta-synthesis"[Title] OR "metasynthesis"[Title] OR "quantitative review"[Title] OR "quantitative synthesis"[Title] OR "research synthesis"[Title] OR "meta-ethnography"[Title]) OR "systematic literature search"[Title] OR "systematic literature research"[Title] OR "meta-analyses"[Title] OR "metaanalyses"[Title] OR "metaanalysis"[Title] OR "meta-analysis"[Title] OR "meta analytic review"[Title] OR "meta analytical review"[Title] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR ("search*"[Title/Abstract] OR "medline"[Title/Abstract] OR "pubmed"[Title/Abstract] OR "embase"[Title/Abstract] OR "Cochrane"[Title/Abstract] OR "scopus"[Title/Abstract] OR "web of science"[Title/Abstract] OR "sources of information"[Title/Abstract] OR "data sources"[Title/Abstract] OR "following databases"[Title/Abstract]) AND ("study selection"[Title/Abstract] OR "selection criteria"[Title/Abstract] OR "eligibility criteria"[Title/Abstract] OR "inclusion criteria"[Title/Abstract] OR "exclusion criteria"[Title/Abstract])) OR "systematic review"[Publication Type]) NOT ("letter"[Publication Type] OR "editorial"[Publication Type] OR "comment"[Publication Type] OR "case reports"[Publication Type] OR "historical article"[Publication Type] OR "report"[Title] OR "protocol"[Title] OR "protocols"[Title] OR "withdrawn"[Title] OR "retraction of publication"[Publication Type] OR "retraction of publication as topic"[MeSH Terms] OR "retracted publication"[Publication Type] OR "reply"[Title] OR "published erratum"[Publication Type])
#13 AND #14
2015/01/01:2022/12/31[Date - Publication]
#15 AND #16
Cochrane
[mh ^"Somatoform Disorders"] OR [mh "Dissociative Identity Disorder"] OR [mh "Depressive Disorder, Treatment-Resistant"] OR [mh ^"Personality Disorders"] OR [mh "Antisocial Personality Disorder"] OR [mh "Borderline Personality Disorder"] OR [mh "Compulsive Personality Disorder"] OR [mh "Dependent Personality Disorder"] OR [mh ^"Histrionic Personality Disorder"] OR [mh "Paranoid Personality Disorder"] OR [mh "Passive-Aggressive Personality Disorder"] OR [mh "Schizoid Personality Disorder"] OR [mh "Schizotypal Personality Disorder"] OR [mh "Affective Disorders, Psychotic"] OR [mh "Paranoid Disorders"] OR [mh ^"Psychotic Disorders"] OR [mh ^"Schizophrenia"] OR [mh "Schizophrenia, Catatonic"] OR [mh

"Schizophrenia, Disorganized"] OR [mh "Schizophrenia, Paranoid"] OR [mh "Schizophrenia, Treatment-Resistant"] OR [mh "Stress Disorders, Post-Traumatic"]
((Somatization OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NEXT Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NEXT personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NEXT depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NEXT behavior*) OR (paranoi* OR Psychos#s OR schizophren* OR "dementia praecox")):ti,ab,kw OR ((double NEXT depression*) OR ("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NEXT disorder*)):ti,ab,kw
#1 OR #2
[mh "Psychosocial Intervention"] OR [mh "Psychosocial Support Systems"] OR [mh "Health Facility Merger"] OR [mh "Case Managers"] OR [mh "Patient Handoff"] OR [mh "Intersectoral Collaboration"] OR [mh "Organizational Affiliation"] OR [mh "Independent Practice Associations"] OR [mh "Interinstitutional Relations"] OR [mh "Case Management"] OR [mh "Delivery of Health Care, Integrated"] OR [mh "Disease Management"] OR [mh "Patient Care Team"] OR [mh "Interprofessional Relations"] OR [mh "Interdisciplinary Communication"] OR [mh "Community Psychiatry"] OR [mh "Multi-Institutional Systems"]
((care NEXT (manag* OR coordinat*)) OR (collaborative NEXT (treatment OR care)) OR ((complex OR psychosocial) NEXT intervention) OR ((coordinated OR co-ordinated) NEXT (treatment OR care)) OR coordinated-specialty-care OR cross-sectoral OR crosssectoral OR interdisciplin* OR inter-disciplin* OR interinstitutional OR inter-institutional OR Interprofessional OR Inter-professional OR joint-working OR managed-care OR multicomponent* OR multi-component* OR multidisciplin* OR multi-disciplin* OR multifacet* OR multi-facet* OR multiintervention* OR ((organizational OR multi OR multiple) NEXT intervention*) OR multiprofessional OR multi-professional OR (patient-care NEXT (manag* OR plan*)) OR psychosocial-treatment* OR ((sectoral OR sector) NEXT (border* OR boundar* OR barrier*)) OR (shared NEXT (treatment OR care)) OR teambased OR team-based OR transdisciplin* OR trans-disciplin* OR transsectoral OR trans-sectoral OR (Social-support NEXT system*) OR (psychosocial NEXT support*) OR (case NEXT manag*) OR ((patient OR nursing) NEXT (handoff* OR hand-over* OR hand-off* OR handover*)) OR (clinical NEXT (hand-over* OR handover*)) OR (intersectoral OR inter-sectoral OR ((multiinstitutional OR multihospital OR multi-institutional OR multi-hospital OR psychological-support) NEXT system*) OR (organizational NEXT affiliation*) OR ((independent-practice OR individual-practice) NEXT association*) OR (interagency NEXT relation*) OR (disease NEXT manag*) OR ((patient-care OR medical-care OR healthcare) NEXT team*) OR (cross-disciplinary NEXT communication*) OR ((community OR social) NEXT psychiatry) OR (transfer NEXT agreement*)):ti,ab,kw
#4 OR #5
#3 AND #6
(infan* or child* or adolescen* or pediatric* or paediatric* or pube* or juvenil* or school* or newborn* or "new born*" or "neo nat*" or neonat* or premature* or postmature* or "pre-mature*" or "post-mature*" or preterm* or "pre term*" or baby or babies or toddler* or youngster* or preschool* or kindergart* or kid or kids or playgroup* or "play-group*" or playschool* or prepube* or preadolescen* or "junior high*" or highschool* or "senior high" or "young people*" or minors):ti,ab,kw
#7 NOT #8 with Cochrane Library publication date Between Jan 2022 and Aug 2022
PsycInfo
(TI (((Somatization OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NO Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NO personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NO depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NO behavior*) OR (paranoi* OR Psychos#s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NO depression*) OR ("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NO disorder*)) OR AB (((Somatization OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NO Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NO personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NO depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NO behavior*) OR (paranoi* OR

Psychos#s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NO depression*) OR ("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NO disorder*))) OR (DE "Somatoform Disorders" OR DE "Dissociative Identity Disorder" OR DE "Treatment Resistant Depression" OR DE "Personality Disorders" OR DE "Antisocial Personality Disorder" OR DE "Borderline Personality Disorder" OR DE "Obsessive Compulsive Personality Disorder" OR DE "Dependent Personality Disorder" OR DE "Histrionic Personality Disorder" OR DE "Paranoid Personality Disorder" OR DE "Passive Aggressive Personality Disorder" OR DE "Schizoid Personality Disorder" OR DE "Schizotypal Personality Disorder" OR DE "Affective Psychosis" OR DE "Paranoia (Psychosis)" OR DE "Acute Psychosis" OR DE "Schizophrenia" OR DE "Catatonic Schizophrenia" OR DE "Schizophrenia (Disorganized Type)" OR DE "Paranoid Schizophrenia" OR DE "Posttraumatic Stress Disorder" OR DE "Complex PTSD" OR DE "DESNOS")

(DE "Social Support" OR DE "Integrated Services" OR DE "Mergers and Acquisitions" OR DE "Coalition Formation" OR DE "Communities of Practice" OR DE "Case Management" OR DE "Discharge Planning" OR DE "Disease Management" OR DE "Patient Centered Care" OR DE "Interdisciplinary Treatment Approach" OR DE "Interdisciplinary Research" OR DE "Community Psychiatry") OR (TI ((((care NO (manag* OR coordinat*)) OR (collaborative NO (treatment OR care)) OR ((complex OR psychosocial) NO intervention) OR ((coordinated OR co-ordinated) NO (treatment OR care)) OR coordinated-specialty-care OR cross-sectoral OR crosssectoral OR interdisciplin* OR inter-disciplin* OR interinstitutional OR inter-institutional OR Interprofessional OR Inter-professional OR joint-working OR managed-care OR multicomponent* OR multi-component* OR multidisciplin* OR multi-disciplin* OR multifacet* OR multi-facet* OR multiintervention* OR ((organi?ational OR multi OR multiple) NO intervention*) OR multiprofessional OR multi-professional OR (patient-care NO (manag* OR plan*)) OR psychosocial-treatment* OR ((sectoral OR sector) NO (border* OR boundar* OR barrier*)) OR (shared NO (treatment OR care)) OR teambased OR team-based OR transdisciplin* OR trans-disciplin* OR transsectoral OR trans-sectoral OR (Social-support NO system*) OR (psychosocial NO support*) OR (case NO manag*) OR ((patient OR nursing) NO (handoff* OR hand-over* OR hand-off* OR handover*)) OR (clinical NO (hand-over* OR handover*))) OR (intersectoral OR inter-sectoral OR ((multiinstitutional OR multihospital OR multi-institutional OR multi-hospital OR psychological-support) NO system*) OR (organizational NO affiliation*) OR ((independent-practice OR individual-practice) NO association*) OR (interagency NO relation*) OR (disease NO manag*) OR ((patient-care OR medical-care OR healthcare) NO team*) OR (cross-disciplinary NO communication*) OR ((community OR social) NO psychiatry) OR (transfer NO agreement*))) OR AB ((((care NO (manag* OR coordinat*)) OR (collaborative NO (treatment OR care)) OR ((complex OR psychosocial) NO intervention) OR ((coordinated OR co-ordinated) NO (treatment OR care)) OR coordinated-specialty-care OR cross-sectoral OR crosssectoral OR interdisciplin* OR inter-disciplin* OR interinstitutional OR inter-institutional OR Interprofessional OR Inter-professional OR joint-working OR managed-care OR multicomponent* OR multi-component* OR multidisciplin* OR multi-disciplin* OR multifacet* OR multi-facet* OR multiintervention* OR ((organi?ational OR multi OR multiple) NO intervention*) OR multiprofessional OR multi-professional OR (patient-care NO (manag* OR plan*)) OR psychosocial-treatment* OR ((sectoral OR sector) NO (border* OR boundar* OR barrier*)) OR (shared NO (treatment OR care)) OR teambased OR team-based OR transdisciplin* OR trans-disciplin* OR transsectoral OR trans-sectoral OR (Social-support NO system*) OR (psychosocial NO support*) OR (case NO manag*) OR ((patient OR nursing) NO (handoff* OR hand-over* OR hand-off* OR handover*)) OR (clinical NO (hand-over* OR handover*))) OR (intersectoral OR inter-sectoral OR ((multiinstitutional OR multihospital OR multi-institutional OR multi-hospital OR psychological-support) NO system*) OR (organizational NO affiliation*) OR ((independent-practice OR individual-practice) NO association*) OR (interagency NO relation*) OR (disease NO manag*) OR ((patient-care OR medical-care OR healthcare) NO team*) OR (cross-disciplinary NO communication*) OR ((community OR social) NO psychiatry) OR (transfer NO agreement*))))

S1 AND S2

(AG childhood OR Neonatal OR Infancy OR Preschool OR School Age OR Adolescence) OR (DE "Neonatal Development" OR DE "Infant Development" OR DE "Early Childhood Development" OR DE "Childhood Development" OR DE "Child Psychiatry" OR DE "Orthopsychiatry" OR DE "Child Psychopathology" OR DE "Child Psychology" OR DE "Child Psychotherapy" OR DE "Pediatrics" OR DE "Juvenile Delinquency" OR DE "Adolescent Behavior" OR DE "Adolescent Development" OR DE "Adolescent Psychiatry" OR DE "Adolescent Psychopathology" OR DE "Adolescent Psychology" OR DE "Adolescent Psychotherapy" OR DE "Nursery Schools" OR DE "Nursery School Students" OR DE "Kindergartens" OR DE "Kindergarten Students" OR DE "Child Day Care" OR DE "Child Care" OR DE "Preschool Education" OR DE "Preschool Students" OR DE "Preschool Teachers" OR DE "Elementary Education" OR DE "Elementary Schools" OR DE "Elementary School Students" OR DE "Elementary School Teachers" OR DE "Primary School Students" OR DE "Public School Education" OR DE "Middle Schools" OR DE "Middle School Education" OR DE "Middle School Students" OR

DE "Middle School Teachers" OR DE "Junior High Schools" OR DE "Junior High School Students" OR DE "Junior High School Teachers" OR DE "Secondary Education" OR DE "High Schools" OR DE "High School Students" OR DE "High School Education" OR DE "High School Teachers" OR DE "Junior College Students" OR DE "College Students" OR DE "Colleges" OR DE "Higher Education" OR DE "Graduate Education" OR DE "Graduate Schools" OR DE "Undergraduate Education" OR DE "Vocational Education" OR DE "Vocational School Students" OR DE "Vocational Education Teachers" OR DE "Students") OR (TI ((preterm* OR prematur* OR postmatur* OR perinat* OR postnat* OR neonat* OR newborn* OR newborn OR infan* OR baby* OR babies OR toddler* OR preschool* OR child* OR pediat* OR paediat* OR kid OR kids OR prepubescen* OR prepuberty* OR puberty OR pubescen* OR teen* OR young* OR youth* OR minors* OR under-ag* OR underag* OR juvenile* OR girl* OR boy* OR preadolesc* OR adolesc* OR nursery OR prekindergarten OR kindergarten* OR early-childhood education OR preschool* OR elementary-education OR elementary-school* OR primary-education OR primary-school* OR K-12* OR K12 OR 1st-grade* OR first-grade* OR grade 1 OR grade-one OR 2nd-grade* OR second-grade* OR grade 2 OR grade-two OR 3rd-grade* OR third-grade* OR grade-3 OR grade-three OR 4th-grade* OR fourth-grade* OR grade-4 OR grade-four OR 5th-grade* OR fifth-grade* OR grade-5 OR grade-five OR 6th-grade* OR sixth-grade* OR grade-6 OR grade-six OR intermediate-general OR middle-school* OR secondary-education OR secondary-school* OR 7th-grade* OR seventh-grade* OR grade-7 OR grade-seven OR 8th-grade* OR eight-grade* OR grade-8 OR grade-eight OR 9th-grade* OR ninth-grade* OR grade-9 OR grade-nine OR 10th-grade* OR tenth-grade* OR grade-10 OR grade-ten OR 11th-grade* OR eleventh-grade* OR grade 11 OR grade eleven OR 12th-grade* OR twelfth-grade* OR grade 12 OR grade twelve OR junior high* OR highschool* OR high school* OR preuniversity OR pre-university OR college* OR undergrad* OR tertiary education OR tertiary school* OR postsecondary education OR postsecondary school* OR universit* OR prevocational OR vocational OR classroom* OR curricul* OR education* OR learner* OR lesson* OR pupil* OR school* OR student* OR teacher*)) OR AB ((preterm* OR prematur* OR postmatur* OR perinat* OR postnat* OR neonat* OR newborn* OR newborn OR infan* OR baby* OR babies OR toddler* OR preschool* OR child* OR pediat* OR paediat* OR kid OR kids OR prepubescen* OR prepuberty* OR puberty OR pubescen* OR teen* OR young* OR youth* OR minors* OR under-ag* OR underag* OR juvenile* OR girl* OR boy* OR preadolesc* OR adolesc* OR nursery OR prekindergarten OR kindergarten* OR early-childhood education OR preschool* OR elementary-education OR elementary-school* OR primary-education OR primary-school* OR K-12* OR K12 OR 1st-grade* OR first-grade* OR grade 1 OR grade-one OR 2nd-grade* OR second-grade* OR grade 2 OR grade-two OR 3rd-grade* OR third-grade* OR grade-3 OR grade-three OR 4th-grade* OR fourth-grade* OR grade-4 OR grade-four OR 5th-grade* OR fifth-grade* OR grade-5 OR grade-five OR 6th-grade* OR sixth-grade* OR grade-6 OR grade-six OR intermediate-general OR middle-school* OR secondary-education OR secondary-school* OR 7th-grade* OR seventh-grade* OR grade-7 OR grade-seven OR 8th-grade* OR eight-grade* OR grade-8 OR grade-eight OR 9th-grade* OR ninth-grade* OR grade-9 OR grade-nine OR 10th-grade* OR tenth-grade* OR grade-10 OR grade-ten OR 11th-grade* OR eleventh-grade* OR grade 11 OR grade eleven OR 12th-grade* OR twelfth-grade* OR grade 12 OR grade twelve OR junior high* OR highschool* OR high school* OR preuniversity OR pre-university OR college* OR undergrad* OR tertiary education OR tertiary school* OR postsecondary education OR postsecondary school* OR universit* OR prevocational OR vocational OR classroom* OR curricul* OR education* OR learner* OR lesson* OR pupil* OR school* OR student* OR teacher*))

S3 NOT S4

((DE "Meta Analysis") OR (DE "Systematic Review") OR (MR systematic review OR MR meta-analysis) OR (((TI systematic* OR AB systematic*) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR ((TI methodologic* OR AB methodologic*) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR (((TI quantitative OR AB quantitative) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR (TI synthes* OR AB synthes*)) OR ((TI research OR AB research) N3 ((TI integrati* OR AB integrati*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR (((TI integrative OR AB integrative) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR ((TI collaborative OR AB collaborative) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR ((TI pool* OR AB pool*) N3 (TI analy* OR AB analy*)) OR ((TI "data synthes*" OR AB "data synthes*") OR (TI "data extraction*" OR AB "data extraction*") OR (TI "data abstraction*" OR AB "data abstraction*")) OR ((TI handsearch* OR AB handsearch*) OR (TI "hand search*" OR AB "hand search*")) OR ((TI "mantel haenszel" OR AB "mantel haenszel") OR (TI peto OR AB peto) OR (TI "der simonian" OR AB "der simonian") OR (TI dersimonian OR AB dersimonian) OR (TI "fixed effect*" OR AB "fixed effect*") OR (TI "latin square*" OR AB "latin square*")) OR ((TI "met analy*" OR AB "met analy*") OR (TI metanaly* OR AB metanaly*) OR (TI "technology assessment*" OR AB "technology assessment*") OR (TI HTA OR AB HTA) OR (TI HTAs OR AB HTAs) OR (TI "technology overview*" OR AB "technology overview*"))

OR (TI "technology appraisal*" OR AB "technology appraisal*")) OR ((TI "meta regression*" OR AB "meta regression*") OR (TI metaregression* OR AB metaregression*)) OR ((TI medline OR AB medline) OR (TI cochrane OR AB cochrane) OR (TI pubmed OR AB pubmed) OR (TI medlars OR AB medlars) OR (TI embase OR AB embase) OR (TI cinahl OR AB cinahl) OR ((TI comparative OR AB comparative) N3 ((TI efficacy OR AB efficacy) OR (TI effectiveness OR AB effectiveness))) OR ((TI "Endpunkte research" OR AB "Endpunkte research") OR (TI "relative effectiveness" OR AB "relative effectiveness")) OR (((TI indirect OR AB indirect) OR (TI "indirect treatment" OR AB "indirect treatment")) OR (TI mixed-treatment OR AB mixed-treatment) OR (TI bayesian OR AB bayesian)) N3 (TI comparison* OR AB comparison*) OR ((TI multi* OR AB multi*) N3 (TI treatment OR AB treatment) N3 (TI comparison* OR AB comparison*)) OR ((TI mixed OR AB mixed) N3 (TI treatment OR AB treatment) N3 ((TI meta-analy* OR AB meta-analy*) OR (TI metaanaly* OR AB metaanaly*))) OR (TI "umbrella review*" OR AB "umbrella review*") OR ((TI multi* OR AB multi*) N2 (TI paramet* OR AB paramet*) N2 (TI evidence OR AB evidence) N2 (TI synthesis OR AB synthesis)) OR ((TI multiparamet* OR AB multiparamet*) N2 (TI evidence OR AB evidence) N2 (TI synthesis OR AB synthesis)) OR ((TI multi-paramet* OR AB multi-paramet*) N2 (TI evidence OR AB evidence) N2 (TI synthesis OR AB synthesis))
S5 AND S6
S5 AND S6 (Jahreslimit 01.01.2015-31-08-2022)
Web of Science
TS=(((Somati?ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NEAR/0 Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NEAR/0 personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NEAR/0 depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NEAR/0 behavio?r*) OR (paranoi* OR Psychos?s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NEAR/0 depression*) OR ("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NEAR/0 disorder*))
TS=(((care NEAR/0 (manag* OR coordinat*) OR (collaborative NEAR/0 (treatment OR care)) OR ((complex OR psychosocial) NEAR/0 intervention) OR ((coordinated OR co-ordinated) NEAR/0 (treatment OR care)) OR coordinated-specialty-care OR cross-sectoral OR crosssectoral OR interdisciplin* OR inter-disciplin* OR interinstitutional OR inter-institutional OR Interprofessional OR Inter-professional OR joint-working OR managed-care OR multicomponent* OR multi-component* OR multidisciplin* OR multi-disciplin* OR multifacet* OR multi-facet* OR multiintervention* OR ((organi?ational OR multi OR multiple) NEAR/0 intervention*) OR multiprofessional OR multi-professional OR (patient-care NEAR/0 (manag* OR plan*)) OR psychosocial-treatment* OR ((sectoral OR sector) NEAR/0 (border* OR boundar* OR barrier*)) OR (shared NEAR/0 (treatment OR care)) OR teambased OR team-based OR transdisciplin* OR trans-disciplin* OR transectoral OR trans-sectoral OR (Social-support NEAR/0 system*) OR (psychosocial NEAR/0 support*) OR (case NEAR/0 manag*) OR ((patient OR nursing) NEAR/0 (handoff* OR hand-over* OR hand-off* OR handover*)) OR (clinical NEAR/0 (hand-over* OR handover*))) OR (intersectoral OR inter-sectoral OR ((multiinstitutional OR multihospital OR multi-institutional OR multi-hospital OR psychological-support) NEAR/0 system*) OR (organizational NEAR/0 affiliation*) OR ((independent-practice OR individual-practice) NEAR/0 association*) OR (interagency NEAR/0 relation*) OR (disease NEAR/0 manag*) OR ((patient-care OR medical-care OR healthcare) NEAR/0 team*) OR (cross-disciplinary NEAR/0 communication*) OR ((community OR social) NEAR/0 psychiatry) OR (transfer NEAR/0 agreement*))))
#1 AND #2
TS=("preterm*" OR "prematu*" OR "postmatu*" OR "perinat*" OR "postnat*" OR "neonat*" OR "newborn*" OR "new-born" OR "infan*" OR "baby*" OR "babies" OR "toddler*" OR "child*" OR "pediat*" OR "paediat*" OR "kid" OR "kids" OR "prepubescen*" OR "prepuberty*" OR "teen*" OR "young*" OR "youth*" OR "minors*" OR "under ag*" OR "underag*" OR "juvenile*" OR "girl*" OR "boy*" OR "preadolesc*" OR "adolesc*" OR "nursery" OR "kindergarten*" OR "early childhood education" OR "preschool*" OR "elementary education" OR "primary education" OR "K-12*" OR "K12" OR "secondary education" OR "junior high*" OR "highschool*" OR "college*" OR "undergrad*" OR "tertiary education" OR "postsecondary education" OR "universit*" OR "student*" OR "school*" OR "classroom*")
#3 NOT #4
(((TI=(systematic* AND review)) OR TI=(Systematic-overview*)) OR TI=((Cochrane OR systemic OR scoping OR scoping-literature OR mapping OR Umbrella OR quative OR meta-analytical OR meta-analytic) NEAR/0 review*)) OR TI=(review-of-reviews OR overview-of-reviews OR meta-review)) OR TI=((integrative OR integrated) NEAR/0 (overview OR review)) OR TI=(meta-synthesis OR metasynthesis)

OR TI=((quantitative OR research) NEAR/0 synthesis)) OR TI=(meta-ethnography)) OR TI=(Systematic-literature NEAR/0 (search OR research))) OR TI=(meta-analyses OR metaanalyses OR metaanalysis OR meta-analysis) OR (TI=(search* OR medline OR pubmed OR embase OR Cochrane OR scopus OR web-of-science OR sources-of-information OR data-sources OR following-databases)) OR (AB=(search* OR medline OR pubmed OR embase OR Cochrane OR scopus OR web-of-science OR sources-of-information OR data-sources OR following-databases)) AND (TI=(study-selection OR selection-criteria OR eligibility-criteria OR inclusion-criteria OR exclusion-criteria)) OR (AB=(study-selection OR selection-criteria OR eligibility-criteria OR inclusion-criteria OR exclusion-criteria))) OR DT=(Review)) NOT (DT=(Letter OR Editorial Material OR Retracted Publication OR Withdrawn Publication OR Article))

#6 AND #5

#6 AND #5 Timespan: 2015-01-01 to 2022-08-31

Quellen: (CADTH Search Filters Database 2022; Ket et al. 2019; Leclercq et al. 2013; Salvador-Oliván et al. 2021)

Tabelle 56: Syntax Suchstrategie Schlüsselfrage 4

Schlüsselfrage 4 - „besondere Wohnformen“ unter einem Dach
PubMed
"Somatoform Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Dissociative Identity Disorder"[MeSH Terms] OR "depressive disorder, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Antisocial Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Borderline Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Compulsive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Dependent Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Histrionic Personality Disorder"[MeSH Terms:noexp] OR "Paranoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Passive-Aggressive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizotypal Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "affective disorders, psychotic"[MeSH Terms] OR "Paranoid Disorders"[MeSH Terms] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Schizophrenia"[MeSH Terms:noexp] OR "schizophrenia, catatonic"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, disorganized"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, paranoid"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms]
"somatisation disorder*"[Title/Abstract] OR "somatization disorder*"[Title/Abstract] OR "somatoform disorder*"[Title/Abstract] OR "dissociative identity disorder*"[Title/Abstract] OR "multiple personalit*"[Title/Abstract] OR "dual personalit*"[Title/Abstract] OR "refractory depressi*"[Title/Abstract] OR "therapy resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "treatment resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "sociopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "psychopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial behavior*"[Title/Abstract] OR "antisocial behaviour*"[Title/Abstract] OR "compulsive personalit*"[Title/Abstract] OR "passive dependent personalit*"[Title/Abstract] OR "hysterical personalit*"[Title/Abstract] OR "passive aggressive personalit*"[Title/Abstract] OR "schizoid personalit*"[Title/Abstract] OR "psychotic affective disorder*"[Title/Abstract] OR "psychotic mood disorder*"[Title/Abstract] OR "paranoi*"[Title/Abstract] OR "psychotic disorder*"[Title/Abstract] OR "Psychosis"[Title/Abstract] OR "Psychoses"[Title/Abstract] OR "schizoaffective disorder*"[Title/Abstract] OR "schizophren*"[Title/Abstract] OR "dementia praecox"[Title/Abstract] OR "delusional disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract]
"double depression*"[Title/Abstract] OR "complex posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "complex post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract]
#2 OR #3
#1 OR #4
((("Residential Treatment"[Mesh]) OR "Institutionalization"[Mesh:NoExp]) OR "Halfway Houses"[Mesh]) OR "Group Homes"[Mesh]) OR "Assisted Living Facilities"[Mesh]
((("residential treatment*"[Title/Abstract]) OR ("institutionalis*"[Title/Abstract])) OR ("halfway house*"[Title/Abstract])) OR ("group home*"[Title/Abstract])
"supportive housing"[Title/Abstract] OR "sheltered housing"[Title/Abstract] OR "supported accommodation*"[Title/Abstract] OR "residential care*"[Title/Abstract] OR "supported housing"[Title/Abstract] OR "assisted living"[Title/Abstract] OR "residential home"[Title/Abstract] OR "supervised communit*"[Title/Abstract] OR "residential group"[Title/Abstract] OR "therapeutic communit*"[Title/Abstract] OR "Soteria"[Title/Abstract]
#7 OR #8
#6 OR #9
#5 AND #10
Infan* OR newborn* OR new-born* OR perinat* OR neonat* OR baby OR baby* OR babies OR toddler* OR minors OR minors* OR boy OR boys OR boyfriend OR boyhood OR girl* OR kid OR kids OR child OR child* OR children* OR schoolchild* OR schoolchild OR school child[tiab] OR school child*[tiab] OR adolescen* OR juvenil* OR youth* OR teen* OR under*age* OR pubescen* OR pediatrics[mh] OR pediatric* OR paediatric* OR peadiatric* OR school [tiab] OR school*[tiab] OR prematur* OR preterm*
#11 NOT #12
"germany"[Title/Abstract] OR "german"[Title/Abstract] OR "gkv"[Title/Abstract] OR "deutschland"[Title/Abstract] OR "deutsch"[Title/Abstract] OR "berlin"[Title/Abstract] OR "hamburg"[Title/Abstract] OR "munchen"[Title/Abstract] OR "muenchen"[Title/Abstract] OR "munich"[Title/Abstract] OR "koln"[Title/Abstract] OR "koeln"[Title/Abstract] OR "cologne"[Title/Abstract] OR "frankfurt"[Title/Abstract] OR "stuttgart"[Title/Abstract] OR "dusseldorf"[Title/Abstract] OR

"duesseldorf"[Title/Abstract] OR "dortmund"[Title/Abstract] OR "essen"[Title/Abstract] OR "bremen"[Title/Abstract] OR "dresden"[Title/Abstract] OR "leipzig"[Title/Abstract] OR "hannover"[Title/Abstract] OR "nurnberg"[Title/Abstract] OR "nuernberg"[Title/Abstract] OR "Aachen"[Title/Abstract] OR "augzburg"[Title/Abstract] OR "bamberg"[Title/Abstract] OR "bayreuth"[Title/Abstract] OR "bochum"[Title/Abstract] OR "braunschweig"[Title/Abstract] OR "chemnitz"[Title/Abstract] OR "clausthal"[Title/Abstract] OR "cottbus"[Title/Abstract] OR "darmstadt"[Title/Abstract] OR "detmold"[Title/Abstract] OR "Eichstatt"[Title/Abstract] OR "Ingolstadt"[Title/Abstract] OR "Erfurt"[Title/Abstract] OR "Erlangen"[Title/Abstract] OR "flensburg"[Title/Abstract] OR "freiberg"[Title/Abstract] OR "freiburg"[Title/Abstract] OR "friedrichshafen"[Title/Abstract] OR "fulda"[Title/Abstract] OR "Giessen"[Title/Abstract] OR "Giessen"[Title/Abstract] OR "Greifswald"[Title/Abstract] OR "Gottingen"[Title/Abstract] OR "Goettingen"[Title/Abstract] OR "Hagen"[Title/Abstract] OR "Halle"[Title/Abstract] OR "heidelberg"[Title/Abstract] OR "Hildesheim"[Title/Abstract] OR "Ilmenau"[Title/Abstract] OR "Jena"[Title/Abstract] OR "Kaiserslautern"[Title/Abstract] OR "Karlsruhe"[Title/Abstract] OR "Kassel"[Title/Abstract] OR "Kiel"[Title/Abstract] OR "Koblenz"[Title/Abstract] OR "Konstanz"[Title/Abstract] OR "Luebeck"[Title/Abstract] OR "Ludwigsburg"[Title/Abstract] OR "Lubeck"[Title/Abstract] OR "Lueneburg"[Title/Abstract] OR "Luneburg"[Title/Abstract] OR "Mainz"[Title/Abstract] OR "Marburg"[Title/Abstract] OR "Munster"[Title/Abstract] OR "muenster"[Title/Abstract] OR "oldenburg"[Title/Abstract] OR "osnabrueck"[Title/Abstract] OR "osnabruck"[Title/Abstract] OR "paderborn"[Title/Abstract] OR "passau"[Title/Abstract] OR "potsdam"[Title/Abstract] OR "regensburg"[Title/Abstract] OR "rostock"[Title/Abstract] OR "saar"[Title/Abstract] OR "Augustin"[Title/Abstract] OR "Schwabisch"[Title/Abstract] OR "Gmund"[Title/Abstract] OR "schwaebisch"[Title/Abstract] OR "gmuend"[Title/Abstract] OR "siegen"[Title/Abstract] OR "speyer"[Title/Abstract] OR "trier"[Title/Abstract] OR "trossingen"[Title/Abstract] OR "tuebingen"[Title/Abstract] OR "Tubingen"[Title/Abstract] OR "ulm"[Title/Abstract] OR "vallendar"[Title/Abstract] OR "vechta"[Title/Abstract] OR "weimar"[Title/Abstract] OR "weingarten"[Title/Abstract] OR "Witten"[Title/Abstract] OR "wuppertal"[Title/Abstract] OR "wuerzburg"[Title/Abstract] OR "Wurzburg"[Title/Abstract] OR "zittau"[Title/Abstract] OR "duisburg"[Title/Abstract] OR "bonn"[Title/Abstract] OR "bielefeld"[Title/Abstract] OR "mannheim"[Title/Abstract] OR "north rhine westphalia"[Title/Abstract] OR "nrw"[Title/Abstract] OR "nordrhein westfalen"[Title/Abstract] OR "rhine ruhr"[Title/Abstract] OR "rhein"[Title/Abstract] OR "ruhr"[Title/Abstract] OR "schleswig holstein"[Title/Abstract] OR "mecklenburg vorpommern"[Title/Abstract] OR "mecklenburg-western pomerania"[Title/Abstract] OR "brandenburg"[Title/Abstract] OR "sachsen"[Title/Abstract] OR "saxony"[Title/Abstract] OR "saxony anhalt"[Title/Abstract] OR "sachsen anhalt"[Title/Abstract] OR "thuringia"[Title/Abstract] OR "thuringen"[Title/Abstract] OR "thueringen"[Title/Abstract] OR "niedersachsen"[Title/Abstract] OR "lower saxony"[Title/Abstract] OR "hesse"[Title/Abstract] OR "hessia"[Title/Abstract] OR "hessen"[Title/Abstract] OR "rhineland palatinate"[Title/Abstract] OR "rheinland"[Title/Abstract] OR "pfalz"[Title/Abstract] OR "saarland"[Title/Abstract] OR "baden"[Title/Abstract] OR "wurttemberg"[Title/Abstract] OR "wuerttemberg"[Title/Abstract] OR "bavaria"[Title/Abstract] OR "bayern"[Title/Abstract]

"germany"[Affiliation] OR "german"[Affiliation] OR "gkv"[Affiliation] OR "deutschland"[Affiliation] OR "deutsch"[Affiliation] OR "berlin"[Affiliation] OR "hamburg"[Affiliation] OR "munchen"[Affiliation] OR "muenchen"[Affiliation] OR "munich"[Affiliation] OR "koln"[Affiliation] OR "koeln"[Affiliation] OR "cologne"[Affiliation] OR "frankfurt"[Affiliation] OR "stuttgart"[Affiliation] OR "dusseldorf"[Affiliation] OR "duesseldorf"[Affiliation] OR "dortmund"[Affiliation] OR "essen"[Affiliation] OR "bremen"[Affiliation] OR "dresden"[Affiliation] OR "leipzig"[Affiliation] OR "hannover"[Affiliation] OR "nurnberg"[Affiliation] OR "nuernberg"[Affiliation] OR "Aachen"[Affiliation] OR "augzburg"[Affiliation] OR "bamberg"[Affiliation] OR "bayreuth"[Affiliation] OR "benediktbeuern"[Affiliation] OR "bochum"[Affiliation] OR "braunschweig"[Affiliation] OR "chemnitz"[Affiliation] OR "clausthal"[Affiliation] OR "cottbus"[Affiliation] OR "darmstadt"[Affiliation] OR "detmold"[Affiliation] OR "Eichstatt"[Affiliation] OR "Eichstaett"[Affiliation] OR "Ingolstadt"[Affiliation] OR "Erfurt"[Affiliation] OR "Erlangen"[Affiliation] OR "flensburg"[Affiliation] OR "freiberg"[Affiliation] OR "freiburg"[Affiliation] OR "friedrichshafen"[Affiliation] OR "fulda"[Affiliation] OR "Giessen"[Affiliation] OR "Giessen"[Affiliation] OR "Greifswald"[Affiliation] OR "Gottingen"[Affiliation] OR "Goettingen"[Affiliation] OR "Hagen"[Affiliation] OR "Halle"[Affiliation] OR "heidelberg"[Affiliation] OR "Hildesheim"[Affiliation] OR "Ilmenau"[Affiliation] OR "Jena"[Affiliation] OR "Kaiserslautern"[Affiliation] OR "Karlsruhe"[Affiliation] OR "Kassel"[Affiliation] OR "Kiel"[Affiliation] OR "Koblenz"[Affiliation] OR "Konstanz"[Affiliation] OR "Luebeck"[Affiliation] OR "Ludwigsburg"[Affiliation] OR "Lubeck"[Affiliation] OR

"Lueneburg"[Affiliation] OR "Luneburg"[Affiliation] OR "Mainz"[Affiliation] OR "Marburg"[Affiliation] OR "Munster"[Affiliation] OR "muenster"[Affiliation] OR "neuendettelsau"[Affiliation] OR "oestrich-winkel"[Affiliation] OR "oldenburg"[Affiliation] OR "osnabrueck"[Affiliation] OR "osnabruck"[Affiliation] OR "paderborn"[Affiliation] OR "passau"[Affiliation] OR "potsdam"[Affiliation] OR "regensburg"[Affiliation] OR "rostock"[Affiliation] OR "saar"[Affiliation] OR "Augustin"[Affiliation] OR "Schwabisch"[Affiliation] OR "Gmund"[Affiliation] OR "schwaebisch"[Affiliation] OR "gmuend"[Affiliation] OR "siegen"[Affiliation] OR "speyer"[Affiliation] OR "trier"[Affiliation] OR "tuebingen"[Affiliation] OR "Tubingen"[Affiliation] OR "ulm"[Affiliation] OR "vallendar"[Affiliation] OR "vechta"[Affiliation] OR "weimar"[Affiliation] OR "weingarten"[Affiliation] OR "Witten"[Affiliation] OR "wuppertal"[Affiliation] OR "wuerzburg"[Affiliation] OR "Wurzburg"[Affiliation] OR "zittau"[Affiliation] OR "duisburg"[Affiliation] OR "bonn"[Affiliation] OR "bielefeld"[Affiliation] OR "mannheim"[Affiliation] OR "north rhine westphalia"[Affiliation] OR "nrw"[Affiliation] OR "nordrhein westfalen"[Affiliation] OR "rhine ruhr"[Affiliation] OR "rhein"[Affiliation] OR "ruhr"[Affiliation] OR "schleswig holstein"[Affiliation] OR "mecklenburg vorpommern"[Affiliation] OR "mecklenburg-western pomerania"[Affiliation] OR "brandenburg"[Affiliation] OR "sachsen"[Affiliation] OR "saxony"[Affiliation] OR "saxony anhalt"[Affiliation] OR "sachsen anhalt"[Affiliation] OR "thuringia"[Affiliation] OR "thuringen"[Affiliation] OR "thueringen"[Affiliation] OR "niedersachsen"[Affiliation] OR "lower saxony"[Affiliation] OR "hesse"[Affiliation] OR "hessia"[Affiliation] OR "hessen"[Affiliation] OR "rhineland palatinate"[Affiliation] OR "rheinland"[Affiliation] OR "pfalz"[Affiliation] OR "saarland"[Affiliation] OR "baden"[Affiliation] OR "wurttemberg"[Affiliation] OR "wuerttemberg"[Affiliation] OR "bavaria"[Affiliation] OR "bayern"[Affiliation]
#14 OR #15
#13 AND #16
("2015"[Date - Publication] : "2022"[Date - Publication])
(#13 AND #16) AND ("2015"[Date - Publication] : "2022"[Date - Publication])
Cochrane
[mh ^"Somatoform Disorders"] OR [mh "Dissociative Identity Disorder"] OR [mh "Depressive Disorder, Treatment-Resistant"] OR [mh ^"Personality Disorders"] OR [mh "Antisocial Personality Disorder"] OR [mh "Borderline Personality Disorder"] OR [mh "Compulsive Personality Disorder"] OR [mh "Dependent Personality Disorder"] OR [mh ^"Histrionic Personality Disorder"] OR [mh "Paranoid Personality Disorder"] OR [mh "Passive-Aggressive Personality Disorder"] OR [mh "Schizoid Personality Disorder"] OR [mh "Schizotypal Personality Disorder"] OR [mh "Affective Disorders, Psychotic"] OR [mh "Paranoid Disorders"] OR [mh ^"Psychotic Disorders"] OR [mh ^"Schizophrenia"] OR [mh "Schizophrenia, Catatonic"] OR [mh "Schizophrenia, Disorganized"] OR [mh "Schizophrenia, Paranoid"] OR [mh "Schizophrenia, Treatment-Resistant"] OR [mh "Stress Disorders, Post-Traumatic"]
((Somatization OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NEXT Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NEXT personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NEXT depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NEXT behavior*) OR (paranoi* OR Psychosis OR schizophren* OR "dementia praecox"):ti,ab,kw OR ((double NEXT depression*) OR ("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NEXT disorder*):ti,ab,kw
#1 OR #2
[mh "Residential Treatment"] OR [mh ^"Institutionalization"] OR [mh "Halfway Houses"] OR [mh "Group Homes"] OR [mh "Assisted Living Facilities"]
((residential NEXT treatment*) OR institutionalis* OR (halfway NEXT house*) OR (group NEXT home*)):ti,ab,kw
((supportive OR supported) NEXT housing) OR "sheltered housing" OR (supported NEXT accommodation*) OR (residential NEXT care*) OR "assisted living" OR "residential home" OR (supervised NEXT communit*) OR "residential group" OR (therapeutic NEXT communit*) OR Soteria):ti,ab,kw
{OR #4-#6}
#3 AND #7
(infan* or child* or adolescen* or pediatric* or paediatric* or pube* or juvenil* or school* or newborn* or "new born*" or "neo nat*" or neonat* or premature* or postmature* or "pre-mature*" or "post-mature*" or preterm* or "pre term*" or baby or babies or toddler* or youngster* or preschool* or kindergart* or kid or kids or playgroup* or "play-group*" or playschool* or prepube* or preadolescenc* or "junior high*" or highschool* or "senior high" or "young people*" or minors):ti,ab,kw

#8 NOT #9
(germany OR german OR gkv OR deutschland OR deutsch OR berlin OR hamburg OR munchen OR muenchen OR munich OR koln OR koeln OR cologne OR frankfurt OR stuttgart OR dusseldorf OR duesseldorf OR dortmund OR essen OR bremen OR dresden OR leipzig OR hannover OR nurnberg OR nuernberg OR Aachen OR augsburg OR bamberg OR bayreuth OR bochum OR braunschweig OR chemnitz OR clausthal OR cottbus OR darmstadt OR detmold OR Eichstatt OR Ingolstadt OR Erfurt OR Erlangen OR flensburg OR freiberg OR freiburg OR friedrichshafen OR fulda OR Giessen OR Greifswald OR Gottingen OR Goettingen OR Hagen OR Halle OR heidelberg OR Hildesheim OR Ilmenau OR Jena OR Kaiserslautern OR Karlsruhe OR Kassel OR Kiel OR Koblenz OR Konstanz OR Luebeck OR Ludwigsburg OR Lubeck OR Lueneburg OR Luneburg OR Mainz OR Marburg OR Munster OR muenster OR oldenburg OR osnabrueck OR osnabruck OR paderborn OR passau OR potsdam OR regensburg OR rostock OR saar OR Augustin OR Schwabisch OR Gmund OR schwaebisch OR gmuend OR siegen OR speyer OR trier OR trossingen OR tuebingen OR Tubingen OR ulm OR vallendar OR vechta OR weimar OR weingarten OR Witten OR wuppertal OR wuerzburg OR Wurzburg OR zittau OR duisburg OR bonn OR bielefeld OR mannheim OR north-rhine-westphalia OR nrw OR nordrhein-westfalen OR rhine-ruhr OR rhein OR ruhr OR schleswig holstein OR mecklenburg-vorpommern OR mecklenburg-western-pomerania OR brandenburg OR sachsen OR saxony OR saxony-anhalt OR sachsen-anhalt OR thuringia OR thuringen OR thuringen OR niedersachsen OR lower-saxony OR hesse OR hessia OR hessen OR rhineland-palatinate OR rheinland OR pfalz OR saarland OR baden OR wurtemberg OR wuerttemberg OR bavaria OR bayern):ti,ab,kw
#10 AND #11
#12 with Cochrane Library publication date Between Jan 2015 and Aug 2022
PsycInfo
(TI ((((Somati#ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffektive OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NO Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NO personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NO depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NO behavio#r*) OR (paranoi* OR Psychos#s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NO depression*) OR ("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NO disorder*))) OR AB ((((Somati#ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffektive OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NO Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NO personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NO depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NO behavio#r*) OR (paranoi* OR Psychos#s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NO depression*) OR ("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NO disorder*)))) OR (DE "Somatoform Disorders" OR DE "Dissociative Identity Disorder" OR DE "Treatment Resistant Depression" OR DE "Personality Disorders" OR DE "Antisocial Personality Disorder" OR DE "Borderline Personality Disorder" OR DE "Obsessive Compulsive Personality Disorder" OR DE "Dependent Personality Disorder" OR DE "Histrionic Personality Disorder" OR DE "Paranoid Personality Disorder" OR DE "Passive Aggressive Personality Disorder" OR DE "Schizoid Personality Disorder" OR DE "Schizotypal Personality Disorder" OR DE "Affective Psychosis" OR DE "Paranoia (Psychosis)" OR DE "Acute Psychosis" OR DE "Schizophrenia" OR DE "Catatonic Schizophrenia" OR DE "Schizophrenia (Disorganized Type)" OR DE "Paranoid Schizophrenia" OR DE "Posttraumatic Stress Disorder" OR DE "Complex PTSD" OR DE "DESNOS")
DE "Therapeutic Community" OR DE "Institutionalization" OR DE "Halfway Houses" OR DE "Group Homes" OR DE "Assisted Living" OR DE "Shelters"
TI (((supportive OR supported) NO housing) OR "sheltered housing" OR (supported NO accommodation*) OR (residential NO care*) OR "assisted living" OR "residential home" OR (supervised NO communit*) OR "residential group" OR (therapeutic NO communit*) OR Soteria OR (residential NO treatment*) OR institutionalis* OR (halfway NO house*) OR (group NO home*)) OR AB (((supportive OR supported) NO housing) OR "sheltered housing" OR (supported NO accommodation*) OR (residential NO care*) OR "assisted living" OR "residential home" OR (supervised NO communit*) OR "residential group" OR (therapeutic NO communit*) OR Soteria OR (residential NO treatment*) OR institutionalis* OR (halfway NO house*) OR (group NO home*))
S2 OR S3
S1 AND S4

(AG childhood OR Neonatal OR Infancy OR Preschool OR School Age OR Adolescence) OR (DE "Neonatal Development" OR DE "Infant Development" OR DE "Early Childhood Development" OR DE "Childhood Development" OR DE "Child Psychiatry" OR DE "Orthopsychiatry" OR DE "Child Psychopathology" OR DE "Child Psychology" OR DE "Child Psychotherapy" OR DE "Pediatrics" OR DE "Juvenile Delinquency" OR DE "Adolescent Behavior" OR DE "Adolescent Development" OR DE "Adolescent Psychiatry" OR DE "Adolescent Psychopathology" OR DE "Adolescent Psychology" OR DE "Adolescent Psychotherapy" OR DE "Nursery Schools" OR DE "Nursery School Students" OR DE "Kindergartens" OR DE "Kindergarten Students" OR DE "Child Day Care" OR DE "Child Care" OR DE "Preschool Education" OR DE "Preschool Students" OR DE "Preschool Teachers" OR DE "Elementary Education" OR DE "Elementary Schools" OR DE "Elementary School Students" OR DE "Elementary School Teachers" OR DE "Primary School Students" OR DE "Public School Education" OR DE "Middle Schools" OR DE "Middle School Education" OR DE "Middle School Students" OR DE "Middle School Teachers" OR DE "Junior High Schools" OR DE "Junior High School Students" OR DE "Junior High School Teachers" OR DE "Secondary Education" OR DE "High Schools" OR DE "High School Students" OR DE "High School Education" OR DE "High School Teachers" OR DE "Junior College Students" OR DE "College Students" OR DE "Colleges" OR DE "Higher Education" OR DE "Graduate Education" OR DE "Graduate Schools" OR DE "Undergraduate Education" OR DE "Vocational Education" OR DE "Vocational School Students" OR DE "Vocational Education Teachers" OR DE "Students") OR (TI ((preterm* OR prematur* OR postmatur* OR perinat* OR postnat* OR neonat* OR newborn* OR newborn OR infan* OR baby* OR babies OR toddler* OR preschool* OR child* OR pediat* OR paediat* OR kid OR kids OR prepubescen* OR prepuberty* OR puberty OR pubescen* OR teen* OR young* OR youth* OR minors* OR under-ag* OR underag* OR juvenile* OR girl* OR boy* OR preadolesc* OR adolesc* OR nursery OR prekindergarten OR kindergarten* OR early-childhood education OR preschool* OR elementary-education OR elementary-school* OR primary-education OR primary-school* OR K-12* OR K12 OR 1st-grade* OR first-grade* OR grade 1 OR grade-one OR 2nd-grade* OR second-grade* OR grade 2 OR grade-two OR 3rd-grade* OR third-grade* OR grade-3 OR grade-three OR 4th-grade* OR fourth-grade* OR grade-4 OR grade-four OR 5th-grade* OR fifth-grade* OR grade-5 OR grade-five OR 6th-grade* OR sixth-grade* OR grade-6 OR grade-six OR intermediate-general OR middle-school* OR secondary-education OR secondary-school* OR 7th-grade* OR seventh-grade* OR grade-7 OR grade-seven OR 8th-grade* OR eight-grade* OR grade-8 OR grade-eight OR 9th-grade* OR ninth-grade* OR grade-9 OR grade-nine OR 10th-grade* OR tenth-grade* OR grade-10 OR grade-ten OR 11th-grade* OR eleventh-grade* OR grade 11 OR grade eleven OR 12th-grade* OR twelfth-grade* OR grade 12 OR grade twelve OR junior high* OR highschool* OR high school* OR preuniversity OR pre-university OR college* OR undergrad* OR tertiary education OR tertiary school* OR postsecondary education OR postsecondary school* OR universit* OR prevocational OR vocational OR classroom* OR curricul* OR education* OR learner* OR lesson* OR pupil* OR school* OR student* OR teacher*)) OR AB ((preterm* OR prematur* OR postmatur* OR perinat* OR postnat* OR neonat* OR newborn* OR newborn OR infan* OR baby* OR babies OR toddler* OR preschool* OR child* OR pediat* OR paediat* OR kid OR kids OR prepubescen* OR prepuberty* OR puberty OR pubescen* OR teen* OR young* OR youth* OR minors* OR under-ag* OR underag* OR juvenile* OR girl* OR boy* OR preadolesc* OR adolesc* OR nursery OR prekindergarten OR kindergarten* OR early-childhood education OR preschool* OR elementary-education OR elementary-school* OR primary-education OR primary-school* OR K-12* OR K12 OR 1st-grade* OR first-grade* OR grade 1 OR grade-one OR 2nd-grade* OR second-grade* OR grade 2 OR grade-two OR 3rd-grade* OR third-grade* OR grade-3 OR grade-three OR 4th-grade* OR fourth-grade* OR grade-4 OR grade-four OR 5th-grade* OR fifth-grade* OR grade-5 OR grade-five OR 6th-grade* OR sixth-grade* OR grade-6 OR grade-six OR intermediate-general OR middle-school* OR secondary-education OR secondary-school* OR 7th-grade* OR seventh-grade* OR grade-7 OR grade-seven OR 8th-grade* OR eight-grade* OR grade-8 OR grade-eight OR 9th-grade* OR ninth-grade* OR grade-9 OR grade-nine OR 10th-grade* OR tenth-grade* OR grade-10 OR grade-ten OR 11th-grade* OR eleventh-grade* OR grade 11 OR grade eleven OR 12th-grade* OR twelfth-grade* OR grade 12 OR grade twelve OR junior high* OR highschool* OR high school* OR preuniversity OR pre-university OR college* OR undergrad* OR tertiary education OR tertiary school* OR postsecondary education OR postsecondary school* OR universit* OR prevocational OR vocational OR classroom* OR curricul* OR education* OR learner* OR lesson* OR pupil* OR school* OR student* OR teacher*))

S5 NOT S6

AF "germany" OR "german" OR "gkv" OR "deutschland" OR "deutsch" OR "berlin" OR "hamburg" OR "munchen" OR "muenchen" OR "munich" OR "koln" OR "koeln" OR "cologne" OR "frankfurt" OR "stuttgart" OR "dusseldorf" OR "duesseldorf" OR "dortmund" OR "essen" OR "bremen" OR "dresden" OR "leipzig" OR "hannover" OR "nurnberg" OR "nuernberg" OR "Aachen" OR "augzburg" OR "bamberg" OR "bayreuth" OR

"benediktbeuern" OR "bochum" OR "braunschweig" OR "chemnitz" OR "clausthal" OR "cottbus" OR "darmstadt" OR "detmold" OR "Eichstatt" OR "Eichstaett" OR "Ingolstadt" OR "Erfurt" OR "Erlangen" OR "flensburg" OR "freiberg" OR "freiburg" OR "friedrichshafen" OR "fulda" OR "Giessen" OR "Giessen" OR "Greifswald" OR "Gottingen" OR "Goettingen" OR "Hagen" OR "Halle" OR "heidelberg" OR "Hildesheim" OR "Ilmenau" OR "Jena" OR "Kaiserslautern" OR "Karlsruhe" OR "Kassel" OR "Kiel" OR "Koblenz" OR "Konstanz" OR "Luebeck" OR "Ludwigsburg" OR "Lubeck" OR "Lueneburg" OR "Luneburg" OR "Mainz" OR "Marburg" OR "Munster" OR "muenster" OR "neuendettelsau" OR "oestrich-winkel" OR "oldenburg" OR "osnabrueck" OR "osnabruck" OR "paderborn" OR "passau" OR "potsdam" OR "regensburg" OR "rostock" OR "saar" OR "Augustin" OR "Schwabisch" OR "Gmund" OR "schwaebisch" OR "gmuend" OR "siegen" OR "speyer" OR "trier" OR "tuebingen" OR "Tubingen" OR "ulm" OR "vallendar" OR "vechta" OR "weimar" OR "weingarten" OR "Witten" OR "wuppertal" OR "wuerzburg" OR "Wurzburg" OR "zittau" OR "duisburg" OR "bonn" OR "bielefeld" OR "mannheim" OR "north rhine westphalia" OR "nrw" OR "nordrhein westfalen" OR "rhine ruhr" OR "rhein" OR "ruhr" OR "schleswig holstein" OR "mecklenburg vorpommern" OR "mecklenburg-western pomerania" OR "brandenburg" OR "sachsen" OR "saxony" OR "saxony anhalt" OR "sachsen anhalt" OR "thuringia" OR "thuringen" OR "thueringen" OR "niedersachsen" OR "lower saxony" OR "hesse" OR "hessia" OR "hessen" OR "rhineland palatinate" OR "rheinland" OR "pfalz" OR "saarland" OR "baden" OR "wurttemberg" OR "wuerttemberg" OR "bavaria" OR "bayern"

TI ("germany" OR "german" OR "gkv" OR "deutschland" OR "deutsch" OR "berlin" OR "hamburg" OR "munchen" OR "muenchen" OR "munich" OR "koln" OR "koeln" OR "cologne" OR "frankfurt" OR "stuttgart" OR "dusseldorf" OR "duesseldorf" OR "dortmund" OR "essen" OR "bremen" OR "dresden" OR "leipzig" OR "hannover" OR "nurnberg" OR "nuernberg" OR "Aachen" OR "augzburg" OR "bamberg" OR "bayreuth" OR "benediktbeuern" OR "bochum" OR "braunschweig" OR "chemnitz" OR "clausthal" OR "cottbus" OR "darmstadt" OR "detmold" OR "Eichstatt" OR "Eichstaett" OR "Ingolstadt" OR "Erfurt" OR "Erlangen" OR "flensburg" OR "freiberg" OR "freiburg" OR "friedrichshafen" OR "fulda" OR "Giessen" OR "Giessen" OR "Greifswald" OR "Gottingen" OR "Goettingen" OR "Hagen" OR "Halle" OR "heidelberg" OR "Hildesheim" OR "Ilmenau" OR "Jena" OR "Kaiserslautern" OR "Karlsruhe" OR "Kassel" OR "Kiel" OR "Koblenz" OR "Konstanz" OR "Luebeck" OR "Ludwigsburg" OR "Lubeck" OR "Lueneburg" OR "Luneburg" OR "Mainz" OR "Marburg" OR "Munster" OR "muenster" OR "neuendettelsau" OR "oestrich-winkel" OR "oldenburg" OR "osnabrueck" OR "osnabruck" OR "paderborn" OR "passau" OR "potsdam" OR "regensburg" OR "rostock" OR "saar" OR "Augustin" OR "Schwabisch" OR "Gmund" OR "schwaebisch" OR "gmuend" OR "siegen" OR "speyer" OR "trier" OR "tuebingen" OR "Tubingen" OR "ulm" OR "vallendar" OR "vechta" OR "weimar" OR "weingarten" OR "Witten" OR "wuppertal" OR "wuerzburg" OR "Wurzburg" OR "zittau" OR "duisburg" OR "bonn" OR "bielefeld" OR "mannheim" OR "north rhine westphalia" OR "nrw" OR "nordrhein westfalen" OR "rhine ruhr" OR "rhein" OR "ruhr" OR "schleswig holstein" OR "mecklenburg vorpommern" OR "mecklenburg-western pomerania" OR "brandenburg" OR "sachsen" OR "saxony" OR "saxony anhalt" OR "sachsen anhalt" OR "thuringia" OR "thuringen" OR "thueringen" OR "niedersachsen" OR "lower saxony" OR "hesse" OR "hessia" OR "hessen" OR "rhineland palatinate" OR "rheinland" OR "pfalz" OR "saarland" OR "baden" OR "wurttemberg" OR "wuerttemberg" OR "bavaria" OR "bayern") OR AB ("germany" OR "german" OR "gkv" OR "deutschland" OR "deutsch" OR "berlin" OR "hamburg" OR "munchen" OR "muenchen" OR "munich" OR "koln" OR "koeln" OR "cologne" OR "frankfurt" OR "stuttgart" OR "dusseldorf" OR "duesseldorf" OR "dortmund" OR "essen" OR "bremen" OR "dresden" OR "leipzig" OR "hannover" OR "nurnberg" OR "nuernberg" OR "Aachen" OR "augzburg" OR "bamberg" OR "bayreuth" OR "benediktbeuern" OR "bochum" OR "braunschweig" OR "chemnitz" OR "clausthal" OR "cottbus" OR "darmstadt" OR "detmold" OR "Eichstatt" OR "Eichstaett" OR "Ingolstadt" OR "Erfurt" OR "Erlangen" OR "flensburg" OR "freiberg" OR "freiburg" OR "friedrichshafen" OR "fulda" OR "Giessen" OR "Giessen" OR "Greifswald" OR "Gottingen" OR "Goettingen" OR "Hagen" OR "Halle" OR "heidelberg" OR "Hildesheim" OR "Ilmenau" OR "Jena" OR "Kaiserslautern" OR "Karlsruhe" OR "Kassel" OR "Kiel" OR "Koblenz" OR "Konstanz" OR "Luebeck" OR "Ludwigsburg" OR "Lubeck" OR "Lueneburg" OR "Luneburg" OR "Mainz" OR "Marburg" OR "Munster" OR "muenster" OR "neuendettelsau" OR "oestrich-winkel" OR "oldenburg" OR "osnabrueck" OR "osnabruck" OR "paderborn" OR "passau" OR "potsdam" OR "regensburg" OR "rostock" OR "saar" OR "Augustin" OR "Schwabisch" OR "Gmund" OR "schwaebisch" OR "gmuend" OR "siegen" OR "speyer" OR "trier" OR "tuebingen" OR "Tubingen" OR "ulm" OR "vallendar" OR "vechta" OR "weimar" OR "weingarten" OR "Witten" OR "wuppertal" OR "wuerzburg" OR "Wurzburg" OR "zittau" OR "duisburg" OR "bonn" OR "bielefeld" OR "mannheim" OR "north rhine westphalia" OR "nrw" OR "nordrhein westfalen" OR "rhine ruhr" OR "rhein" OR "ruhr" OR "schleswig holstein" OR "mecklenburg vorpommern" OR "mecklenburg-western pomerania" OR "brandenburg" OR "sachsen" OR "saxony" OR "saxony anhalt" OR "sachsen anhalt" OR "thuringia" OR "thuringen" OR "thueringen" OR "niedersachsen" OR "lower saxony" OR "hesse" OR "hessia"

OR "hessen" OR "rhineland palatinate" OR "rheinland" OR "pfalz" OR "saarland" OR "baden" OR "wurttemberg" OR "wuerttemberg" OR "bavaria" OR "bayern")
S8 OR S9
S7 AND S10
Web of Science
TS=(((Somati?ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NEAR/0 Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NEAR/0 personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NEAR/0 depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NEAR/0 behavio?r*) OR (paranoi* OR Psychos?s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NEAR/0 depression*) OR (("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NEAR/0 disorder*))
TS=(((supportive OR supported) NEXT housing) OR "sheltered housing" OR (supported NEXT accommodation*) OR (residential NEXT care*) OR "assisted living" OR "residential home" OR (supervised NEXT communit*) OR "residential group" OR (therapeutic NEXT communit*) OR Soteria OR (residential NEXT treatment*) OR institutionalis* OR (halfway NEXT house*) OR (group NEXT home*))
#1 AND #2
TS=("preterm*" OR "prematu*" OR "postmatu*" OR "perinat*" OR "postnat*" OR "neonat*" OR "newborn*" OR "new-born" OR "infan*" OR "baby*" OR "babies" OR "toddler*" OR "child*" OR "pediat*" OR "paediat*" OR "kid" OR "kids" OR "prepubescen*" OR "prepuberty*" OR "teen*" OR "young*" OR "youth*" OR "minors*" OR "under ag*" OR "underag*" OR "juvenile*" OR "girl*" OR "boy*" OR "preadolesc*" OR "adolesc*" OR "nursery" OR "kindergarten*" OR "early childhood education" OR "preschool*" OR "elementary education" OR "primary education" OR "K-12*" OR "K12" OR "secondary education" OR "junior high*" OR "highschool*" OR "college*" OR "undergrad*" OR "tertiary education" OR "postsecondary education" OR "universit*" OR "student*" OR "school*" OR "classroom*")
#3 NOT #4
TS=(germany OR german OR gkv OR deutschland OR deutsch OR berlin OR hamburg OR munchen OR muenchen OR munich OR koln OR koeln OR cologne OR frankfurt OR stuttgart OR dusseldorf OR duesseldorf OR dortmund OR essen OR bremen OR dresden OR leipzig OR hannover OR nurnberg OR nuernberg OR Aachen OR augsburg OR bamberg OR bayreuth OR bochum OR braunschweig OR chemnitz OR clauthal OR cottbus OR darmstadt OR detmold OR Eichstatt OR Ingolstadt OR Erfurt OR Erlangen OR flensburg OR freiberg OR freiburg OR friedrichshafen OR fulda OR Giessen OR Giessen OR Greifswald OR Gottingen OR Goettingen OR Hagen OR Halle OR heidelberg OR Hildesheim OR Ilmenau OR Jena OR Kaiserslautern OR Karlsruhe OR Kassel OR Kiel OR Koblenz OR Konstanz OR Luebeck OR Ludwigsburg OR Lubeck OR Lueneburg OR Luneburg OR Mainz OR Marburg OR Munster OR muenster OR oldenburg OR osnabruock OR osnabruck OR paderborn OR passau OR potsdam OR regensburg OR rostock OR saar OR Augustin OR Schwabisch OR Gmund OR schwaebisch OR gmuend OR siegen OR speyer OR trier OR trossingen OR tuebingen OR Tuingen OR ulm OR vallendar OR vechta OR weimar OR weingarten OR Witten OR wuppertal OR wuerzburg OR Wurzburg OR zittau OR duisburg OR bonn OR bielefeld OR mannheim OR north-rhine-westphalia OR nrw OR nordrhein-westfalen OR rhine-ruhr OR rhein OR ruhr OR schleswig holstein OR mecklenburg-vorpommern OR mecklenburg-western-pomerania OR brandenburg OR sachsen OR saxony OR saxony-anhalt OR sachsen-anhalt OR thuringia OR thuringen OR thuringen OR niedersachsen OR lower-saxony OR hesse OR hessia OR hessen OR rhineland-palatinate OR rheinland OR pfalz OR saarland OR baden OR wurttemberg OR wuerttemberg OR bavaria OR bayern)
OG=("germany" OR "german" OR "gkv" OR "deutschland" OR "deutsch" OR "berlin" OR "hamburg" OR "munchen" OR "muenchen" OR "munich" OR "koln" OR "koeln" OR "cologne" OR "frankfurt" OR "stuttgart" OR "dusseldorf" OR "duesseldorf" OR "dortmund" OR "essen" OR "bremen" OR "dresden" OR "leipzig" OR "hannover" OR "nurnberg" OR "nuernberg" OR "Aachen" OR "augsburg" OR "bamberg" OR "bayreuth" OR "benediktbeuern" OR "bochum" OR "braunschweig" OR "chemnitz" OR "clauthal" OR "cottbus" OR "darmstadt" OR "detmold" OR "Eichstatt" OR "Eichstaett" OR "Ingolstadt" OR "Erfurt" OR "Erlangen" OR "flensburg" OR "freiberg" OR "freiburg" OR "friedrichshafen" OR "fulda" OR "Giessen" OR "Giessen" OR "Greifswald" OR "Gottingen" OR "Goettingen" OR "Hagen" OR "Halle" OR "heidelberg" OR "Hildesheim" OR "Ilmenau" OR "Jena" OR "Kaiserslautern" OR "Karlsruhe" OR "Kassel" OR "Kiel" OR "Koblenz" OR "Konstanz" OR "Luebeck" OR "Ludwigsburg" OR "Lubeck" OR "Lueneburg" OR "Luneburg" OR "Mainz" OR "Marburg" OR "Munster" OR "muenster" OR "neuendettelsau" OR "oestrich-winkel" OR "oldenburg" OR "osnabruock" OR "osnabruck" OR "paderborn" OR "passau" OR "potsdam" OR "regensburg" OR "rostock" OR "saar" OR

"Augustin" OR "Schwabisch" OR "Gmund" OR "schwaebisch" OR "gmuend" OR "siegen" OR "speyer" OR "trier" OR "tuebingen" OR "Tubingen" OR "ulm" OR "vallendar" OR "vechta" OR "weimar" OR "weingarten" OR "Witten" OR "wuppertal" OR "wuerzburg" OR "Wurzburg" OR "zittau" OR "duisburg" OR "bonn" OR "bielefeld" OR "mannheim" OR "north rhine westphalia" OR "nrw" OR "nordrhein westfalen" OR "rhine ruhr" OR "rhein" OR "ruhr" OR "schleswig holstein" OR "mecklenburg vorpommern" OR "mecklenburg-western pomerania" OR "brandenburg" OR "sachsen" OR "saxony" OR "saxony anhalt" OR "sachsen anhalt" OR "thuringia" OR "thuringen" OR "thueringen" OR "niedersachsen" OR "lower saxony" OR "hesse" OR "hessia" OR "hessen" OR "rhineland palatinate" OR "rheinland" OR "pfalz" OR "saarland" OR "baden" OR "wurttemberg" OR "wuerttemberg" OR "bavaria" OR "bayern")
#7 OR #6
#5 AND #8
#9
Bibnet
FS=(Somatisierungsstörung OR Somatoforme Störung OR Dissoziative Identitätsstörung OR Multiple Identitätsstörung OR Multiple Persönlichkeit OR Persönlichkeitsspaltung OR behandlungsresistente Depression OR therapieresistente Depression OR chronische Depression OR Persönlichkeitsstörung OR Soziopathische Persönlichkeit OR Soziopathie OR Psychopathische Persönlichkeit OR Psychopathie OR Antisoziale Persönlichkeit OR Antisoziale? Verhalten OR Dissoziale? Verhalten OR Zwanghafte Persönlichkeit OR Passiv abhängige Persönlichkeit OR abhängige Persönlichkeitsstörung OR Hysterische Persönlichkeit OR Passiv aggressive Persönlichkeit OR Schizoide Persönlichkeit OR Psychotisch affektive Störung OR affektive Psychose OR Paranoi OR Psychotische Störung OR Psychotische Störungen OR Psychose OR Schizoaffektive Störung OR Schizophren OR Dementia praecox OR Wahnhafte Störung OR anhaltende wahnhafte Störung OR Chronische Posttraumatische Belastungsstörung OR Double Depression OR Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung OR Komplexe PTBS OR Chronische PTBS OR somatisation disorder OR somatization disorder OR somatoform disorder OR dissociative identity disorder OR multiple identity disorder OR multiple personalit OR dual personalit OR refractory depressi OR therapy resistant depressi OR treatment resistant depressi OR personality disorder OR sociopathic personalit OR psychopathic personalit OR antisocial personalit OR antisocial behavior OR dyssocial behavior OR antisocial behaviour OR compulsive personalit OR passive dependent personalit OR hysterical personalit OR passive aggressive personalit OR schizoid personalit OR psychotic affective disorder OR psychotic mood disorder OR paranoi OR psychotic disorder OR Psychosis OR Psychoses OR schizoaffektive disorder OR schizophren OR dementia praecox OR delusional disorder OR chronic post traumatic stress disorder OR chronic posttraumatic stress disorder OR complex post traumatic stress disorder OR complex posttraumatic stress disorder)
FS=(supportive housing OR supported housing OR sheltered housing OR supported accommodation OR residential care OR assisted living OR residential home OR supervised community OR residential group OR therapeutic community OR Soteria OR residential treatment OR institutionalisation OR halfway house OR group home OR Betreuungseinrichtung OR Wohngruppe OR Betreutes Wohnen OR Wohnheim OR betreute Wohngemeinschaft OR therapeutische Wohngemeinschaft OR Langzeitwohnprojekt OR Soteria)
DB=BIBNET
Psyndex
FS=(Somatisierungsstörung OR Somatoforme Störung OR Dissoziative Identitätsstörung OR Multiple Identitätsstörung OR Multiple Persönlichkeit OR Persönlichkeitsspaltung OR behandlungsresistente Depression OR therapieresistente Depression OR chronische Depression OR Persönlichkeitsstörung OR Soziopathische Persönlichkeit OR Soziopathie OR Psychopathische Persönlichkeit OR Psychopathie OR Antisoziale Persönlichkeit OR Antisoziale? Verhalten OR Dissoziale? Verhalten OR Zwanghafte Persönlichkeit OR Passiv abhängige Persönlichkeit OR abhängige Persönlichkeitsstörung OR Hysterische Persönlichkeit OR Passiv aggressive Persönlichkeit OR Schizoide Persönlichkeit OR Psychotisch affektive Störung OR affektive Psychose OR Paranoi OR Psychotische Störung OR Psychotische Störungen OR Psychose OR Schizoaffektive Störung OR Schizophren OR Dementia praecox OR Wahnhafte Störung OR anhaltende wahnhafte Störung OR Chronische Posttraumatische Belastungsstörung OR Double Depression OR Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung OR Komplexe PTBS OR Chronische PTBS OR somatisation disorder OR somatization disorder OR somatoform disorder OR dissociative identity disorder OR multiple identity disorder OR multiple personalit OR dual personalit OR refractory depressi OR therapy resistant depressi OR treatment resistant depressi OR personality disorder OR sociopathic personalit OR psychopathic personalit OR antisocial personalit OR antisocial behavior OR dyssocial behavior OR antisocial behaviour OR compulsive personalit OR passive dependent personalit OR hysterical personalit OR passive aggressive personalit OR schizoid personalit OR psychotic affective disorder OR psychotic mood disorder OR paranoi OR psychotic disorder OR

Psychosis OR Psychoses OR schizoaffective disorder OR schizophren OR dementia praecox OR delusional disorder OR chronic post traumatic stress disorder OR chronic posttraumatic stress disorder OR complex post traumatic stress disorder OR complex posttraumatic stress disorder)

FS=(supportive housing OR supported housing OR sheltered housing OR supported accommodation OR residential care OR assisted living OR residential home OR supervised community OR residential group OR therapeutic community OR Soteria OR residential treatment OR institutionalisation OR halfway house OR group home OR Betreuungseinrichtung OR Wohngruppe OR Betreutes Wohnen OR Wohnheim OR betreute Wohngemeinschaft OR therapeutische Wohngemeinschaft OR Langzeitwohnprojekt OR Soteria)

DB=PSYINDEX

Quellen: (Ket et al. 2019; Leclercq et al. 2013; Pieper et al. 2015)

Tabelle 57: Syntax Suchstrategie Schlüsselfrage 9

Schlüsselfrage 4 – Therapeutische Beziehung
<p>PubMed</p> <p>((("Somatoform Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Dissociative Identity Disorder"[MeSH Terms] OR "depressive disorder, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Antisocial Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Borderline Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Compulsive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Dependent Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Histrionic Personality Disorder"[MeSH Terms:noexp] OR "Paranoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Passive-Aggressive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizotypal Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "affective disorders, psychotic"[MeSH Terms] OR "Paranoid Disorders"[MeSH Terms] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Schizophrenia"[MeSH Terms:noexp] OR "schizophrenia, catatonic"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, disorganized"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, paranoid"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR ("somatisation disorder*" [Title/Abstract] OR "somatization disorder*" [Title/Abstract] OR "somatoform disorder*" [Title/Abstract] OR "dissociative identity disorder*" [Title/Abstract] OR "multiple personalit*" [Title/Abstract] OR "dual personalit*" [Title/Abstract] OR "refractory depressi*" [Title/Abstract] OR "therapy resistant depressi*" [Title/Abstract] OR "treatment resistant depressi*" [Title/Abstract] OR "personality disorder*" [Title/Abstract] OR "sociopathic personalit*" [Title/Abstract] OR "psychopathic personalit*" [Title/Abstract] OR "antisocial personalit*" [Title/Abstract] OR "antisocial behavior*" [Title/Abstract] OR "antisocial behaviour*" [Title/Abstract] OR "compulsive personalit*" [Title/Abstract] OR "passive dependent personalit*" [Title/Abstract] OR "hysterical personalit*" [Title/Abstract] OR "passive aggressive personalit*" [Title/Abstract] OR "schizoid personalit*" [Title/Abstract] OR "psychotic affective disorder*" [Title/Abstract] OR "psychotic mood disorder*" [Title/Abstract] OR "paranoi*" [Title/Abstract] OR "psychotic disorder*" [Title/Abstract] OR "psychosis" [Title/Abstract] OR "Psychoses" [Title/Abstract] OR "psychotherapy" [Title/Abstract] OR "psychotherapist" [Title/Abstract] OR "schizo affective disorder*" [Title/Abstract] OR "schizophren*" [Title/Abstract] OR "dementia praecox" [Title/Abstract] OR "delusional disorder*" [Title/Abstract] OR "chronic post traumatic stress disorder*" [Title/Abstract] OR "chronic posttraumatic stress disorder*" [Title/Abstract] OR ("double depression*" [Title/Abstract] OR "complex posttraumatic stress disorder*" [Title/Abstract] OR "complex post traumatic stress disorder*" [Title/Abstract])))</p>
<p>AND ("therapeutic relationship*" [Title/Abstract] OR "physician-patient-relationship*" [Title/Abstract] OR "psychotherapy relationship*" [Title/Abstract] OR "therapeutic alliance*" [Title] OR "working alliance*" [Title] OR "alliance rupture repair" [Title] OR ("alliance" [Title] AND "psychotherapy" [Title]) OR "positive regard" [Title] OR "treatment outcome expectation" [Title] OR "therapist empathy" [Title] OR "self-disclosure" [Title] OR "countertransference management" [Title] OR "goal consensus" [Title] OR "real relationship" [Title])</p>
<p>NOT ("infan*" [All Fields] OR "newborn*" [All Fields] OR "new born*" [All Fields] OR "perinat*" [All Fields] OR "neonat*" [All Fields] OR ("infant, newborn" [MeSH Terms] OR ("infant" [All Fields] AND "newborn" [All Fields]) OR "newborn infant" [All Fields] OR "baby" [All Fields] OR "infant" [MeSH Terms] OR "infant" [All Fields]) OR "baby*" [All Fields] OR ("baby s" [All Fields] OR "babys" [All Fields] OR "infant" [MeSH Terms] OR "infant" [All Fields] OR "babies" [All Fields]) OR "toddler*" [All Fields] OR ("minority groups" [MeSH Terms] OR ("minority" [All Fields] AND "groups" [All Fields]) OR "minority groups" [All Fields] OR "minorities" [All Fields] OR "minority" [All Fields] OR "minority s" [All Fields] OR "minors" [MeSH Terms] OR "minors" [All Fields] OR "minor" [All Fields]) OR "minors*" [All Fields] OR ("men" [MeSH Terms] OR "men" [All Fields] OR "boy" [All Fields]) OR ("men" [MeSH Terms] OR "men" [All Fields] OR "boys" [All Fields]) OR ("boyfriend" [All Fields] OR "boyfriend s" [All Fields] OR "boyfriends" [All Fields]) OR "boyhood" [All Fields] OR "girl*" [All Fields] OR</p>

"kid"[All Fields] OR "kids"[All Fields] OR ("child"[MeSH Terms] OR "child"[All Fields] OR "children"[All Fields] OR "child s"[All Fields] OR "children s"[All Fields] OR "childrens"[All Fields] OR "childs"[All Fields]) OR "child*"[All Fields] OR "children*"[All Fields] OR "schoolchild*"[All Fields] OR "schoolchild"[All Fields] OR "school child"[Title/Abstract] OR "school child*"[Title/Abstract] OR "adolescen*"[All Fields] OR "juvenil*"[All Fields] OR "youth*"[All Fields] OR "teen*"[All Fields] OR "under age*"[All Fields] OR "pubescen*"[All Fields] OR "pediatrics"[MeSH Terms] OR "pediatric*"[All Fields] OR "paediatric*"[All Fields] OR "peadiatric*"[All Fields] OR "school"[Title/Abstract] OR "school*"[Title/Abstract] OR "prematu*"[All Fields] OR "preterm*"[All Fields]))
AND (("meta-review"[Title] OR "meta-synthesis"[Title] OR "metasynthesis"[Title] OR "quantitative review"[Title] OR "quantitative synthesis"[Title] OR "meta-ethnography"[Title]) OR "meta-analyses"[Title] OR "metaanalyses"[Title] OR "meta-analysis"[Title] OR "metaanalysis"[Title] OR "meta-analytic review"[Title] OR "meta analytic review"[Title] OR "meta analytical review"[Title] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR "Meta-Analysis"[Publication Type])
NOT ("letter"[Publication Type] OR "editorial"[Publication Type] OR "comment"[Publication Type] OR "case reports"[Publication Type] OR "historical article"[Publication Type] OR "report"[Title] OR "protocol"[Title] OR "protocols"[Title] OR "withdrawn"[Title] OR "retraction of publication"[Publication Type] OR "retraction of publication as topic"[MeSH Terms] OR "retracted publication"[Publication Type] OR "reply"[Title] OR "published erratum"[Publication Type]))
AND 2015/01/01:3000/12/31[Date - Publication]
Web of Science
TS=("Somatoform Disorders" OR "Dissociative Identity Disorder" OR "depressive disorder, treatment resistant" OR "Personality Disorders" OR "Antisocial Personality Disorder" OR "Borderline Personality Disorder" OR "Compulsive Personality Disorder" OR "Dependent Personality Disorder" OR "Histrionic Personality Disorder" OR "Paranoid Personality Disorder" OR "Passive-Aggressive Personality Disorder" OR "Schizoid Personality Disorder" OR "Schizotypal Personality Disorder" OR "affective disorders, psychotic" OR "Paranoid Disorders" OR "Psychotic Disorders" OR "Schizophrenia" OR "schizophrenia, catatonic" OR "schizophrenia, disorganized" OR "schizophrenia, paranoid" OR "schizophrenia, treatment resistant" OR "stress disorders, post traumatic" OR "somatisation disorder*" OR "somatization disorder*" OR "somatoform disorder*" OR "dissociative identity disorder*" OR "multiple personalit*" OR "dual personalit*" OR "refractory depressi*" OR "therapy resistant depressi*" OR "treatment resistant depressi*" OR "personality disorder*" OR "sociopathic personalit*" OR "psychopathic personalit*" OR "antisocial personalit*" OR "antisocial behavior*" OR "antisocial behaviour*" OR "compulsive personalit*" OR "passive dependent personalit*" OR "hysterical personalit*" OR "passive aggressive personalit*" OR "schizoid personalit*" OR "psychotic affective disorder*" OR "psychotic mood disorder*" OR "paranoi*" OR "psychotic disorder*" OR "psychosis" OR "Psychoses" OR "psychotherapy" OR "psychotherapist" OR "schizoaffective disorder*" OR "schizophren*" OR "dementia praecox" OR "delusional disorder*" OR "chronic post traumatic stress disorder*" OR "chronic posttraumatic stress disorder*" OR "double depression*" OR "complex posttraumatic stress disorder*" OR "complex post traumatic stress disorder*")
AND TI(("therapeutic relationship*" OR "physician-patient-relationship*" OR "psychotherapy relationship*" OR "therapeutic alliance*" OR "working alliance" OR "alliance rupture repair" OR ("alliance" AND "psychotherapy") OR "positive regard" OR "treatment outcome expectation" OR "therapist empathy" OR "self-disclosure" OR "countertransference management" OR "goal consensus" OR "real relationship"))
NOT ALL(("infan*" OR "newborn*" OR "new born*" OR "perinat*" OR "neonat*" OR "infant, newborn" OR "infant" AND "newborn" OR "newborn infant" OR "baby" OR "infant" OR "baby*" OR "minors" OR "minors" OR "minor" OR "minors*" OR "boyfriend" OR "boyfriend s" OR "boyfriends" OR "boyhood" OR "girl*" OR "kid" OR "kids" OR "child" OR "child" OR "children" OR "child s" OR "children s" OR "childrens" OR "childs" OR "child*" OR "children*" OR "schoolchild*" OR "schoolchild" OR "school child" OR "school child*" OR

"adolescen*" OR "juvenil*" OR "youth*" OR "teen*" OR "under age*" OR "pubescen*" OR "pediatrics" OR "pediatric*" OR "paediatric*" OR "peadiatric*" OR "school" OR "school*" OR "prematu*" OR "preterm*"))

AND

TI=("meta-review" OR "meta-synthesis" OR "metasynthesis" OR "quantitative review" OR "quantitative synthesis" OR "meta-ethnography" OR "meta-analyses" OR "metaanalyses" OR "meta-analysis" OR "metaanalysis" OR "meta-analytic review" OR "meta analytic review" OR "meta analytical review")

AND Date range 2015/01/01:3000/12/31

Tabelle 58: Syntax Suchstrategie Schlüsselfrage 11

Schlüsselfrage 11 – dimensionale Diagnostik
PubMed
((("personality functioning"[Title]) OR ("criterion A"[Title])) AND ((review[Publication Type] OR (meta-analysis[Publication Type]))) AND (("2015"[Date - Publication] : "2023"[Date - Publication])))
Cochrane
"meta-analysis" OR "review" in Publication Type AND "personality functioning" OR "criterion A" in Title Abstract Keyword
PsycInfo
Title: "personality functioning" OR Title: "criterion A" AND Keywords: "meta-analysis" OR Keywords: "review" AND Year: 2015 To 2023
Web of Science
((TI=("personality functioning")) OR TI=("criterion A")) AND (DT=(Review) OR DT=(Meta-Analysis))

Tabelle 59: Schlüsselfragenspezifische Ein- und Ausschlusskriterien

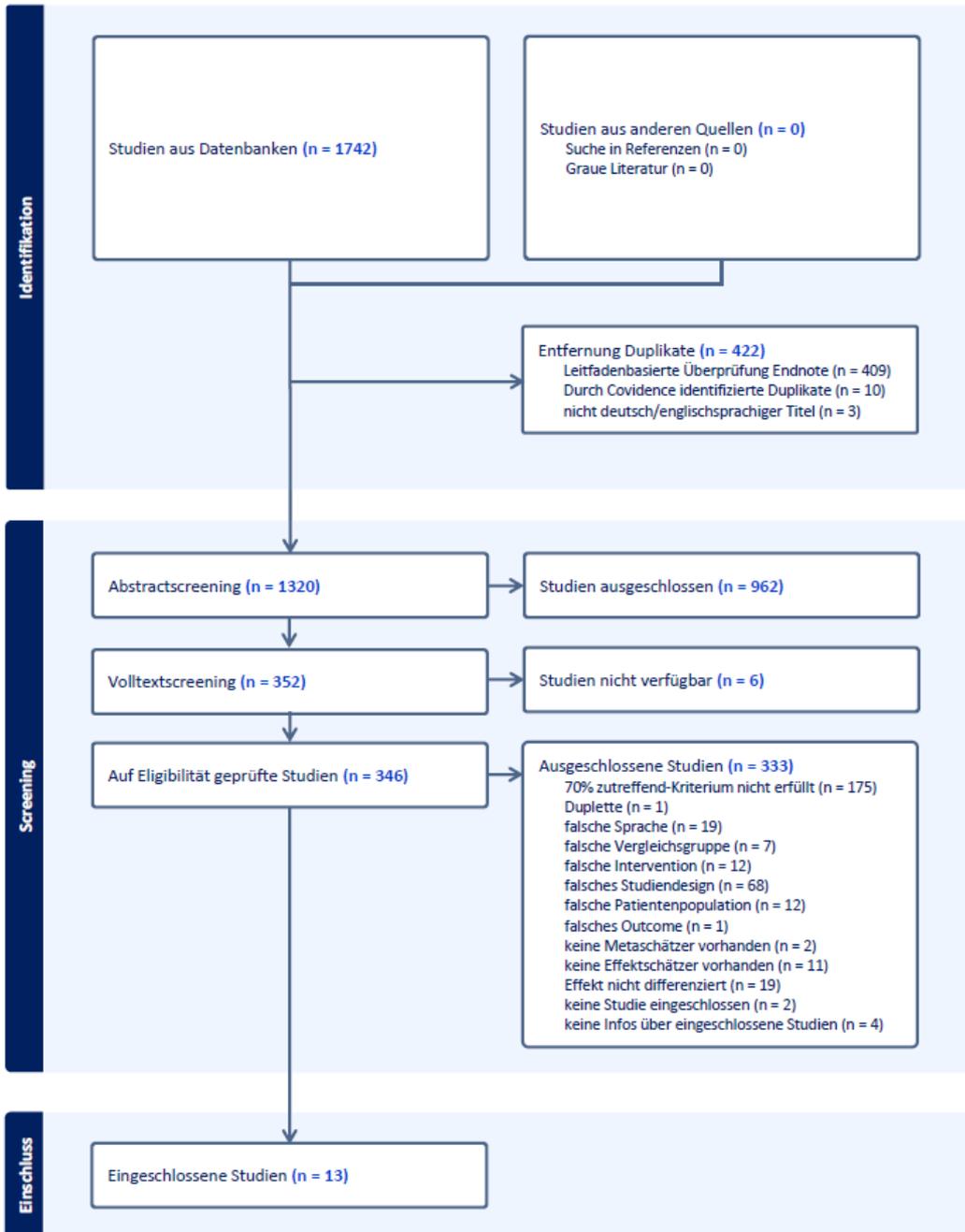
Schlüsselfrage Nr.	Kommentar
Interventionen	
Schlüsselfrage 1	
Einschluss	
psychologische Intervention	im Abstractscreening zunächst eingeschlossen und im Volltextscreening genauer identifiziert
psychosoziale Intervention	
nicht-pharmakologische Intervention	
kognitive analytische Therapie	Mögliches Behandlungsmodul von Psychotherapie im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung
present centered psychotherapy	
cognitive processing therapy	
social cognition training	
social cognitive interventions	
Behavioral activation	
Metakognitive Therapie	
Metakognitives Training	
Metacognition Reflection and Insight Therapy	
Interpersonelle Psychotherapie	
dynamic deconstructive psychotherapy	Einschluss, da es ein Therapieprogramm, wie z.B. die Interpersonale Psychotherapie zu sein scheint
digitale / telepsychologische Intervention	Einschluss und separat fassen
(nur) Psychoedukation	da generelles Behandlungsmodul (wir nehmen keine störungsspezifischen Einzelinterventionen)
Supportive Therapie	
Stress inoculation training	
Social skills program	
Ausschluss	
Avatar Therapie	störungsspezifische Einzelintervention
Compensatory cognitive intervention	zu unspezifisch
Positive psychology intervention	Keine Psychotherapie im eigentlich Sinn
behavioral reconsolidation strategy	neuropsychologische Intervention
Kognitives Training/Stimulation	neuropsychologische Intervention
Körperpsychotherapie	nicht von Kasse übernommen
cognitive bias modification therapy	computergestütztes Training
written emotional disclosure/ expositionsbasierte Schreibtherapie	Keine Psychotherapie im eigentlich Sinn
virtual reality therapy	nicht von Kasse übernommen
cognitive remediation	störungsspezifische Einzelintervention
computergestützte Interventionen/ computerized cognitive drill/training	computergestütztes Training
Biofeedback	Keine Psychotherapie im eigentlich Sinn
emotional freedom technique	keine Kassenleistung
integrated neurocognitive therapy	neuropsychologische Intervention
Krisenintervention	zu unspezifisch
Kunsttherapie	keine ambulante Psychotherapie in der GKV
Psychiatrische pflge	Keine Psychotherapie im eigentlich Sinn
Seeking Safety	störungsspezifische Einzelintervention
Systems Training for Emotional Predictability & Problem Solving	störungsspezifisches Behandlungsprogramm

Sonstiges	
gemischte Interventionen, also zum Teil basierend auf kognitiver Verhaltenstherapie, zum Teil unklare Intervention.	Eingeschlossen, bzw. bei Volltextscreening 70% Kriterium angewandt
achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie	achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie einschließen, jedoch nur „achtsamkeitsbasierte Intervention“ ausschließen, da zu unspezifisch
Schlüsselfrage 2	
Ausschluss	
Computerized cognitive drill	entspricht nicht App o.ä.
Reminder zu Medikation oder termine	nur Ergänzung zu eigentlichen Behandlung
Mailingliste	zu undefiniert: keine konkrete Intervention
app zusätzlich zu in person psychotherapy	fehlende Abgrenzung Effekt zwischen Psychotherapie und App
remote delivered Therapy	ist begleitet
virtual reality	entspricht nicht App o.ä.
Interventionen unter Einbezug von Angehörigen	entspricht nicht Patient:innen-Defintion
Schlüsselfragen 3+5	
Ausschluss	
Psychosoziale Interventionen ohne Hinweis auf Koordination	Fokus liegt auf Koordination
Sonstiges	
Occupational therapy	Einschluss nur bei explizitem Hinweis auf „multidisciplinary“ oä.
Kombinierte Therapieformen (z.B. Psychotherapie und Medikation)	Einschluss nur bei explizitem Hinweis auf „multidisciplinary“ oä.
Vergleichsgruppen	
Schlüsselfrage 1	
Einschluss	
Psychotherapie + Medikament A vs nur Medikament A	
Psychotherapie vs Medikation	
Psychotherapie A + Medikament A vs Psychotherapie B + Medikament B	Einschluss, nur wenn Psychotherapie sich Dosis und Frequenz unterscheidet
keine Information über Kombinierung	
Ausschluss	
Psychotherapie + Medikament A vs. Medikament B	lässt nicht auf den Effekt von Psychotherapie schließen
Psychotherapie + Medikation vs nur Psychotherapie	
Psychotherapie + Medikation vs Placebo	
Psychotherapie + Medikation vs Keine Medikation	
Psychotherapie + Medikation vs Psychotherapie + Placebo	
Endpunkte	
Schlüsselfrage 1	
Einschluss	
Akzeptanz	

gewaltsames / aggressives Verhalten	
Insomnia	
Rückfallprävention	
Ausschluss	
Anwendbarkeit/Pragmatismus von Leitlinien-Empfehlungen	thematisiert nicht psychische Gesundheit
Prädiktoren für Ansprechen auf Psychotherapeutische Behandlung	
Zugang zu Psychotherapie	
Hörvermögen	
Statistische power	
Placeboeffekt	
kognitive Einschränkungen	
Neurobiologische Veränderung	
Gehirnfunktion	
Neuronale Korrelate	
Neuronale Effekte	
Epigenetische Veränderungen	
Gehirnarchitektur	
Schlüsselfrage 2	
Einschluss	
Einsamkeit, Soziale Isolation	
Adhärenz zu Medikamenten	
Rückfallprävention	
Ausschluss	
Behandlungsmotivation	thematisiert nicht psychische Gesundheit
Prädiktoren für Nutzung von Apps	
Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen	
Heterogenität Patient*innen	
Herausforderungen für Planung / Durchführung Studien	
soziale Ungleichheit	
Anwenderfreundlichkeit (Usability) / Barrieren für Anwendung von Apps	
Machbarkeit und Akzeptanz (feasibility / acceptability)	
Anpassung von Interventionen auf bestimmte Kulturen	
Barrieren und förderliche Faktoren für die Implementierung von Behandlungsformen	
Schlüsselfragen 3+5	
Einschluss	
Behandlungsabbruch	
Einsamkeit, Soziale Isolation	
Ausschluss	
supportive care needs	thematisiert nicht psychische Gesundheit
Prädiktoren für fehlendes Ansprechen auf antidepressive Medikation	
Kardiovaskuläre Gesundheit	

Qualitätsmerkmale von Palliativversorgung	
Qualität von Modellrechnungen zur Ökonomie von Behandlungsformen	
Erholung nach Operation	
Anwendbarkeit/Pragmatismus von Leitlinien-Empfehlungen	
Mortality gap	
Schlüsselfrage 4	
Ausschluss	
Nutzungsmotive	thematisiert nicht psychische Gesundheit
Beziehung zwischen Patient*in und Mental Health Care Professional	gehört zu Schlüsselfrage 9
Sonstiges	
Lebensstilfaktoren (Ernährung, Rauchen, körperliche Aktivität)	Einschluss nur bei 3+5, da wir in Schlüsselfrage 2 keine Lifestyle Apps untersuchen
Stigma	Wenn bezogen auf Patient:innen: Einschluss Wenn bezogen auf Allgemeinbevölkerung: Ausschluss
Rauchentwöhnung	Einschluss nur bei 3+5, da wir in Schlüsselfrage 2 keine Lifestyle Apps untersuchen
Cannabis Konsum	Einschluss nur bei 3+5, da wir in Schlüsselfrage 2 keine Lifestyle Apps untersuchen

Schlüsselfrage 1

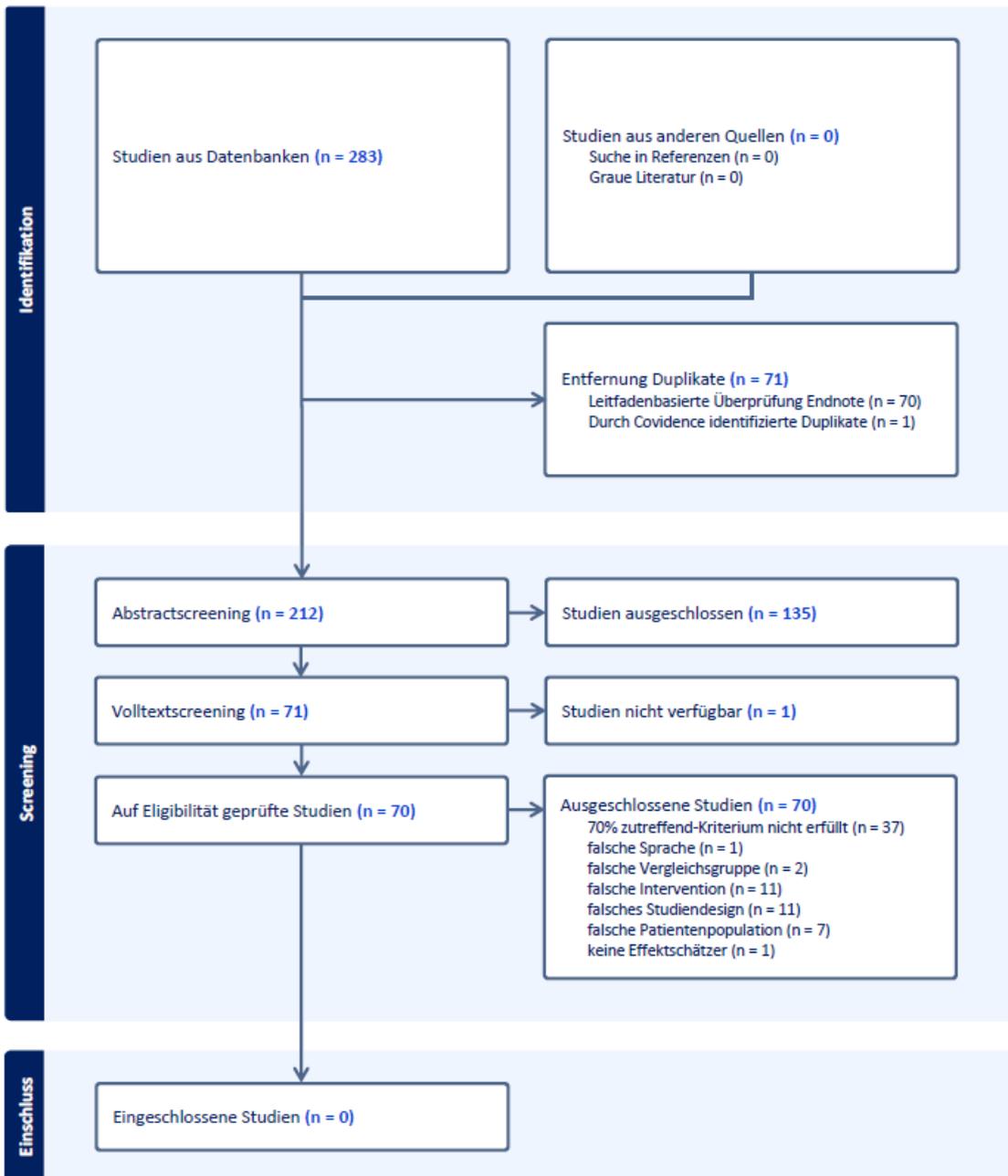


5th September 2023



Abbildung 2: Flowchart Trefferzahlen Schlüsselfrage 1

Schlüsselfrage 2

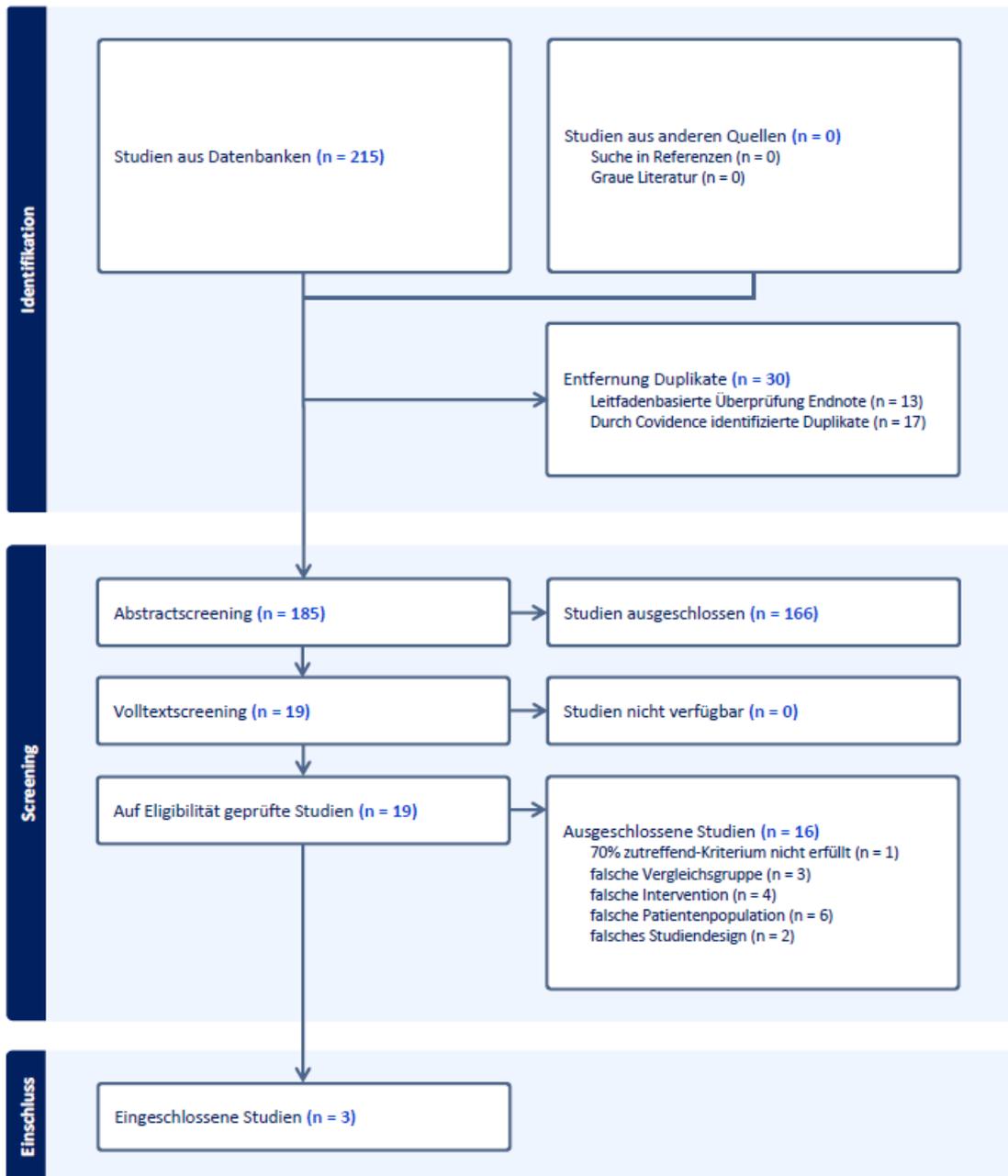


5th September 2023



Abbildung 3: Flowchart Trefferzahlen Schlüsselfrage 2

Schlüsselfrage 2 de novo Recherche

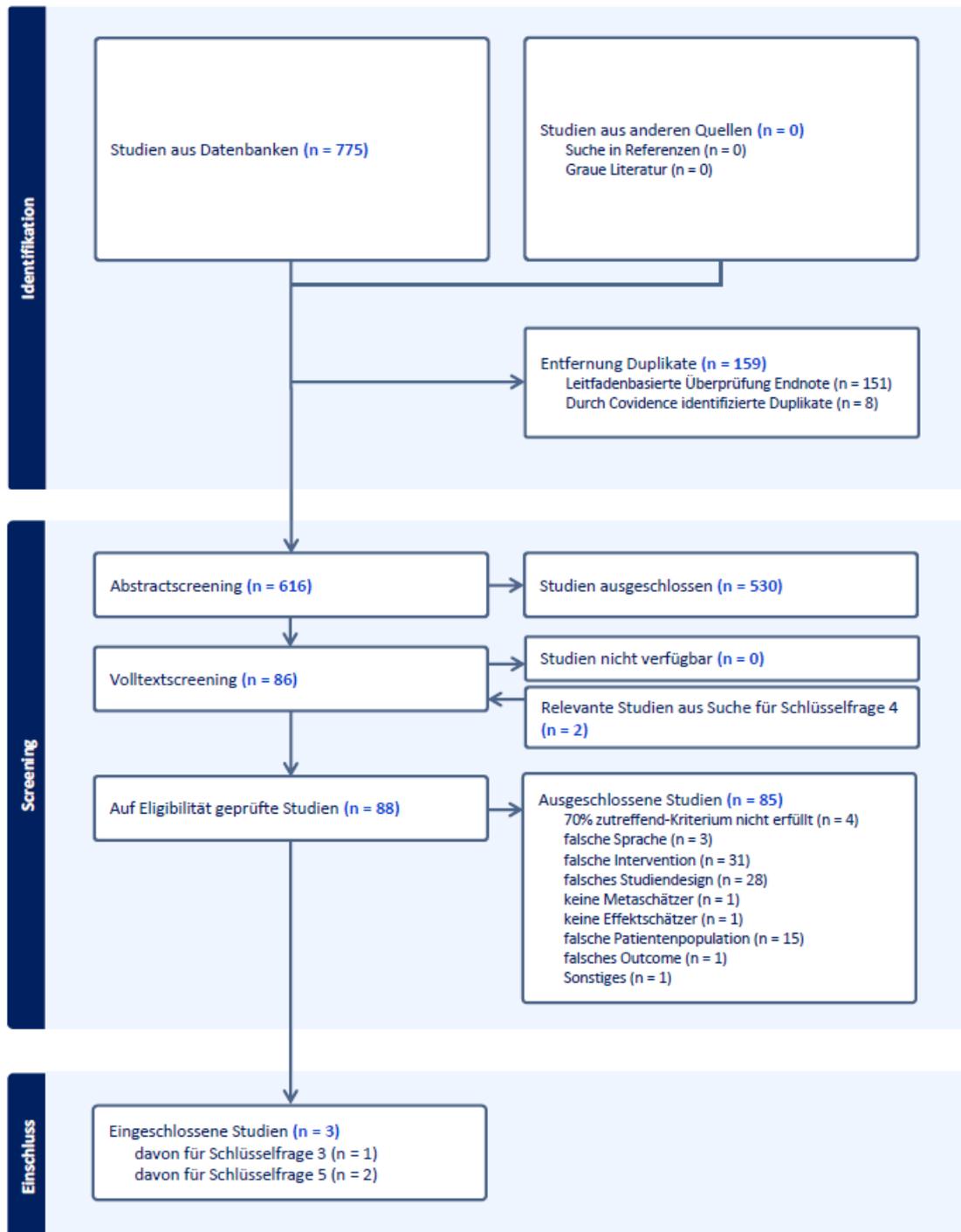


5th September 2023



Abbildung 4: Flowchart Trefferzahlen Schlüsselfrage 2 de-novo Recherche

Schlüsselfrage 3+5

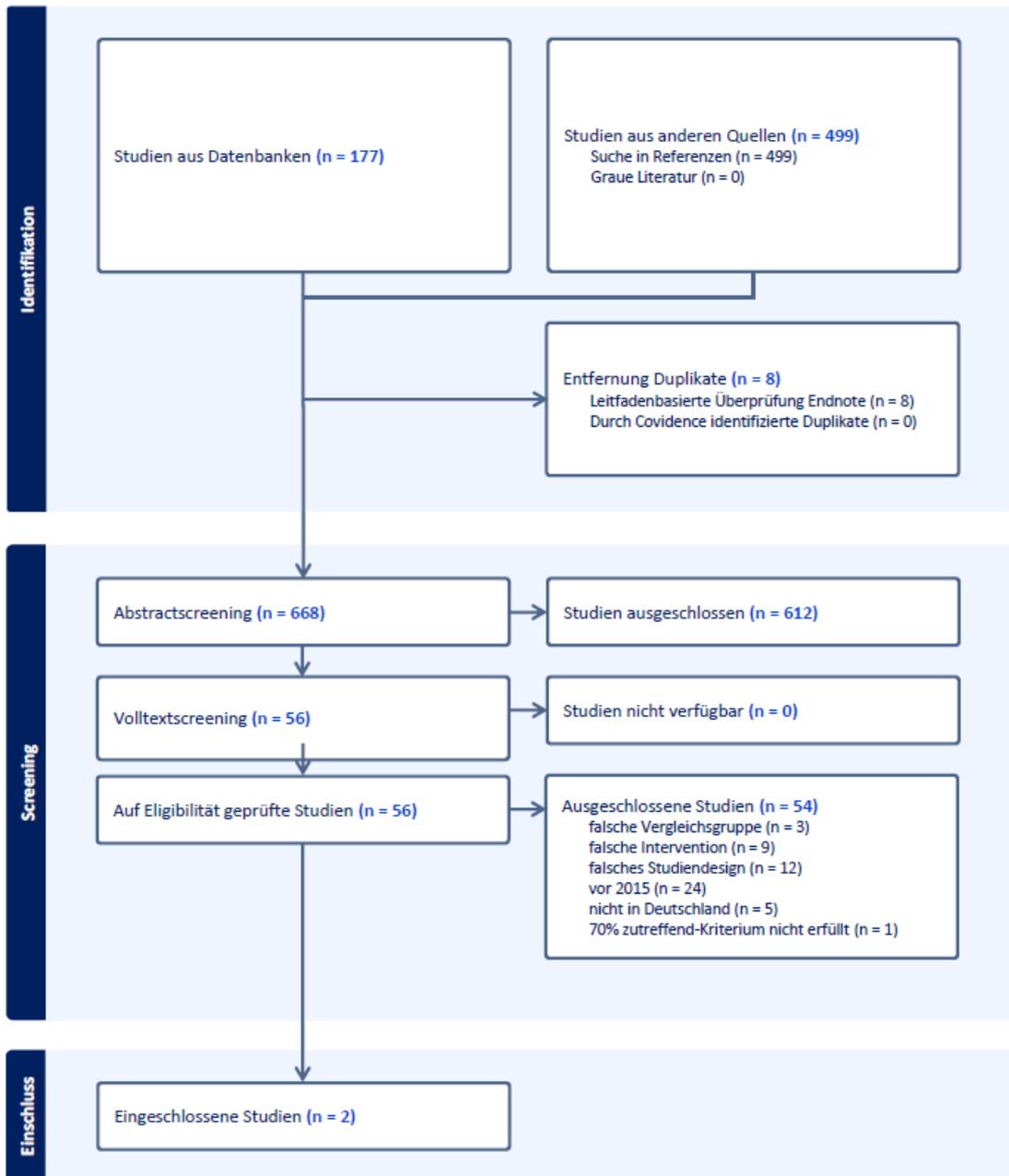


5th September 2023



Abbildung 5: Flowchart Trefferzahlen Schlüsselfrage 3 und 5

Schlüsselfrage 4



5th September 2023



Abbildung 6: Flowchart Trefferzahlen Schlüsselfrage 4

Schlüsselfrage 9



17th April 2024



Abbildung 7: Flowchart Trefferzahlen Schlüsselfrage 9

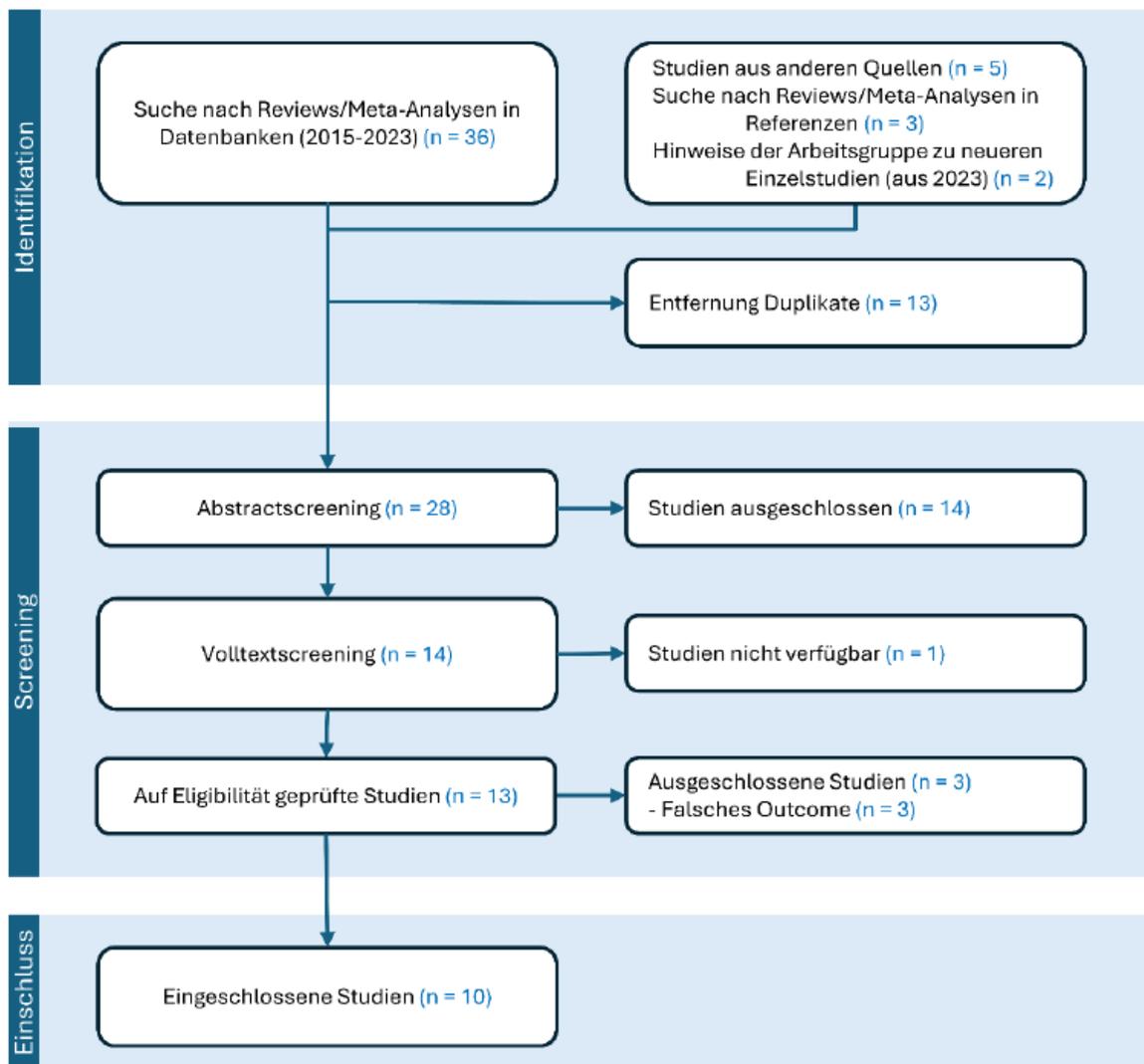


Abbildung 8: Flowchart Trefferzahlen Schlüsselfrage 11

Tabelle 60: Informationen zu Evidenz Schlüsselfrage 1

Referenz	Teilnehmer:innen (Anzahl und Charakteristika)	Drop Out Rate	Intervention	Kontrolle
<p>Althobaiti, S.; Kazantzis, N.; Ofori-Asenso, R.; Romero, L.; Fisher, J.; Mills, K. E.; Liew, D. <i>Efficacy of interpersonal psychotherapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis</i> 2020 Journal of Affective Disorders 264: 286-294 DOI: 10.1016/j.jad.2019.12.021</p> <p>Systematisches Review / Metaanalyse</p>	<p>k = 10 Randomisierte Kontrollierte Studien¹ n = 755</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Symptome und Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung, Diagnostik anhand von validierten Fragebögen 		<p>Interpersonelle Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einzel- oder Gruppensetting • 2 bis 16 Sitzungen 	<p>Aktive Kontrollgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Treatment as Usual • Narrative Expositionstherapie (NET) • Klinische Psychotherapie • Prolongierte Exposition • Entspannungsverfahren <p>Passive Kontrollgruppe²</p> <ul style="list-style-type: none"> • Warteliste • Treatment as usual • Edukation

<p>Asmundson, G. J. G.; Thorisdottir, A. S.; Roden-Foreman, J. W.; Baird, S. O.; Witcraft, S. M.; Stein, A. T.; Smits, J. A. J.; Powers, M. B.</p> <p><i>A meta-analytic review of cognitive processing therapy for adults with posttraumatic stress disorder</i></p> <p>2019</p> <p>Cognitive Behavior Therapy 48 (1): 1-14</p> <p>DOI: 10.1080/16506073.2018.1522371</p> <p>Systematisches Review / Metaanalyse</p>	<p>k = 11 Randomisierte Kontrollierte Studien n = 1130</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD / DSM oder • Klinisch relevante Symptombelastung • Alter 18 bis 65 Jahre <p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • akute Belastungsstörung 		<p>Cognitive Processing Therapy für Posttraumatische Belastungsstörung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einzel- oder Gruppensetting • 4 bis 24 Sitzungen 	<p>Aktive Kontrollgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dialogische Expositionstherapie • memory specific training • Prolongierte Expositionstherapie • Schreib-Expositionstherapie <p>Inaktive Kontrollgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> • psychologisches Placebo • Warteliste
<p>Ijaz, S.; Davies, P.; Williams, C. J.; Kessler, D.; Lewis, G.; Wiles, N.</p> <p><i>Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults</i></p> <p>2018</p> <p>Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 5. Art. No.: CD010558</p> <p>DOI: 10.1002/2F14651858.CD010558.pub2</p> <p>Cochrane Review</p>	<p>k = 6 Randomisierte Kontrollierte Studien n = 698</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 18 bis 74 Jahre • unipolare Depression nach standardisierten diagnostischen Kriterien (z. B. ICD-10) und kein Ansprechen auf mindestens vierwöchige medikamentöse Behandlung • komorbide psychische oder physische Erkrankung solange Depression im Behandlungsfokus steht 		<p>Psychologische Therapie allein²</p> <p>Psychologische Therapie zusätzlich zu Treatment as Usual (Antidepressiva)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Verhaltenstherapie (Einzelsetting, 12-20 Sitzungen) • Dialektisch-Behaviorale Therapie (Gruppensetting, 16 Sitzungen) • Interpersonelle Therapie 	<p>Treatment as usual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antidepressiva

	<p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fehlendes Ansprechen auf Medikation aufgrund von Unverträglichkeiten • komorbide Schizophrenie, Bipolare Störung 		<p>(Einzelsetting, 16 Sitzungen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensive Psychodynamische Kurzzeittherapie (keine Angabe zu Setting und Anzahl Sitzungen) 	
<p>Laws, K. R.; Darlington, N.; Kondel, T. K.; McKenna, P. J.; Jauhar, S. <i>Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia - outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis</i> 2018 BMC Psychology Vol. 6 Kapitel 32 DOI: 10.1186/s40359-018-0243-2</p> <p>Metaanalyse</p>	<p>k = 36 Randomisierte Kontrollierte Studien¹ n = 1579 (für primäres Outcome)</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mehrheit der Patient:innen in Einzelstudien mit Schizophrenie, schizoaffektive oder nicht- affektive funktionale Psychose nach diagnostischen Kriterien oder klinischer Diagnose 		<p>Kognitive Verhaltenstherapie für Psychose</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mehrheitlich Einzelsetting • keine Angabe zu Anzahl Sitzungen 	<p>Treatment as Usual</p> <p>aktive Kontrollgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Befriending (unterstützende Begleitung durch nicht-professionelle Personen) • supportiver Kontakt • Kognitive Remediationstherapie • Psychoedukation • soziale Aktivitäts- Therapie <p>Warteliste²</p>

<p>Li, J.-M.; Zhang, Y.; Su, W.-J.; Liu, L.-L.; Gong, H.; Peng, W.; Jiang, C.-L. <i>Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis</i> 2018 Psychiatry Research 268: 243-250 DOI: 10.1016/j.psychres.2018.07.020</p> <p>Systematisches Review / Metaanalyse</p>	<p>k = 6 Randomisierte Kontrollierte Studien¹ n = 847</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • über 18 Jahre alt • therapieresistente Depression (fehlendes Ansprechen auf adäquaten pharmakologischen Therapieversuch) 		<p>Kognitive Verhaltenstherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8-16 Sitzungen • in einer Studie per Smartphone, ansonsten Einzelsetting anzunehmen (keine Angabe) 	<p>Treatment as Usual</p> <p>Psychoedukation²</p> <p>Medikamentenwechsel²</p> <p>Gesundheitsförderungsprogramm²</p>
<p>McLaughlin, S. P. B.; Barkowski, S.; Burlingame, G. M.; Strauss, B.; Rosendahl, J. <i>Group psychotherapy for borderline personality disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials</i> 2019 American Psychological Association, Vol. 56, No. 2, 260–273 DOI: 10.1037/pst0000211</p> <p>Metaanalyse</p>	<p>k = 24 Randomisierte Kontrollierte Studien n = 1595</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • über 18 Jahre alt • Primärdiagnose Borderline Persönlichkeitsstörung (Kombidiagnosen möglich) 		<p>Gruppentherapie als Teil von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) • Akzeptanz und Commitmenttherapie (ACT) • Mentalisierungs-basierte Psychotherapie (MBT) • Psychodynamische Therapie² • Interpersonelle Therapie 	<p>Treatment as usual</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Therapie zur Verbesserung emotionaler Intelligenz² • Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) • Schematherapie • Pharmakotherapie² • Case management² • 4-12 Personen pro Gruppe • mind. 5 Sitzungen • 45-150 Minuten / Sitzung • im Median 28 Sitzungen 	
<p>Mehl, S.; Werner, D.; Lincoln, T. M. <i>Does Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis</i> 2015 Frontiers in Psychology Vol. 6, Article 1450 DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01450 bzw. Mehl S.; Werner D.; Lincoln T. M. Corrigendum: Does Cognitive Behavior Therapy for psychosis</p>	<p>k = 19 Randomisierte Kontrollierte Studien n = 1904</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mindestens 75 % der Patient:innen mit psychotischer Störung <p>Ausschlusskriterien:</p>		<p>Kognitive Verhaltenstherapie für Psychosen definiert nach National Institute of Health and Clinical Excellence, 2014</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 bis 29 Sitzungen, durchschnittlich 14,8 • 4 bis 39 Wochen, durchschnittlich 19,9 	<p>Treatment as Usual</p> <p>Andere psychologische Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation • Supportive Therapie / Beratung • Familienintervention • Soziale Aktivitätstherapie

<p>(CBTp) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis. <i>Frontiers in Psychology</i>. 2019 Aug 28;10:1868. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01868</p> <p>Metaanalyse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Komorbider Substanzmissbrauch 		<ul style="list-style-type: none"> • Einzelsetting anzunehmen (keine Angabe) 	<ul style="list-style-type: none"> • Attention Placebo (APC) • Problemlösetraining • 10 bis 25 Sitzungen • durchschnittlich 22 Wochen
<p>Merz, J.; Schwarzer, G.; Gerger, H. <i>Comparative Efficacy and Acceptability of Pharmacological, Psychotherapeutic, and Combination Treatments in Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Network Meta-analysis</i> 2019 <i>JAMA Psychiatry</i>. 76(9):904-913. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0951</p> <p>Metaanalyse</p>	<p>k = 12 Randomisierte Kontrollierte Studien¹ n = 1009 (in Metaanalysen)</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erwachsene mit Posttraumatischer Belastungsstörung 		<p>psychotherapeutische Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Verhaltenstherapie • Psychoedukation • Seeking Safety² • Eye Movement Desentization and Processing Therapy (EMDR) • Expositionstherapie <p>Kombination Psychotherapie und Pharmakologische Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kombination aus oben genannten • Kombination aus Psychotherapie und 3,4- 	<p>Pharmakologische Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sertralin • Paroxetin • Fluoxetin <p>Warteliste²</p> <p>Placebo²</p>

			methylenedioxymeth amphetamin ² <ul style="list-style-type: none"> • 5 bis 24 Wochen • 5 bis 21 Sitzungen • Einzelsetting anzunehmen (keine Angabe) 	
Sonis, J.; Cook, J. M. <i>Medication versus trauma-focused psychotherapy for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis</i> 2019 Psychiatry Research 282 DOI: 10.1016/j.psychres.2019.112637 Systematisches Review / Metaanalyse	k = 4 Randomisierte Kontrollierte Studien ¹ n = 560 Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> • Erwachsene mit Posttrauma- tischer Belastungsstörung 		Traumafokussierte Psychotherapie <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Verhaltenstherapie • Psychoedukation • Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) • Modalwert 12 Sitzungen (Spann- weite 6-13) • Einzelsetting • und Therapie + Medikation vs. nur Therapie vs. nur Medikation 	Selektive Serotonin- Wiederaufnahmehemmer <ul style="list-style-type: none"> • Paroxetin • Fluoxetin • Sertralin Kombination aus Psychoedukation und Selektiven Serotonin- wiederaufnahme- hemmern² Placebo²

<p>Thompson, C. T.; Vidgen, A.; Roberts, N. P. <i>Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis</i> 2018 Clinical Psychology Review 63: 66-79 DOI: 10.1016/j.cpr.2018.06.006</p> <p>Systematisches Review / Metaanalyse</p>	<p>k = 16 Randomisierte Kontrollierte Studien¹ n = 1048</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • über 18 Jahre • mindestens 80 % der Patient:innen in Einzelstudien mit Posttraumatischer Belastungsstörung nach diagnostischen Kriterien oder Skalen • mindestens 80 % der Patient:innen in Einzelstudien asylsuchend oder geflüchtet bei Studieneinschluss 		<p>Traumafokussierte psychologische Interventionen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Narrative Expositionstherapie (NET; 3-13 Sitzungen) • Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; 7-12 Sitzungen) • Kognitive Verhaltenstherapie (12-20 Sitzungen) • Mehrheitlich Einzelsetting 	<p>Aktive Kontrollgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stabilisierung • Stressinokulations-training • Supportive Beratung • Psychoedukation • Antidepressive Medikation • Expositionstherapie <p>Treatment as Usual²</p> <p>Warteliste²</p> <p>Minimale Intervention²</p>
<p>Turner, D. T.; Burger, S.; Smit, F.; Valmaggia, L. R.; van der Gaag, M. <i>What Constitutes Sufficient Evidence for Case Formulation-Driven CBT for Psychosis? Cumulative Meta-analysis of the Effect on Hallucinations and Delusions</i> 2020 Schizophrenia Bulletin vol. 46 no. 5 pp. 1072–1085, 2020 DOI: 10.1093/schbul/sbaa045</p> <p>Metaanalyse</p>	<p>k = 35 Randomisierte Kontrollierte Studien¹ n = 2407</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose einer Schizophrenie, schizoaffektiven Störung, wahnhaften Störung, kurzen psychotischen Störung oder Psychose nicht näher definiert <p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alkohol/Substanzmissbrauch 		<p>Kognitive Verhaltenstherapie für Psychose</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 Wochen bis 9 Monate • 8-29 Sitzungen • Mehrheitlich Einzelsetting 	<p>Treatment as Usual</p> <p>Aktive Kontrollgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> • supportive Beratung • Psychoedukation • Befriending² (unterstützende Begleitung durch nicht professionelle Personen) • Virtual Reality²

	<ul style="list-style-type: none"> • Hochrisikopatient:innen 			
<p>van Bronswijk, S.; Moopen, N.; Beijers, L.; Ruhe, H. G.; Peeters, F. <i>Effectiveness of psychotherapy for treatment-resistant depression: a meta-analysis and meta-regression</i> 2019 Psychological Medicine , Volume 49 Issue 3 : 366 – 379 DOI: 10.1017/S003329171800199X</p> <p>Metaanalyse</p>	<p>k = 21 Randomisierte Kontrollierte Studien n = 3539</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • über 18 Jahre alt • Mehrheit der Patient:innen mit therapieresistenter Depression (fehlendes Ansprechen auf mindestens einen adäquaten pharmakologischen Therapieversuch) 		<p>Psychotherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Verhaltenstherapie • Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) • Interpersonelle Therapie • Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie • 8-60 Sitzungen • Einzel- oder Gruppensetting 	<p>Treatment as Usual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antidepressiva

			Kombination Psychotherapie und Treatment as Usual Psychotherapie plus <ul style="list-style-type: none"> • Klinisches Management • Pharmakotherapie • Psychoedukation • Gesundheitsförderungsprogramm 	
Wei, Y.; Chen, S. <i>Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials</i> 2021 American Psychological Association Vol. 13, No. 8: 877–884 DOI: 10.1037/tra0000922 Metaanalyse	k = 18 Randomisierte Kontrollierte Studien ¹ n = 877 Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> • Mehr als 80 % der Patient:innen in Einzelstudien mit Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung 	durchschnittliche drop-out Rate aller Studien 14 %	Narrative Expositionstherapie (NET) <ul style="list-style-type: none"> • durchschnittlich 6,4 Wochen • durchschnittlich 7,5 Sitzungen • durchschnittlich 97,5 Minuten pro Sitzung • Einzelsetting anzunehmen (keine Angabe) 	Aktive Kontrollgruppe <ul style="list-style-type: none"> • Emotional freedom technique • Stressinokulations-treaining • Interpersonelle Psychotherapie • Treatment as Usual • Psychoedukation • Supportive Beratung Inaktive Kontrollgruppe <ul style="list-style-type: none"> • Warteliste

¹Anzahl der Randomisierten Kontrollierten Studien im Review/Metaanalyse. Pro Outcome gingen ggf. weniger Studien ein, dies ist in den Evidenztabelle vermerkt.

²Diese Vergleichsgruppe ging nicht in die Evidenztabelle ein, da entweder kein Metaschätzer vorhanden und/oder kein Primären Outcome für diese Vergleichsgruppe berichtet wurde und/oder kein Effektschätzer separat für diese Kontrollgruppe ausgewiesen wurde.

Tabelle 61: Informationen zu Evidenz Schlüsselfrage 2

Referenz	Teilnehmer:innen (Anzahl und Charakteristika)	Drop Out Rate	Intervention	Kontrolle
<p>Adu, M.K.; Shalaby R.; Eboeime, E.; Sapara A.; Lawal, M.A.; Chew, C.; Daubert, S.; Urichuck, L.; Surood, S.; Li, D.; Snaterse, M.; Mach, M.; Chue, P.; Greenshaw, A. J.; Agyapong, V. I. O</p> <p><i>Apparent Lack of Benefit of Combining Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation with Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for the Treatment of Resistant Depression: Patient-Centered Randomized Controlled Pilot Trial</i></p> <p>2023 Brain Sciences 13: 293 DOI: 10.3390/brainsci13020293</p> <p>Randomisierte kontrollierte Studie</p>	<p>n = 78</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsresistente Depression (DSM-5) • mehr als zwei erfolglose Antidepressiva Behandlungen während der aktuellen Episode • Hamilton Depression Rating Scale¹ (17-HAM-D) Score von mindestens 10 • Erfüllung der Kriterien, die öffentlich finanzierte Behandlung zu bekommen • 18-65 Jahre alt • gute Englischkenntnisse • Computer und Internetzugang • informierte Zustimmung zur Teilnahme <p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • neurologische Störung • Persönlichkeitsstörung • amnestische Störung, Demenz, Delirium 	<p>2 von 78</p>	<p>Kombinationsbehandlung aus transkranieller Magnetstimulation und unbegleiteter internetbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • internetbasierte Kognitive Verhaltenstherapie mittels Programm „MoodGYM“ • 12 einstündige Sitzungen über 6 Wochen • von Zuhause aus am Computer vor rTMS durchzuführen • Erinnerungen über Textnachricht 	<p>transkranielle Magnetstimulation (rTMS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30 Sitzungen unilaterale rTMS über 6 Wochen • Einzelsetting • dem rTMS Protokol des Alberta Health Services Strategic Clinical Network for Addiction and Mental Health folgend • Patient:innen wurden während Behandlung durchgehend überwacht • Teilnahme an mindestens 25 von 30 Sitzungen wurde als komplette Behandlung gewertet

	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme in anderer klinischer Studie in den 6 Wochen vor Screeningtermin und/oder während der Studie • Schwangere/Stillende 			
	Interventionsgruppe: n = 39	Kontrollgruppe: n = 39		
<p>Hedman, E.; Axelsson, E.; Andersson, E.; Lekander, M.; Ljotsson, B. <i>Exposure-based cognitive-behavioural therapy via the internet and as bibliotherapy for somatic symptom disorder and illness anxiety disorder: randomised controlled trial</i> 2016 The British Journal of Psychiatry 209: 407–413. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.181396</p> <p>Randomisierte kontrollierte Studie</p>	<p>n = 132 (n = 127 post-treatment)</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primärdiagnose DSM-5 Somatisierungsstörung oder Krankheitsangststörung • mindestens 18 Jahre alt • Schrift und Lesekenntnis in Schwedisch • keine aktuelle oder vorhergehende Episode einer bipolaren Störung oder Psychose • kein Substanzmissbrauch/Abhängigkeit • falls Antidepressiva eingenommen werden: seit mindestens 2 Monaten auf stabiler Dosis, welche die ganze Studie über beibehalten werden kann • keine schwere depressive Symptomatik oder Suizidabsichten 	<p>4% Dropout zu post-treatment Zeitpunkt; nach 6 Monaten 90% der Follow-Up Erhebungen durchgeführt (Kontrollgruppe hatte kein Follow-Up)</p>	<p>unbegleitete internetbasierte expositionsbasierte Kognitive Verhaltenstherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dauer 12 Wochen • 12 Textmodule mit je Hausaufgaben bis zur nächsten Woche • Fokus auf systematischer Exposition zu Krankheitsangstbezogenen Situationen, kombiniert mit Präventionsmaßnahmen • Keine Unterstützung durch Psychotherapeut:innen 	<p>inaktive Kontrollgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine Behandlung <p>unterstützte internetbasierte expositionsbasierte Kognitive Verhaltenstherapie</p> <p>gleich wie Interventionsgruppe, jedoch zusätzlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontakt zu Therapeut in Form von E-Mails/SMS • wöchentlicher Bericht über Fortschritt mit Feedback von

	<ul style="list-style-type: none"> keine andere Behandlung gegen o.g. Erkrankungen und keine vollendete Kognitive Verhaltenstherapie gegen o.g. Erkrankungen in der Vergangenheit keine schwere körperliche Erkrankung, auf die Krankheitsangst eine berechnete Reaktion wäre 			Psychotherapeut:innen Bibliotherapie ohne Therapeutenkontakt <ul style="list-style-type: none"> gleiche Inhalte, jedoch Module nicht über Internet zur Verfügung gestellt, sondern als Buch ohne Unterstützung durch Psychotherapeut:innen
Rodante, D. E.; Kaplan, M. I.; Fedi, R. O.; Gagliosi, P.; Pascali, A.; José Quintero, P. S.; Compte, E. J.; Perez, A. I.; Weinstein, M.; Chiapella, L. C.; Daray, F. M. <i>CALMA, a Mobile Health Application, as an Accessory to Therapy for Reduction of Suicidal and Non-Suicidal Self-Injured Behaviors: A Pilot Cluster Randomized Controlled Trial</i> 2020 Archives of Suicide Research: 801-818 DOI: 10.1080/13811118.2020.1834476	n = 21 (in Analyse 18) Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> zwischen 18 und 65 Jahren alt Teilnahme an einer FORO Foundation's DBT Skills Training Gruppe für mindestens 1 Monat vor Beginn der Studie Smartphonebesitz einen Monat vor Evaluation mindestens eines der folgenden Symptome: Suizidgedanken, Suizidplan, Suizidversuch, suizidale Handlung oder selbstverletzendes Verhalten informierte Zustimmung zur Teilnahme 	Interventionsgruppe: 2 von 11 dropout Kontrollgruppe: 1 von 10 dropout	Dialektische Verhaltenstherapie + CALMA App <ul style="list-style-type: none"> 4 Wochen CALMA App mit verschiedenen Modalitäten, u.a. basierend auf „Inventory of Reasons to Live“² + wöchentliches DBT Skills Training <ul style="list-style-type: none"> wenn nötig auch Pharmakotherapie und Familieninterventionen 	Dialektische Verhaltenstherapie <ul style="list-style-type: none"> 4 Wochen wöchentliches DBT Skills Training Gruppensetting mit 8-10 Personen mit 2,5h Länge wenn nötig auch Pharmakotherapie und Familieninterventionen

Cluster-randomisierte kontrollierte Studie	Ausschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> • fehlende Absicht, die DBT Skills Training Gruppe für mindestens 1 Monat nach Beginn der Studie fortzuführen • psychotische Symptome • fehlendes Verständnis für Studieninhalte 				
	Interventionsgruppe: n = 11 (n = 9 in Analyse)	Kontrollgruppe: n = 10 (n = 9 in Analyse)			

¹Hamilton, M. A rating scale for depression. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 1960, 23, 56

²Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The reasons for living inventory. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51(2), 276–286. doi:10.1037//0022-006x.51.2.276

Tabelle 62: Informationen zu Evidenz Schlüsselfrage 3

Referenz	Teilnehmer:innen (Anzahl und Charakteristika)	Drop Out Rate	Intervention	Kontrolle		
<p>Müller, H.; Haag, I.; Jessen, F.; Kim, E. H.; Klaus, J.; Konkol, C.; Bechdorf, A. <i>Kognitive Verhaltenstherapie und Assertive Community Treatment reduzieren die Anzahl stationärer Tage und verlängern die Zeit bis zu einer stationären Aufnahme bei schweren psychotischen Störungen</i> 2016 Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 84: 76–82 DOI: 10.1055/s-0042-102055</p> <p>Quasi-experimentelle Längsschnittstudie</p>	<p>n = 26</p> <p>Einschlusskriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> • mehrfacher stationärer Aufenthalt mit schwerem Verlauf bei F1, F2 oder F3 Diagnosen (ICD-10) • von psychotischen Symptomen geprägter Krankheitsverlauf <p>Ausschlusskriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> • fehlende Einwilligung • fehlender Schweregrad der Erkrankung 		<p>Integrierte Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • multiprofessionelles Team • intensive Betreuung • multimodal: Einbezug von Beziehungsmotiven, Sozialtherapie und Pharmakotherapie • aufsuchend (Komponenten von assertive community treatment) 	<p>Standardversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • komplexe psychiatrische Behandlung im stationären Setting oder in der Institutsambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie 		
	<table border="1"> <tr> <td>Interventionsgruppe: n=13 - n=1 F1 Diagnose - n=12 F2 Diagnose</td> <td>Kontrollgruppe: n=13 - n=2 F1 Diagnose - n=11 F2 Diagnose</td> </tr> </table>	Interventionsgruppe: n=13 - n=1 F1 Diagnose - n=12 F2 Diagnose	Kontrollgruppe: n=13 - n=2 F1 Diagnose - n=11 F2 Diagnose			
Interventionsgruppe: n=13 - n=1 F1 Diagnose - n=12 F2 Diagnose	Kontrollgruppe: n=13 - n=2 F1 Diagnose - n=11 F2 Diagnose					

Tabelle 63: Informationen zu Evidenz Schlüsselfrage 4

Referenz	Teilnehmer:innen (Anzahl und Charakteristika)	Drop Out Rate	Intervention	Kontrolle
<p>Dehn, L. B.; Beblo, T.; Richter, D.; Wienberg, G.; Kremer, G.; Steinhardt, I.; Driessen, M. <i>Effectiveness of supported housing versus residential care in severe mental illness: a multicenter, quasi-experimental study</i> 2022 Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 57:927–937 DOI: 10.1007/s00127-021-02214-6</p> <p>prospektive Kohortenstudie</p>	<p>n = 257 (t1), n=210 (Intention to treat sample), n=124 (für Auswertung herangezogene Propensity Score gematchte Intention to treat sample)</p> <p>Einschlusskriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> • 18-69 Jahre • schwere psychische Erkrankung diagnostiziert von Psychiater*in • Erkrankung dauert länger als 2 Jahre an • Erkrankung berechtigt zu Betreuten Wohnen nach Sozialgesetzbuch IX <p>Ausschlusskriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> • unzureichende Sprachkenntnisse • schwere somatische Komorbidität 	<p>n = 257 an t1</p> <p>Intention to treat sample t3 = n=165 Personen, die zwei Jahre die ihnen zugewiesene Wohnform bekamen (=per protocol sample) + n=45 Personen, die mindestens 1 Jahr die ihnen zugewiesene Wohnform erhielten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interventionsgruppe 20% loss to follow up (n=104 t1, n=83 an t3) 	<p>Residential Care</p> <p>nach STAX-SA¹ Typ 1 und 2 (gemeinschaftliches Setting, permanente Betreuung, hohe Unterstützung)</p>	<p>Supported Housing</p> <p>nach STAX-SA¹ Typ 4 (eigene Wohnung, keine permanente Betreuung)</p>

	<p>Interventionsgruppe n=83</p> <ul style="list-style-type: none"> - 41% F1 Diagnose - 35% F2 Diagnose - 8% F3 Diagnose - 6% F4 Diagnose - 10% andere Diagnose 	<p>Kontrollgruppe n= 127</p> <ul style="list-style-type: none"> - 16% F1 Diagnose - 13% F3 Diagnose - 32% F3 Diagnose - 13% F4 Diagnose - 26% andere Diagnose 	<p>Intention to treat),</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontrollgruppe 17% loss to follow up (n=153 t1, n=127 t3 Intention to treat) 		
<p>Dehn, L.B.; Beblo, T.; Wienberg, G.; Driessen, M.; Steinhart, I. <i>Wie wirksam ist Wohnunterstützung? Ein Vergleich von Unterstützungsangeboten in der eigenen Wohnform und solcher in besonderer Wohnform</i> 2021 Kerbe 4:24-26</p> <p>Prospektive Kohortenstudie</p>	<p>n=257, n=165 (per protocol sample), n=102 (für Auswertung herangezogene Propensity Score gematchte per protocol sample)</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 18-69 Jahre • Diagnose einer schweren psychischen Erkrankung <p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • schwere körperliche Erkrankung • relevante Intelligenzminderung • unzureichende Kenntnis der deutschen Sprache 	<p>n = 257 an t1, nach 2 Jahren noch n=165 (per protocol sample)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interventionsgruppe 41% Loss to follow up (n=104 t1, n=61 t3 per protocol) • Kontrollgruppe 32% Loss to follow up (n=257 t1, n=104 an t3 per protocol) 	<p>Besondere Wohnform</p> <ul style="list-style-type: none"> • stationär • Wohnen in gemeinschaftlicher Wohnform 	<p>Unterstützung in eigener Wohnung</p> <ul style="list-style-type: none"> • ambulant • Wohnen in eigener Wohnung 	

	Interventions- gruppe n=51 - 39% F10-19 Diagnose - 29% F20-29 Diagnose - 10% F30-39 Diagnose - 8% F40-48 Diagnose - 12% F60-69 Diagnose - 2% andere Diagnose	Kontrollgruppe: n=51 - 29% F10-19 Diagnose - 25% F20-29 Diagnose - 20% F30-39 Diagnose - 10% F40-48 Diagnose - 12% F60-69 Diagnose - 4% andere Diagnose			
--	--	---	--	--	--

¹ Simple Taxonomy for supported accommodation nach McPherson P, Krotofil J, Killaspy H (2018) What works? Toward a new classification system for mental health supported accommodation services: the simple taxonomy for supported accommodation (STAX-SA). Int J Environ Res Public Health 15:190

Tabelle 64: Informationen zu Evidenz Schlüsselfrage 5

Referenz	Teilnehmer:innen (Anzahl und Charakteristika)	Drop Out Rate	Intervention	Kontrolle
<p>Dieterich, M.; Irving, C. B.; Bergman, H.; Khokhar, M. A.; Park, B.; Marshall, M. <i>Intensive case management for severe mental illness</i> 2017 Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 1. Art. No.: CD007906 DOI: 10.1002/2F14651858.CD007906.pu b3 Cochrane Review</p>	<p>k = 40 RCTs n = 7524</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose „schwere psychische Erkrankung“ nach National Institute of Mental Health (1987)¹ oder Diagnose Schizophrenie, Schizophrenie-ähnliche Erkrankungen, Bipolare Störung, Depression mit psychotischen Symptome und/oder Persönlichkeitsstörung • zwischen 18-65 Jahren • ambulante Behandlung <p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demenz • geistige Behinderungen • akute Erkrankung 		<p>Intensive Case Management</p> <p>Definiert als Versorgung in Anlehnung an eins der folgenden drei Modelle mit ≤20 zu betreuenden Personen pro Case manager</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assertive community Treatment Modell nach Stein (1980)² • Assertive Outreach Modell nach Witheridge (1982)³/(1991)⁴, McGrew (1995)⁵ • Case management Modell nach Intagliata (1982)⁶ 	<p>Non intensive case management</p> <p>Modellbasiert wie Interventionsgruppe, jedoch mit mehr als 20 zu betreuenden Personen pro Case Manager</p> <p>oder</p> <p>Treatment as usual</p> <p>Versorgung ohne zugrundeliegendes Modell</p>

<p>Lim, C. T.; Caan, M. P.; Kim, C. H.; Chow, C. M.; Leff, H. S.; Tepper, M. C. <i>Care Management for Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis</i> 2022 Psychiatric Services 73:2 DOI: 10.1176/appi.ps.202000473</p> <p>Systematisches Review/Metaanalyse</p>	<p>k = 12 RCTs in Metaanalyse n = 3960</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mindestens 50% der Patient*innen mit Diagnose „schwere psychische Erkrankung“ (Erkrankungen aus Schizophrenie Spektrum oder Bipolare Störung) 		<p>Care Management</p> <p>ambulante Standardbehandlung plus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planung und Koordination der Behandlung durch eine Person • Separate Behandlungen (kein multidisziplinäres Team) 	<p>Standard Outpatient Care</p> <p>ambulante Standardbehandlung ohne Behandlungscoordination</p>
---	--	--	--	---

¹ National Institute of Mental Health. Towards a Model for a Comprehensive, Community-Based Mental Health System. Washington, DC: NIMH, 1987.

² Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment programme, and clinical evaluation. Archives of General Psychiatry 1980;37(4):392-7.

³ Witheridge TF, Dincin J, Appleby L. Working with the most frequent recidivists: a total team approach to assertive resource management. Psychosocial Rehabilitation Journal 1982;5:9-11.

⁴ Witheridge TF. The "active ingredients" of assertive outreach. In: Cohen NL editor(s). Psychiatric Outreach to the Mentally Ill (New Directions for Mental Health Services, No. 52). San Francisco: Jossey-Bass, 1991:47-64.

⁵ McGrew JH, Bond GR. Critical ingredients of assertive community treatment: judgements of the experts. Journal of Mental Health Administration 1995;22:113-25.

⁶ Intagliata J. Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management. Schizophrenia Bulletin 1982;8:655-74.

Tabelle 65: Informationen zu Evidenz Schlüsselfrage 9

Referenz	Teilnehmer*innen (Anzahl und Charakteristika)	Drop Out Rate	Intervention / Exposition	Kontrolle
<p>Bourke et al. <i>Systematic review and meta-analysis of therapeutic alliance, engagement, and outcome in psychological therapies for psychosis</i> 2021 Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice 94, 822-853 DOI: 10.1111/papt.12330</p> <p>Systematisches Review / Metaanalyse</p>	<p>k = 13 Studien für die MA (im SR sind 24 Studien) n = 984 Patient:innen</p> <p>Einschlusskriterien: Patient:innen mit Psychosen in Psychotherapie</p>	nicht zutreffend	Allianz	keine Exposition wird kontinuierlich betrachtet
<p>Browne et al. <i>The alliance-outcome relationship in individual psychosocial treatment for schizophrenia and early psychosis: A meta-analysis</i> 2021 Schizophr Res 231, 154-163 DOI: 10.1016/j.schres.2021.04.002</p> <p>Systematisches Review / Metaanalyse</p>	<p>k = 14 Studien n = 2.968 Patient:innen</p> <p>Einschlusskriterien: - P: Patient:innen mit Schizophrenie-Spektrum-Störung und frühen Psychosen in Einzelbehandlung - O: Engagement bezüglich der Behandlung, Adhärenz zur Medikation, Funktion, Symptome (gesamt, Positiv-, Negativ-, depressive)</p>	nicht zutreffend	Allianz	keine Exposition wird kontinuierlich betrachtet
<p>Constantino et al. <i>A meta-analysis of the association between patients' early treatment outcome expectation and their posttreatment outcomes</i> 2018 Psychotherapy 55, 473-485 DOI: 10.1037/pst0000169</p>	<p>k = 81 Stichproben n = 12.722 Patient:innen</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • klinische Stichprobe • mind. 3 Sitzungen Psychotherapie mit einer 	nicht zutreffend	Frühe Erwartungen an das Behandlungsergebnis („Re-Moralisierung“)	keine Exposition wird kontinuierlich betrachtet

	Psychotherapeut:in • Ergebniserwartung durch Patient:in selbst festgelegt			
Elliott et al. <i>Therapist Empathy and Client Outcome: An Updated Meta-Analysis</i> 2018 Psychotherapy 55, 399-410 DOI: 10.1037/pst0000175 Systematisches Review / Metaanalyse	k = 82 Stichproben n = 6.138 Patient:innen Einschlusskriterien: Patient:innen in Psychotherapie	nicht zutreffend	Empathie der Therapeut:in	keine Exposition wird kontinuierlich betrachtet
Eubanks et al. <i>Alliance Rupture Repair: A Meta-Analysis</i> 2018 Psychotherapy 55, 508-519 DOI: 10.1037/pst0000185 Systematisches Review / Metaanalyse	k = 11 Stichproben n = 1.314 Patient:innen Einschlusskriterien: Patient:innen in Psychotherapie oder Beratung	nicht zutreffend	Reparatur von Beziehungsbrüchen (Alliance Rupture Repair)	Aktive Kontrollgruppe - Resolusion - keine Reparatur - nicht-reparierte Brüche
Farber et al. <i>Positive Regard and Psychotherapy Outcome: A Meta-Analytic Review</i> 2018 Psychotherapy 55, 411-423 DOI: 10.1037/pst0000171 Systematisches Review / Metaanalyse	k = 64 Studien n = 3.528 Patient:innen Einschlusskriterien: Patient:innen in Psychotherapie	nicht zutreffend	Positive Wertschätzung	keine Exposition wird kontinuierlich betrachtet

<p>Flückinger et al. <i>The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis</i> 2018 Psychotherapy 55, 316-340 DOI: 10.1037/pst0000172</p> <p>Systematisches Review / Metaanalyse</p>	<p>k = 295 Stichproben (von k=100 RCTs und k=195 Beobachtungsstudien) n ≈ 30.000 Patient:innen</p> <p>Einschlusskriterien: Patient:innen in Psychotherapie</p>	<p>nicht zutreffend</p>	<p>Allianz</p>	<p>keine Exposition wird kontinuierlich betrachtet</p>
<p>Gelso et al. <i>The Real Relationship and Its Role in Psychotherapy Outcome: A Meta-Analysis</i> 2018 Psychotherapy 55, 434-444 DOI: 10.1037/pst0000183</p> <p>Systematisches Review / Metaanalyse</p>	<p>k = 16 Studien n = 1.502 Patient:innen</p> <p>Einschlusskriterien: Patient:innen in Psychotherapie</p>	<p>nicht zutreffend</p>	<p>Realbeziehung</p>	<p>keine Exposition wird kontinuierlich betrachtet</p>
<p>Haw et al. <i>A systematic review and meta-ethnography to explore people's experiences of psychotherapy for self-harm</i> 2023 Br J Clin Psychol 62, 392-410 DOI: 10.1111/bjc.12414</p> <p>Systematisches Review / Metaanalyse</p>	<p>k = 10 Studien n = 104 Patient:innen</p> <p>Einschlusskriterien: Patient:innen in Einzelpsychotherapie aufgrund von Selbstverletzungen</p>	<p>nicht zutreffend</p>	<p>Erfahrungen von Patient:innen mit der Psychotherapie</p>	<p>keine Themenanalyse basierend auf qualitativen Daten</p>

<p>Hayes, et al. <i>Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings</i> 2018 Psychotherapy 55, 496-507 DOI: 10.1037/pst0000189</p> <p>Systematisches Review / Metaanalyse</p>	<p>k = 36 Studien n = 2.890 Personen</p> <p>Einschlusskriterien: Patient:innen in Psychotherapie, Therapeut:innen, Supervisor:innen</p> <p>→ 3 Meta-Analysen: k = 14 Studien n = 973 Personen</p> <p>k = 13 Studien n = 1.065 Personen</p> <p>k = 9 Studien → diese für die LL relevant n = 392 Personen</p>	<p>nicht zutreffend</p>	<p>Gegenübertragung (GÜ) Es wurden 3 Meta-Analysen berechnet: 1. GÜ- Reaktionen bezogen auf Therapieoutco me 2. Management der GÜ bezogen auf GÜ- Reaktionen 3. Management der GÜ bezogen auf Therapieoutco me</p>	<p>keine Exposition wird kontinuierlich betrachtet</p>
<p>Hill et al. <i>Therapist Self-Disclosure and Immediacy: A Qualitative Meta-Analysis</i> 2018 Psychotherapy 55, 445-460 DOI: 10.1037/pst0000182</p> <p>Systematisches Review / Metaanalyse</p>	<p>k = 21 Studien n = 184 Patient:innen</p> <p>Einschlusskriterien: Patient:innen in Psychotherapie</p>	<p>nicht zutreffend</p>	<p>Selbstöffnung und Unmittelbarke it</p>	<p>keine Prozessanalyse basierend auf qualitativen Daten</p>
<p>Howard et al. <i>Therapeutic alliance in psychological therapy for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis</i> 2022 Clin Psychol Psychother 29, 373-399 DOI: 10.1002/cpp.2642</p> <p>Systematisches Review / Metaanalyse</p>	<p>k = 12 Studien n = 691 Patient:innen</p> <p>Einschlusskriterien: Patient:innen in Psychotherapie wegen PTSD oder verwandter Traumasymptome</p>	<p>nicht zutreffend</p>	<p>Allianz</p>	<p>keine Exposition wird kontinuierlich betrachtet</p>

<p>Krivzov et al. <i>Interpersonal Dynamics and Therapeutic Relationship in Patients With Functional Somatic Syndromes: A Metasynthesis of Case Studies</i> 2021 Journal of Counseling Psychology 68, 593-607 DOI: 10.1037/cou0000529</p> <p>Systematisches Review / Metaanalyse</p>	<p>k = 22 Fallstudien n = 23 Patient:innen</p> <p>Einschlusskriterien: Patient:innen mit funktionellen somatischen Syndromen</p>	<p>nicht zutreffend</p>	<p>Interpersonelle Dynamiken</p>	<p>keine Themenanalyse basierend auf qualitativen Daten</p>
<p>Loughlin et al. <i>Service users' and carers' experiences of engaging with early intervention services: A meta-synthesis review</i> 2020 Early Interv Psychiatry 14, 26-36 DOI: 10.1111/eip.12803</p> <p>Systematisches Review / Metaanalyse</p>	<p>k = 14 Studien n = 340 Personen</p> <p>Einschlusskriterien: Patient:innen mit Schizophrenie, Psychosen oder Bipolarer Störung sowie ihre Angehörigen</p>	<p>nicht zutreffend</p>	<p>Erfahrungen von Patient:innen und Angehörigen mit frühen Interventionsangeboten</p>	<p>keine Themenanalyse basierend auf qualitativen Daten</p>
<p>Stovell et al. <i>Shared treatment decision-making and empowerment-related outcomes in psychosis: systematic review and meta-analysis</i> 2016 The British Journal of Psychiatry 209: 23-28 DOI: 10.1192/bjp.bp.114.158931</p> <p>Systematisches Review / Metaanalyse</p>	<p>k = 11 RCTs n = 1261 Patient:innen</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P: ≥ 50% aller Studienteilnehmenden in den Originalarbeiten haben Schizophrenie-Spektrum-Störung <p>O: behandlungsbezogenes Empowerment und Zwangsbehandlung (primär); Fähigkeit, Entscheidungen zur Behandlung zu treffen, Qualität der therapeutischen Beziehung (sekundär)</p>	<p>nicht zutreffend</p>	<p>Maßnahmen zur Stärkung der partizipativen Entscheidungsfindung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shared decision making bezogen auf aktuelle oder zukünftige Behandlungen • Einzel- oder Gruppensetting • direkter Kontakt zwischen Patient:in und Kliniker:in 	<p>Aktive Kontrollgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Treatment as Usual • nicht-spezifizierte Kontrollbehandlung

<p>Troup et al. <i>Clinician perspectives on what constitutes good practice in community services for people with complex emotional needs: A qualitative thematic meta-synthesis</i> 2022 PLoS One 17, e0267787 DOI: 10.1371/journal.pone.0267787</p> <p>Systematisches Review / Metaanalyse</p>	<p>k = 27 Stichproben n = 550 Therapeut:innen</p> <p>Einschlusskriterien: Therapeut:innen von Menschen mit komplexen emotionalen Bedürfnissen (People with Complex Emotional Needs, CEN)¹</p>	<p>nicht zutreffend</p>	<p>Perspektive von Therapeut:innen bezüglich dessen, was eine „gute Versorgungspraxis“ darstellt</p>	<p>keine Themenanalyse basierend auf qualitativen Daten</p>
<p>Tryon et al. <i>Meta-Analyses of the Relation of Goal Consensus and Collaboration to Psychotherapy Outcome</i> 2018 Psychotherapy 55, 372-383 DOI: 10.1037/pst0000170</p> <p>Systematisches Review / Metaanalyse</p>	<p>k = 84 Studien n = 7.278 Patient:innen bezüglich Zielkonsens und Therapieergebnis n = 5.286 Patient:innen bezüglich Zusammenarbeit und Therapieergebnis</p> <p>Einschlusskriterien: Patient:innen in Psychotherapie</p>	<p>nicht zutreffend</p>	<p>Zielkonsens und Zusammenarbeit</p>	<p>keine Exposition wird kontinuierlich betrachtet</p>

¹ Die Autor:innen entschieden sich für diese Terminologie, da sie den Begriff „Persönlichkeitsstörung“ als möglicherweise stigmatisierend und demotivierend empfinden. In die Meta-Analyse gingen jedoch vorwiegend Studien ein, die selbst den Begriff „Persönlichkeitsstörung“ (meist „Borderline-Persönlichkeitsstörung“) verwendeten.

Tabelle 66: Informationen zu Evidenz Schlüsselfrage 11

Referenz	Eingeschlossene Konzepte (Anzahl und Charakteristika Teilnehmer*innen nicht zutreffend)	Eingeschlossene diagnostische Methoden (Drop-Out nicht zutreffend)	Eingeschlossene Gütekriterien (Intervention nicht zutreffend)	(Kontrolle nicht zutreffend)
<p>Birkhölzer, M.; Schmeck, K.; Goth, K. <i>Assessment of Criterion A</i> 2021 Current Opinion in Psychology 37: 98-103 DOI: 10.1016/j.cop.syc.2020.09.009</p> <p>Narratives Review</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Konzept gemäß der Level of Personality Functioning Scale (Kriterium A des DSM-5 AMPD) 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstberichte • Klinische Interviews/ Expertenratings 	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität • Validität • Klinische Nützlichkeit 	
<p>Haslam, N.; McGrath, M. J.; Viechtbauer, W.; Kuppens, P. <i>Dimensions over categories: a meta-analysis of taxometric research</i> 2020 Psychological Medicine 50(9): 1418–1432 DOI: 10.1017/s003329172000183x</p> <p>Meta-Analyse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Persönlichkeitsstörungen • Persönlichkeitsmerkmale • Weitere (ohne direkte Relevanz) 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstberichte • Klinische Interviews/ Expertenratings 	<ul style="list-style-type: none"> • Validität 	

<p>Hörz-Sagstetter, S.; Ohse, L.; Kampe, L. <i>Three Dimensional Approaches to Personality Disorders: a Review on Personality Functioning, Personality Structure, and Personality Organization</i> 2021 Current Psychiatry Reports 23: 45 DOI: 10.1007/s11920-021-01250-y</p> <p>Narratives Review</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Konzept gemäß der Level of Personality Functioning Scale (Kriterium A des DSM-5 AMPD) • Persönlichkeitsorganisation • Persönlichkeitsstruktur 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstberichte • Klinische Interviews/Expertenratings 	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität • Validität • Klinische Nützlichkeit 	
<p>Markon, K. E.; Chmielewski, M.; Miller, C. J. <i>The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: A quantitative review</i> 2011 Psychological Bulletin 137(5): 856–879 DOI: 10.1037/a0023678</p> <p>Meta-Analyse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Persönlichkeitsstörungen • Weitere (ohne direkte Relevanz) 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstberichte • Klinische Interviews/Expertenratings 	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität • Validität 	

<p>Morey, L. C.; McCredie, M. N.; Bender, D. S.; Skodol, A. E. <i>Criterion A: Level of personality functioning in the alternative DSM–5 model for personality disorders</i> 2022 Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment 13(4): 305–315. DOI: 10.1037/per0000551</p> <p>Narratives Review</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Konzept gemäß der Level of Personality Functioning Scale (Kriterium A des DSM-5 AMPD) 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstberichte • Klinische Interviews/Expertenratings 	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität • Validität • Klinische Nützlichkeit 	
<p>Sharp, C.; Wall, K. <i>DSM-5 level of personality functioning: refocusing personality disorder on what it means to be human</i> 2021 Annual Review of Clinical Psychology 17(1): 313–337 DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-105402</p> <p>Narratives Review</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Konzept gemäß der Level of Personality Functioning Scale (Kriterium A des DSM-5 AMPD) 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstberichte • Klinische Interviews/Expertenratings 	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität • Validität 	

<p>Weekers, L. C.; Hutsebaut, J.; Rovers, J. M. C.; Kamphuis, J. H. <i>Head-to-head comparison of the alternative model for personality disorders and Section II personality disorder model in terms of predicting patient outcomes 1 year later</i> 2023 Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. Advance online publication. DOI: 10.1037/per0000637</p> <p>Einzelstudie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Konzept gemäß der Level of Personality Functioning Scale (Kriterium A des DSM-5 AMPD) 	<ul style="list-style-type: none"> • Klinische Interviews/ Expertenratings 	<ul style="list-style-type: none"> • Klinische Nützlichkeit 	
<p>Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. <i>Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.</i> 2024 DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr.</p> <p>Einzelstudie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Konzept gemäß der Level of Personality Functioning Scale (Kriterium A des DSM-5 AMPD) 	<ul style="list-style-type: none"> • Expertenratings 	<ul style="list-style-type: none"> • Klinische Nützlichkeit 	

<p>Young, S.; Beazley, P. Interrater reliability of criterion A of the alternative model for personality disorder (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fifth Edition—Section III): A meta-analysis 2023 Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment 14(6): 613–624. DOI: 10.1037/per0000631</p> <p>Meta-Analyse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Konzept gemäß der Level of Personality Functioning Scale (Kriterium A des DSM-5 AMPD) 	<ul style="list-style-type: none"> • Klinische Interviews 	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität 	
<p>Zimmermann, J.; Hopwood, C. J.; Krueger, R. F. The DSM-5 level of personality functioning scale. 2023 In R. F. Krueger & P. H. Blaney (Eds.), Oxford Textbook of Psychopathology (4th ed., pp. 579-603). Oxford University Press. DOI: 10.1093/med-psych/9780197542521.003.0025</p> <p>Narratives Review inkl. Meta-Analyse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Konzept gemäß der Level of Personality Functioning Scale (Kriterium A des DSM-5 AMPD) 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstberichte • Klinische Interviews/Expertenratings 	<ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität • Validität • Klinische Nützlichkeit 	

Tabelle 67: Kommentare Konsultationsphase

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Stellungnahme Leitlinienkoordination
Anmerkung Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie				
<p>4.3.1.2.3 Weitere Psychosoziale Therapien Künstlerische Therapien Seite 127 – 129</p>	<p>Im Rahmen einer Recherche konnten keine RCTs, systematische Reviews oder Meta-Analysen gefunden werden, in welchen die Wirksamkeit Künstlerischer Therapien bei Patient:innen mit SBPF in der ambulanten Begleitung untersucht wurde (Seite 129)</p>	<p>Bitte um Ergänzung aktueller Studien zu Künstlerischen Therapien. Die Zielgruppe lässt sich auch auf Patient:innen mit SBPF übertragen:</p> <p>In der Übersichtsarbeit von Haeyen, S. & Dimaggio, G. (2024) wurden RCTs (Seite 3) zur Wirksamkeit Künstlerischer Therapien auf das emotionale Erleben, die Emotions- und Verhaltensregulation sowie die Reduzierung von Aggressionen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen gefunden.</p>	<p>Haeyen, S. & Dimaggio, G. (2024) Arts and psychomotor therapies in the treatment of personality disorders. – Journal of Clinical Psychology. Early View https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.23693?af=R</p> <p>RCTs</p> <p>Haeyen, S., van Hooren, S., van der Veld, W. M., & Hutschemaekers, G. (2018a). Efficacy of art therapy in individuals with personality disorders cluster B/C: A randomized controlled trial. Journal of Personality Disorders, 32(4), 527–542. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_312</p> <p>Haeyen, S., van Hooren, S., van der Veld, W. M., & Hutschemaekers, G. (2018b). Promoting mental health versus reducing mental illness in art therapy with patients with personality disorders: A quantitative study. The Arts in Psychotherapy, 58, 11–16. https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.12.009</p> <p>van den Broek, E., Keulen-de Vos, M., & Bernstein, D. P. (2011). Arts therapies and schema focused therapy: A pilot study. The Arts in Psychotherapy, 38(5), 325–332. https://doi.org/10.1016/j.aip.2011.09.005</p>	<p>Nach eingehender Prüfung wurden die Studien aufgenommen.</p>

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Stellungnahme Leitlinienkoordination
		<p>In der Übersichtsarbeit Haeyen, S. (2022) wurde unter Empfehlungen für die Praxis auf Nutzen und Wirkung Künstlerischer Therapien auch im ambulanten Bereich hingewiesen (Seite 10).</p>	<p>Haeyen, S. (2022). Effects of Arts and Psychomotor Therapies in Personality Disorders. Developing a Treatment Guideline Based on a Systematic Review Using GRADE. – Frontiers in Psychiatry, 13. Article 878866. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35782411/</p>	<p>Nach eingehender Prüfung wurden die Studien aufgenommen.</p>
		<p>In einer quantitativen Umfrage, die über einen Zeitraum von 3 Monaten durchgeführt wurde (N= 539), wurden Nutzen und Wirkung Künstlerischer Therapien bei Patient:innen mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen (Seite 3) untersucht.</p>	<p>Haeyen, S. et al. (2020): Benefits of Art Therapy in People Diagnosed With Personality Disorders: A Quantitative Survey. – Front Psychol., 11: 686 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7174707/</p>	<p>Nach eingehender Prüfung wurden die Studien aufgenommen.</p>
<p>Anmerkung 1 Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie</p>				

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Stellungnahme Leitlinienkoordination
s. 28	<p>Fallbeispiel Frau A.</p> <p>...Frau A. ist durchschnittlich groß, schlank und neigt zu Erotisierung. In den diagnostischen Gesprächen in der Hochschulambulanz löst sie bei dem männlichen Interviewer heftige erotische Gegenübertragung aus, bei den weiblichen Interviewerinnen eher Ablehnung und Entwertung.</p>	<p>Bitte diese Sätze ersatzlos streichen!</p>	<p>Die erotisierende Wirkung hat nichts mit dem Schweregrad der PF zu tun, sondern ist eine subjektive Einschätzung des Diagnostikers. Das ist hier unangemessen und überflüssig.</p>	<p>Es geht bei einem Fallbeispiel ja nicht nur darum, noch einmal die diagnostischen Kriterien oder Symptome aufzulisten – diese finden sich in Tabelle 5 der Langversion. Ein Fallbeispiel soll mögliche oder typische Kontexte (lebensgeschichtliche, lebenssituative, innere und äußere etc) „beispielhaft“ beschreiben, damit ein lebendiges Bild möglicher Manifestationen entsteht. Dazu gehört bei Frau A. ihre Neigung, Selbstwertdefizite dadurch zu kompensieren, dass sie (ggf. unbewusst) versucht, andere dazu zu bringen, sie sexuell zu begehren – eine nicht seltene Kompensationsform bei Patient:innen mit SBPF. Um diesen Aspekt zu illustrieren, wurde auch das Erleben des Interviewers benannt und im Kontrast dazu das Erleben der Interviewerinnen – solche dichotomen Reaktionen von Teams oder anderen Gruppen auf Patient:innen mit SBPF sind</p>

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Stellungnahme Leitlinienkoordination
				<p>durchaus typisch. Dem Wunsch der Kommentatorinnen nach einer „neutralen“ Falldarstellung ohne Aussagen über Reaktionen des Teams möchten wir deshalb nicht nachkommen, da es ja gerade ein Kennzeichen von Patient:innen mit SBPF ist, dass sie teilweise intensive Reaktionen in ihrem sozialen Umfeld auslösen. Sexuelle oder erotische Gedankeninhalte und Verhaltensweisen sind nicht verfahrensspezifisch und sollten, wenn sie in der Behandlung eine derart wichtige Rolle spielen wie bei Frau A., auch erkannt und benannt werden.</p>
<p>Anmerkung 2 Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie</p>				
8	9. Haben Patient:innen mit SBPF, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen nicht haben?	Schlechtes Deutsch	Im Text wurde der Änderungsvorschlag übernommen.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Stellungnahme Leitlinienkoordination
	als die, die das nicht haben?			
28	Fallbeispiel Frau A	<p>Das Fallbeispiel sollte überarbeitet werden.</p> <p>Die Darstellung sollte einen rein beschreibenden, nicht wertenden Charakter haben.</p> <p>Z.B. „Frau A. ist durchschnittlich groß, schlank und neigt zu Erotisierung.“</p> <p>„...löst sie bei dem männlichen Interviewer heftige erotische Gegenübertragung aus, bei den weiblichen Interviewerinnen eher</p>	<p>Ggf. sollten die Autoren des Fallbeispiels genannt werden. Der Fall Frau A sollte ans Ende der Fälle gestellt werden (da er sicherlich zu sehr kontroversen Reaktionen führt und am wenigsten durchdacht erscheint).</p> <p>Geschlechtsspezifische Klischees und (hoffentlich) überholte Rollenstereotype sollten keinen Platz in der Leitlinie haben.</p> <p>Hier wird die Beschreibung der Person (groß, schlank) in unpassender Weise verknüpft mit einer Interpretation durch die behandelnde Person (worauf stützt sich die Interpretation „zur Erotisierung neigend“? Es handelt sich dabei nicht um eine Beschreibung der Symptomatik der Patientin)</p> <p>Diese Aussage ist einseitig von einer theoretischen Richtung geprägt. Es werden eher Aussagen über das Behandlungsteam gemacht als über die Patientin. Die Falldarstellungen sollten so „neutral“ formuliert werden, das heißt auch therapieschulenübergreifend.</p> <p>Ist der Symptomkomplex „Suizidgedanken“ nicht wichtiger als die erotische Gegenübertragung der männlichen Teammitglieder?</p>	siehe Stellungnahme bei Anmerkung 1

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Stellungnahme Leitlinienkoordination
		Ablehnung und Entwertung.“	Bei den anderen Fallbeispielen bitte ergänzen, wann das Fallbeispiel aus der Literatur endet und die Interpretation der Leitlinienautoren um welche Art der SBPF es sich handelt beginnt. (Zitate durch „“ kennzeichnen, ebenso Änderungen durch die Autoren)	
38 Abb 1	„Good Clinical	„Good Clinical Praxis“	unvollständig	Korrigiert
44	Vor diesem Hintergrund lassen sich maladaptive Traitmerkmale z.B. als Folge von fehlenden Fähigkeiten erklären (eine Person neigt dazu, gefühllos zu sein, weil ihre Fähigkeit zur Empathie beeinträchtigt ist. Siehe z.B. Sharp und Wall 2021; Zimmermann 2022). Traitmerkmale zeigen einen relativ hohen genetischen Load		Ist das logisch korrekt? Wenn Traitmerkmale eine hohe genetisch Komponente haben, sind dann die fehlenden Fähigkeiten nicht eher die Folge?	Der Satz mit dem hohen genetischen Load war aus Versehen noch im Text (aus einer Vorversion) und sollte eigentlich schon gelöscht sein. Entsprechend wurde dies nachgeholt.
55	Erstens, dass sich Patient:innen mit Persönlichkeitsstörung bei Behandlungen, die	Erstens wünschen sich Patient:innen mit Persönlichkeitsstörung bei Behandlungen, die	Grammatik Analog bei „Zweitens, dass...“	Im Text angepasst

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Stellungnahme Leitlinienkoordination
	meist über mehrere Jahre andauern, eine Langzeitperspektive wünschen.	meist über mehrere Jahre andauern, eine Langzeitperspektive.		
57	Instrumente, die auf dem neueren Schweregradkonzept von Persönlichkeitsstörungen aus der 11. Edition der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11, WHO 2022) basieren, werden in diesem Review nicht berücksichtigt.		Begründung ergänzen	Die meisten Selbsteinschätzungsinstrumente basieren auf einer vorläufigen Version des Modells oder orientieren sich nicht exakt am Konzept der PF (siehe z.B. Olajide, Munjiza, Moran et al., 2017: Development and Psychometric Properties of the Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder (SASPD), Journal of Personality Disorders, doi: 10.1521/pedi_2017_31_285, oder Kim, Blashfield, Tyrer, Hwang, Lee 2013, Field trial of a putative research algorithm for diagnosing ICD-11 personality disorders in psychiatric patients: 1. Severity of personality disturbance, Personality and Mental Health, doi: https://doi.org/10.1002/pmh.1248). Das einzige 2023 verfügbare Instrument, das den

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Stellungnahme Leitlinienkoordination
				Schweregrad modellkonform abbildet, war PDS-ICD-11, und dazu gab es nach unserem Kenntnisstand 2023 nur 2 Studien.
105/106	Selbstenthüllung	Selbstoffenbarung	Ist Selbstenthüllung wirklich die beste Übersetzung von Self-disclosure?	Nach erneuter interner Diskussion wurde „Selbstöffnung“ als beste Übersetzung angenommen.

Tabelle 68: Zusammenfassung Erklärungen zu Interessenkonflikten

Tabelle zur Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

Im Folgenden sind die Interessenerklärungen als tabellarische Zusammenfassung dargestellt sowie die Ergebnisse der Interessenkonfliktbewertung und Maßnahmen, die nach Diskussion der Sachverhalte von der der LL-Gruppe beschlossen und im Rahmen der Konsensuskonferenz umgesetzt wurden.

Leitlinienkoordination: Prof. Dr. Cord Benecke

Leitlinie: LL-SBPF

Registernummer: 134-001

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Benecke, Cord	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja, u.a. Mitglied: DPG, DGPT	kein Thema (keine), keine
Daszkowski, Jurand	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.	kein Thema (keine), keine
Dr. Dillo, Wolfgang	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Systemische Gesellschaft/ Vorstand Kassenwart	Systemische Therapien werden von ihm vermutlich "bevorzugt", aber da wir die Therapieverfahren nicht vergleichen, sehe ich das nicht als problematisch an. (gering), Limitierung von Leitungsfunktion (kein Entzug des Stimmrechts da kein Verfahrensvergleich)
Dr. med. Dulz, Birger	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja, u.a. Mitglied: Vorstand Geps e.V., Vorstand TIN e.V., Vorstand DGTFP e.V.	kein Thema (keine), keine
Dr. Dürich, Christian	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja, u.a. Mitglied: Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie / Psychodynamische	kein Thema (keine), keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Psychotherapie (DFT) e.V. (Kooptiertes Vorstandsmitglied; Leiter der Psychoanalyse-AG, Mitglied der Trauma-AG), Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V. (Ordentliches Mitglied), Mitglied: Marburger Bund (Mitglied), Mitglied: Konferenz ADHS (Kuratoriumsmitglied)	
Engel-Diouf, Claudia	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	kein Thema (keine), keine
Engelhardt, Ute	über Entlassungsberichte und Konzepte für Rehabilitation DRV	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGPPR DGPN	kein Thema (keine), keine
Engesser, Deborah	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja, u.a. Mitglied: EORTC Quality of life Group	kein Thema (keine), keine
Eversmann, Hannah	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja, u.a. Mitglied: DVE - Deutscher Verband der Ergotherapeuten	kein Thema (keine), keine
Dr. Fassbinder, Eva	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja, u.a. Mitglied: DVT / seit Herbst 2021 2. Vorsitzende im Vorstand - Mandatsträgerin DGPPN ISST (International Society for Schema Therapy) DBT Dachverband Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen (GEPS)	kein Thema (keine), keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							ACBS	
Prof. Franke, Gabriele Helga	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	kein Thema (keine), keine
Giertz, Karsten	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	kein Thema (keine), keine
Prof. Dr. Herpertz, Sabine C.	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja, u.a. Mitglied: DGPPN, Vorstandsmitglied, Mitglied: Mitglied des Leitungsgremiums des Zentrums für Psychologische Psychotherapie (KVT), keine Einkünfte, Mitglied: Mitglied des Beirats des Heidelberger Institutes für Psychotherapie (psychodynamisch), keine Einkünfte	kein Thema (keine), keine
Prof. Dr. Hörz-Sagstetter, Susanne	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja, Mitglied: Sprecherin der DGPT Hochschullehrergruppe, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Vorstandsmitglied des TFP Institut München e.V.	Sie ist Vorstand des TFP-Institutes. Aber da wir Verfahren nicht separat bewerten, sollte das kein Problem sein. (keine), keine
Dr. Jansen, Alessa	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Interessensvertretung für die Psychologischen Psychotherapeuten, wird aber ausgewogen durch die Zusammensetzung der LL-Gruppe. (gering), Limitierung von Leitungsfunktion (kein Entzug des Stimmrechts da kein Verfahrensvergleich)
Dr. Dipl.-Psych. Klein, Eva	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	kein Thema (keine), keine
Prof. Dr.	Gerichtsgutach	Wissenschaftlicher	Nein	Elsevier,	BMBF/DZD,	Nein	Mitglied: Vorsitzender und	Zu vermuten ist eine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Kruse, Johannes	ten	Beirat Psychotherapie der BÄK und der BPTK, Arbeitsausschuss "Psychische Gesundheit des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V, AG "Ärztliche Psychotherapie" der BÄK		Schattauer, Thieme	BMBF/DLR, Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss, GKV-Spitzenverband, BMBF/DLR, Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss, BMBF/DZD		anschl. Past President der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), Mitglied: Sprecher der Ständigen Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände (StäKo), Mitglied: DeGPT - keine Funktion, Mitglied: DKPM - keine Funktion, Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen, Klinische Studien, Psychotraumatologie, Somatoforme Störungen, Psychodiabetologie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Stationäre psychosomatische Behandlung., Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Weiterbildungsverbund Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Hessen in der DGPM und Fortbildungsakademie der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) , Persönliche Beziehung: ----	Präferenz für ärztliche Psychotherapie, aber m.E. ohne Auswirkungen auf die LL. Wir haben ihn ja wegen dieser Erfahrungen in die Steuerungsgruppe berufen. (gering), Limitierung von Leitungsfunktion (kein Entzug des Stimmrechts da kein Verfahrensvergleich)
Prof. Dr. Kubiak, Thomas	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Sprecher Fachgruppe Gesundheitspsychologie der DGPs, Mitglied: 1. Vorsitzender Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation, Mitglied: Sprecher AG Geriatrie und Pflege	kein Thema (keine), keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							der Deutschen Diabetes Gesellschaft, Mitglied: Executive Committee Member, seit 2020 President Elect der Society for Ambulatory Assessment	
Dr. Kupsch, Wolfgang	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGPPR - Vorstandsmitglied (Psychosomatische Rehabilitation), Mitglied: DGPT Landesverband BaWü Vorstandsmitglied, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Psychoanalytisches Seminar Freiburg Vorsitzender	kein Thema (keine), keine
Dr. Lammers, Claas-Hinrich	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja, Mitglied: DGPPN, DVT, DVÄT, Wissenschaftliche Tätigkeit: Publikation von Fachbüchern zum Thema Psychotherapie, Klinische Tätigkeit: Ärztlicher Direktor und Chefarzt, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Vorstand des Weiterbildungsverbundes WVPPH, Hamburg (eingetragener Verein)	Perspektive der ärztlichen Psychotherapie, aber gerade deshalb hatten wir ihn ja auch angefragt (gering) Limitierung von Leitungsfunktion (kein Entzug des Stimmrechts da kein Verfahrensvergleich)
Prof. Dr. Lieb, Klaus	keine	keine	Nein	Nein	keine	keine	Ja, u.a. Mitglied: Mitglied bei MEZIS e.V.; Leitung des Fachausschusses Transparenz und Unabhängigkeit der AkdÄ	kein Thema (keine), keine
Prof. Dr. Lindner, Reinhard	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja, u.a. Mitglied: Wissenschaftsforum Geriatrie e.V. 1. Vorsitzender und nach Auflösungsbeschluss Jan. 2021 "Liquidator" des Vereins, Mitglied: Deutsche Akademie für Suizidprävention e.V.	kein Thema (keine), keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							stv. Vorsitzender, Mitglied: Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland, geschäftsführender Leiter, Mitglied in der DGPT, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Arbeitsgemeinschaft für integrative Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatik in Hamburg (APH) e.V. Vorsitzender des wiss. Beirats	
Dotzauer, Lena	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja, u.a. Mitglied: DGPT (Außerordentliches Mitglied)	kein Thema (keine), keine
Dipl.-Psych. Matzat, Jürgen	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja, u.a. Mitglied: DAG SHG	kein Thema (keine), keine
Prof. Dr. Milch, Wolfgang	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja, u.a. Mitglied: DPV DGPT, IAPSP	kein Thema (keine), keine
PD. Dr. med. Montag, Christiane	Nein	Nein	Nein	Nein	IPU Berlin, Prof. Dr. Dorothea von Haebler	Nein	Mitglied: Mitglied und seit 2022 Vorstandsmitglied DDPP, Mitglied: Mitglied Arbeitskreis OPD / Strukturachse / psychotische Störungen , Wissenschaftliche Tätigkeit: Soziale Kognition, Metakognition und Empathie, Psychosenpsychotherapie, kreative Therapien, innovative Versorgungsmodelle, Vermeidung von Zwang im psychiatrischen Hilfesystem, Wissenschaftliche Tätigkeit: Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosenpsychotherapie,	Forschungstätigkeit, Verbandstätigkeit, Lehre und Publikationen zur psychodynamischen Psychosenpsychotherapie (gering), Limitierung von Leitungsfunktion (kein Entzug des Stimmrechts da kein Verfahrensvergleich)

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Differentialdiagnostik von psychotischen Erkrankungen, innovative Versorgungsmodelle, Hometreatment , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Curriculum zur psychodynamischen Psychosenpsychotherapie (Kooperation IPU und Charité/PUK SHK)	
Dr. Munz, Dietrich	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie eV (DGPT)	kein Thema (gering), Vertreter der Bundespsychotherapeutenkammer, daher Interessensvertretung für Psychologische Psychotherapie. Durch Zusammensetzung der LL-Gruppe aber ausgeglichen. Limitierung von Leitungsfunktion (kein Entzug des Stimmrechts da kein Verfahrensvergleich)
Prof. Dr. Muschalla, Beate	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja, u.a. Mitglied: PKN (Psychotherapeutenkammer Niedersachsen), DGPs, DGRW, DGPPR, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Leitung des WSPP und WSKJP Ausbildungsgänge für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an der TU Braunschweig	kein Thema (keine), keine
Müller, Ina	Nein	Nein	Nein	Nein	German Ministry of Health (BMG), German Federal Joint	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS), Wissenschaftliche Tätigkeit:	kein Thema (keine), keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
					Committee independent Funding Programme for Clinical Practice Guidelines developed under the auspices of AWMF member societies, German Cancer Aid Foundation, German Ministry for Education and Research (BMBF)		Mensch-Computer-Interaktion, ethische Aspekte zum Einsatz von digitalen Anwendungen, soziale Transformationen bzgl. fortschreitender Digitalisierung, Wissenschaftliche Tätigkeit: Müller, I.; Moebert, T.; Lucke, U. (2020): Lessons Learned from Designing Adaptive Training Systems: An Ethical Perspective. In: N. Pinkwart, Sa. Liu (Hrgs.) Artificial Intelligence Supported Educational Technologies, Advances in Analytics for Learning and Teaching, Springer: Cham , S. 273-290., Wissenschaftliche Tätigkeit: Lucke, U.; Köhler, T.; Assadi, G.; Moebert, T.; Müller, I.; Kranz, J.; Viehöver, W.; Böschen, S.; Manzeschke, A. (2022): Interaktive Landkarten als ein Lernwerkzeug zur ethischen Exploration und Reflexion in Konstruktionsprozessen. In: Peter A. Henning, Michael Striwe und Matthias Wölfel (Hg.): DELFI 2022, Die 20. Fachtagung Bildungstechnologien der Gesellschaft für Informatik e.V., 12.-14. September 2022, Karlsruhe, P-322: Gesellschaft für Informatik e.V (LNI), S. 183-188.	
Dr. med. Nothacker, Monika	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	nein	Ja, u.a. Mitglied: - Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (Mitglied) - Deutsche Krebsgesellschaft	kein Thema (keine), keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							(Mitglied bis 12/2020) - Guidelines International Network/GRADE Working Group (Mitglied)	
Prof. Dr. Ommert, Judith	Ja	keine Vorhanden	Nein	Nein	keine vorhanden	keine vorhanden	Ja, u.a. Mitglied: DGSA, Mitglied: DVSG, Mitglied: AG Teilhabeforschung	kein Thema (keine), keine
Dr. med. Reddemann, Olaf	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja, u.a. Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, Mitglied der Ständigen Leitlinienkommission, Sprecher bzw. Co-Sprecher der AG Psychosomatik, Mitglied: Deutscher Hausärzterverband, DGPM, Balintgesellschaft, DZvhÄ jeweils ohne besondere Funktion, Mitglied: Carus-Stiftung, Stiftungsbeirat	kein Thema (keine), keine
Prof. Dr. Reiningner, Klaus Michael	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DPTV Landesgruppe Hamburg/ Vorstandsmitglied, Wissenschaftliche Tätigkeit: DFT/Vizepräsident	kein Thema (keine), keine
Prof. Renneberg, Babette	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Mitglied der Steuergruppe zu AWMF S3 Leitlinie Borderline Persönlichkeitsstörung Mitglied der DGPS, Wissenschaftliche Tätigkeit: Buchautorin: "Persönlichkeitsstörungen" in der Reihe Fortschritte der Psychotherapie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Leitung der Hochschulambulanz der Freien Universität Berlin,	federführende Leitung eines Ausbildungsinstituts für VT (gering), Limitierung von Leitungsfunktion (kein Entzug des Stimmrechts da kein Verfahrensvergleich)

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Verhaltenstherapeutin, Supervisorin und Ausbilderin, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Leitung des ZGFU, Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (VT)	
Rixe, Jacqueline	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja, u.a. Mitglied: Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP), Beirätin im Vorstand, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Leiterin des Studiengangs Psychische Gesundheit/Psychiatrische Pflege	kein Thema (keine), keine
Prof. Dr. Röh, Dieter	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	kein Thema (keine), keine
Schumacher, Cornelia	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: BAG KT (Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien) DFKGT (Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie) WFKT (Wissenschaftliche Fachgesellschaft Künstlerische Therapien)	kein Thema (keine), keine
Dipl.-Psych. Schäfer, Georg	Keine	Ja	Nein	Nein	Nein	keine	Ja, u.a. Mitglied: Vorsitzender und stellv. Vorsitzender DGPT e.V. Vorsitzender Wilhelm Bitter Stiftung Vorsitzender Verein zur Förderung der Psychoanalyse und Tiefenpsychologie in Deutschland e.V. Delegierter zum Deutschen Psychotherapeutentag	kein Thema (keine), keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Mitglieder der Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW	
Prof. Dr. Siegel, Stefan	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja, u.a. Mitglied und Vorstandstätigkeit in der DGSMTW (Entsendende Fachgesellschaft), einfaches Mitglied in der DGPPN, DeGPT und der Deutschen Balint-Gesellschaft, Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychiatrie und Psychotherapie	kein Thema (keine), keine
Dr. Siegl, Judith	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja, u.a. Mitglied: Sprecherin des Instituteausschuss des DVT (Deutscher Fachverband Verhaltenstherapie) Kammerdelegierte in der Bayerischen Psychotherapeutenkammer delegierte des deutschen Psychotherapeutentages, Ambulanzleitung des CIP (u.a. Screening der Patient*innen) Supervisorin , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Institutsleitung des CIP Bamberg und Erlangen; staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut	kein Thema (keine), keine
Prof. Dr. Singer, Susanne	Nein	Content Ed Net, Lilly	Nein	Pfizer	Nein	Nein	Mitglied: EORTC Quality of Life Group, Mitglied: EORTC Head and Neck Cancer Group, Mitglied: AG PSO der DKG, Mitglied: AG Psychodynamische Hochschulprofessorinnen und Professoren (Vorstand), Mitglied: Deutsche Psychoanalytische	Vorstandstätigkeit Psychodynamik / Psychoanalyse (gering), Methoden und Ergebnisse der Evidenzrecherche werden von Johannes Zimmermann mitbegutachtet (Peer) Limitierung von

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Vereinigung (Mitglied), Mitglied: DGPT (Mitglied), Wissenschaftliche Tätigkeit: Lebensqualitätsforschung, Onkologie, psychische Gesundheit und psychosoziale Versorgung von Krebspatienten, Psychotherapie, Psychoanalyse, EbM, Sozialepidemiologie, Wissenschaftliche Tätigkeit: derzeit nicht klinisch tätig, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Vorstandsmitglied des Mainzer Psychoanalytischen Instituts	Leitungsfunktion (kein Entzug des Stimmrechts da kein Verfahrensvergleich)
Prof. Dr. Spitzer, Carsten	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja, u.a. Mitglied: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik	kein Thema (keine), keine
Dr. med. Steger, Thomas	-	-	Ja	Nein	-	-	Ja	kein Thema (keine), keine
Tarbiat, Kaveh	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	kein Thema (keine), keine
Dipl.-Psych. Waldherr, Benedikt	Projekt PETRA 1 finanziert durch Innovationsfonds des GBA	keine	Nein	Nein	PETRA 2 Projekt des Innovationsfonds des GBA	keine	Mitglied: Vorsitzender bvvp-Bundesverband, Psychologischer Psychotherapeut, Verhaltenstherapie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Einzelne Artikel zum ICD 10 und ICD 11 in unserem Verbandsmagazin, Wissenschaftliche Tätigkeit: Behandlung Psychisch kranker Menschen auch mit Komplexen Persönlichkeitsstörungen, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Fortbildungen zum ICD 10 im	Interessensvertreter für niedergelassene Psychotherapeuten, allerdings haben wir ihn ja gerade deshalb angefragt. (gering), Limitierung von Leitungsfunktion (kein Entzug des Stimmrechts da kein Verfahrensvergleich)

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Rahmen unseres Verbandes, Persönliche Beziehung: keine	
Prof. Dr. Weißflog, Sabine	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	kein Thema (keine), keine
Welk, Claudia	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	kein Thema (keine), keine
Wendt, Leon	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	kein Thema (keine), keine
Dr. Wessels, Tina	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	kein Thema (keine), keine
MD/PhD Wiegand, Hauke	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja, u.a. Mitglied: Mitgliedschaft in: DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie ISST - International Society for Schematherapy	kein Thema (keine), keine
Prof. Wingenfeld, Katja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	„Membership Committee“ der ISPNE (International Society of Psychoneuroendocrinology)	kein Thema (keine), keine
Prof. Dr. Zimmermann, Johannes	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja, u.a. Mitglied: Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology (HiTOP) Konsortium	kein Thema (keine), keine
van Haaren, Yannik	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja, u. a. Mitglied: Außerordentliches Mitglied in der DGPT, Stellvertretender Bundeskandidatensprecher in der DPG, Mitglied im bvvp, Mitglied im DptV, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: DPG Jahrestagung 2021 in Göttingen / online	kein Thema (keine), keine
Prof. Dr. von Haebler,	-	-	DDPP VIA	Nein	Charité IPU	-	Mitglied: Dachverband Deutschsprachiger	Federführende Leitung einer Fortbildung, Vorsitzende

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Dorothea			UKE				<p>PsychosenPsychotherapie e.V., Vorsitzende, Mitglied: DGPT, Wissenschaftliche Tätigkeit: Professur für Interdisziplinäre Psychosentherapie, Multiprofessionelle Arbeit für Menschen mit Psychosen Lehre im Studium im Rahmen der Lehrtätigkeit und eingeladene Vorträge anderer akademischer Einrichtungen.</p> <p>, Wissenschaftliche Tätigkeit: Leitung Psychoseambulanz.Berlin -psychotische Störungen; Schizophrenien; Bipolare Störungen Sprechstunde PIA der Charité, CCM, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Curriculare Fortbildung in Psychodynamischer Psychosentherapie, Persönliche Beziehung: nein</p>	Fachgesellschaft (gering), Limitierung von Leitungsfunktion (kein Entzug des Stimmrechts da kein Verfahrenvergleich)

Literaturverzeichnis

- Adu, Medard Kofi; Shalaby, Reham; Eboreime, Ejemai; Sapara, Adegboyega; Lawal, Mobolaji A.; Chew, Corina et al. (2023): Apparent Lack of Benefit of Combining Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation with Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for the Treatment of Resistant Depression: Patient-Centered Randomized Controlled Pilot Trial. In: *Brain sciences* 13 (2). DOI: 10.3390/brainsci13020293.
- Althobaiti, Salman; Kazantzis, Nikolaos; Ofori-Asenso, Richard; Romero, Lorena; Fisher, Jane; Mills, Kerry E.; Liew, Danny (2020): Efficacy of interpersonal psychotherapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. In: *Journal of affective disorders* 264, S. 286–294. DOI: 10.1016/j.jad.2019.12.021.
- Asmundson, Gordon J. G.; Thorisdottir, Audur S.; Roden-Foreman, Jacob W.; Baird, Scarlett O.; Witcraft, Sara M.; Stein, Aliza T. et al. (2019): A meta-analytic review of cognitive processing therapy for adults with posttraumatic stress disorder. In: *Cognitive behaviour therapy* 48 (1), S. 1–14. DOI: 10.1080/16506073.2018.1522371.
- Bender, Donna S.; Morey, Leslie C.; Skodol, Andrew E. (2011): Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. In: *Journal of personality assessment* 93 (4), S. 332–346. DOI: 10.1080/00223891.2011.583808.
- Birkhölzer, M., Schmeck, K., & Goth, K. (2021): Assessment of Criterion A. In: *Current Opinion in Psychology* (37), S. 98–103.
- Bourke, Emilie; Barker, Chris; Fornells-Ambrojo, Miriam (2021): Systematic review and meta-analysis of therapeutic alliance, engagement, and outcome in psychological therapies for psychosis. In: *Psychology and psychotherapy* 94 (3), S. 822–853. DOI: 10.1111/papt.12330.
- Browne, Julia; Wright, Abigail C.; Berry, Katherine; Mueser, Kim T.; Cather, Corinne; Penn, David L.; Kurtz, Matthew M. (2021): The alliance-outcome relationship in individual psychosocial treatment for schizophrenia and early psychosis: A meta-analysis. In: *Schizophrenia research* 231, S. 154–163. DOI: 10.1016/j.schres.2021.04.002.
- Buer Christensen, Tore; Eikenaes, Ingeborg; Hummelen, Benjamin; Pedersen, Geir; Nysæter, Tor-Erik; Bender, Donna S. et al. (2020): Level of personality functioning as a predictor of psychosocial functioning-Concurrent validity of criterion A. In: *Personality disorders* 11 (2), S. 79–90. DOI: 10.1037/per0000352.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2018): BPTK-Studie: Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie – Wartezeiten 2018. Bundespsychotherapeutenkammer. Online verfügbar unter www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf, zuletzt aktualisiert am 2018, zuletzt geprüft am 15.12.2021.
- CADTH Search Filters Database (2022): SR / MA / HTA / ITC - CINAHL. CADTH. Ottawa. Online verfügbar unter <https://searchfilters.cadth.ca/link/98>, zuletzt aktualisiert am 01.12.2021, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Coenen, M.; Schuetz, G. M.; Dewey, M. (2013): Bewertung der methodischen Qualität von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen: AMSTAR (A Measurement Tool for the Assessment of Multiple Systematic Reviews). In: *RoFo : Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin* 184 (10), S. 937–940. DOI: 10.1055/s-0033-1350140.
- Cohen, J. (1969): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 1st. edition.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge Academic, New York.

Constantino, Michael J.; Vřslř, Andreea; Coyne, Alice E.; Boswell, James F. (2018): A meta-analysis of the association between patients' early treatment outcome expectation and their posttreatment outcomes. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 473–485. DOI: 10.1037/pst0000169.

Cronbach, L. J., & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52(4), 281–302

Dehn, Lorenz B.; Beblo, Thomas; Richter, Dirk; Wienberg, Günther; Kremer, Georg; Steinhart, Ingmar; Driessen, Martin (2022): Effectiveness of supported housing versus residential care in severe mental illness: a multicenter, quasi-experimental study. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 57 (5), S. 927–937. DOI: 10.1007/s00127-021-02214-6.

Dehn, Lorenz B.; Beblo, Thomas; Wienberg, Günther; Driessen, Martin; Steinhart, Ingmar (2021): Wie wirksam ist Wohnunterstützung? Ein Vergleich von Unterstützungsangeboten in der eigenen Wohnung und solchen in der besonderen Wohnform. In: *Kerbe* (4), S. 24–26.

Dieterich, Marina; Irving, Claire B.; Bergman, Hanna; Khokhar, Mariam A.; Park, Bert; Marshall, Max (2017): Intensive case management for severe mental illness. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 1 (1), CD007906. DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub3.

Elliott, Robert; Bohart, Arthur C.; Watson, Jeanne C.; Murphy, David (2018): Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 399–410. DOI: 10.1037/pst0000175.

Eubanks, Catherine F.; Muran, J. Christopher; Safran, Jeremy D. (2018): Alliance rupture repair: A meta-analysis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 508–519. DOI: 10.1037/pst0000185.

Farber, Barry A.; Suzuki, Jessica Y.; Lynch, David A. (2018): Positive regard and psychotherapy outcome: A meta-analytic review. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 411–423. DOI: 10.1037/pst0000171.

Flückiger, Christoph; Del Re, A. C.; Wampold, Bruce E.; Horvath, Adam O. (2018): The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 316–340. DOI: 10.1037/pst0000172.

Gelso, Charles J.; Kivlighan, Dennis M.; Markin, Rayna D. (2018): The real relationship and its role in psychotherapy outcome: A meta-analysis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 434–444. DOI: 10.1037/pst0000183.

Haslam, Nick; McGrath, Melanie J.; Viechtbauer, Wolfgang; Kuppens, Peter (2020): Dimensions over categories: a meta-analysis of taxometric research. In: *Psychological medicine* 50 (9), S. 1418–1432. DOI: 10.1017/s003329172000183x.

Haw, Rebecca; Hartley, Samantha; Trelfa, Sarah; Taylor, Peter J. (2023): A systematic review and meta-ethnography to explore people's experiences of psychotherapy for self-harm. In: *The British journal of clinical psychology* 62 (2), S. 392–410. DOI: 10.1111/bjc.12414.

Hayes, Jeffrey A.; Gelso, Charles J.; Goldberg, Simon; Kivlighan, Dennis Martin (2018): Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 496–507. DOI: 10.1037/pst0000189.

Hedman, Erik; Axelsson, Erland; Andersson, Erik; Lekander, Mats; Ljótsson, Brjánn (2016): Exposure-based cognitive-behavioural therapy via the internet and as bibliotherapy for somatic symptom

- disorder and illness anxiety disorder: randomised controlled trial. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 209 (5), S. 407–413. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.181396.
- Hill, Clara E.; Knox, Sarah; Pinto-Coelho, Kristen G. (2018): Therapist self-disclosure and immediacy: A qualitative meta-analysis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 445–460. DOI: 10.1037/pst0000182.
- Horvath, Adam O.; Greenberg, Leslie S. (1989): Development and validation of the Working Alliance Inventory. In: *Journal of Counseling Psychology* 36 (2), S. 223–233. DOI: 10.1037/0022-0167.36.2.223.
- Hörz-Sagstetter, Susanne; Ohse, Ludwig; Kampe, Leonie (2021): Three Dimensional Approaches to Personality Disorders: a Review on Personality Functioning, Personality Structure, and Personality Organization. In: *Current psychiatry reports* 23 (7), S. 45. DOI: 10.1007/s11920-021-01250-y.
- Howard, Ruth; Berry, Katherine; Haddock, Gillian (2022): Therapeutic alliance in psychological therapy for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. In: *Clinical psychology & psychotherapy* 29 (2), S. 373–399. DOI: 10.1002/cpp.2642.
- Ijaz, Sharea; Davies, Philippa; Williams, Catherine J.; Kessler, David; Lewis, Glyn; Wiles, Nicola (2018): Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 5 (5), CD010558. DOI: 10.1002/14651858.CD010558.pub2.
- Jacobi, Frank; Höfler, Michael; Siegert, Jens; Mack, Simon; Gerschler, Anja; Scholl, Lucie et al. (2014): Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). In: *International journal of methods in psychiatric research* 23 (3), S. 304–319. DOI: 10.1002/mpr.1439.
- Ket, J. C.F.; Leclercq, E.; Mol, M.; Riphagen, I.; Staaks, J.; Vries, R. de (2019): Search Blocks Children. Online verfügbar unter <https://blocks.bmi-online.nl/catalog/58>, zuletzt aktualisiert am 18.11.2019, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Kien, Christina; Gartlehner, Gerald; Kaminski-Hartenthaler, Angela; Meerpohl, Joerg J.; Flamm, Maria; Langer, Gero et al. (2013): GRADE-Leitlinien: 9. Heraufstufen der Qualität der Evidenz. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 107 (3), S. 249–255. DOI: 10.1016/j.zefq.2013.04.007.
- Krivzov, Juri; Baert, Fleur; Meganck, Reitske; Cornelis, Shana (2021): Interpersonal dynamics and therapeutic relationship in patients with functional somatic syndromes: A metasynthesis of case studies. In: *Journal of Counseling Psychology* 68 (5), S. 593–607. DOI: 10.1037/cou0000529.
- Kulig, Michael; Perleth, Matthias; Langer, Gero; Meerpohl, Joerg J.; Gartlehner, Gerald; Kaminski-Hartenthaler, Angela; Schünemann, Holger J. (2012): GRADE Leitlinien: 6. Einschätzung der Qualität der Evidenz - Unzureichende Präzision. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 106 (9), S. 677–688. DOI: 10.1016/j.zefq.2012.10.016.
- Laws, Keith R.; Darlington, Nicole; Kondel, Tejinder K.; McKenna, Peter J.; Jauhar, Sameer (2018): Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia - outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis. In: *BMC psychology* 6 (1), S. 32. DOI: 10.1186/s40359-018-0243-2.
- Leclercq, Edith; Leeflang, Mariska M. G.; van Dalen, Elvira C.; Kremer, Leontien C. M. (2013): Validation of search filters for identifying pediatric studies in PubMed. In: *The Journal of pediatrics* 162 (3), 629–634.e2. DOI: 10.1016/j.jpeds.2012.09.012.
- Li, Jia-Mei; Zhang, Yi; Su, Wen-Jun; Liu, Lin-Lin; Gong, Hong; Peng, Wei; Jiang, Chun-Lei (2018): Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis. In: *Psychiatry research* 268, S. 243–250. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.07.020.

- Lim, Christopher T.; Caan, Marissa P.; Kim, Clara H.; Chow, Clifton M.; Leff, H. Stephen; Tepper, Miriam C. (2022): Care Management for Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 73 (2), S. 180–187. DOI: 10.1176/appi.ps.202000473.
- Loughlin, Matthew; Bucci, Sandra; Brooks, Joanna; Berry, Katherine (2020): Service users' and carers' experiences of engaging with early intervention services: A meta-synthesis review. In: *Early intervention in psychiatry* 14 (1), S. 26–36. DOI: 10.1111/eip.12803.
- Markon, Kristian E.; Chmielewski, Michael; Miller, Christopher J. (2011): The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: a quantitative review. In: *Psychological bulletin* 137 (5), S. 856–879. DOI: 10.1037/a0023678.
- McLaughlin, Stephanie P. B.; Barkowski, Sarah; Burlingame, Gary M.; Strauss, Bernard; Rosendahl, Jenny (2019): Group psychotherapy for borderline personality disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 56 (2), S. 260–273. DOI: 10.1037/pst0000211.
- Meerpohl, Joerg J.; Langer, Gero; Perleth, Matthias; Gartlehner, Gerald; Kaminski-Hartenthaler, Angela; Schünemann, Holger (2012a): GRADE-Leitlinien: 3. Bewertung der Qualität der Evidenz (Vertrauen in die Effektschätzer). In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 106 (6), S. 449–456. DOI: 10.1016/j.zefq.2012.06.013.
- Meerpohl, Joerg J.; Langer, Gero; Perleth, Matthias; Gartlehner, Gerald; Kaminski-Hartenthaler, Angela; Schünemann, Holger (2012b): GRADE-Leitlinien: 4. Bewertung der Qualität der Evidenz - Studienlimitationen (Risiko für Bias). In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 106 (6), S. 457–469. DOI: 10.1016/j.zefq.2012.06.014.
- Mehl, Stephanie; Werner, Dirk; Lincoln, Tania M. (2015): Does Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis. In: *Frontiers in psychology* 6, S. 1450. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01450.
- Mehl, Stephanie; Werner, Dirk; Lincoln, Tania M. (2019): Corrigendum: Does Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis. In: *Frontiers in psychology* 10, S. 1868. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01868.
- Merz, Jasmin; Schwarzer, Guido; Gerger, Heike (2019): Comparative Efficacy and Acceptability of Pharmacological, Psychotherapeutic, and Combination Treatments in Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Network Meta-analysis. In: *JAMA psychiatry* 76 (9), S. 904–913. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0951.
- Morey, Leslie C.; Bender, Donna S.; Skodol, Andrew E. (2013): Validating the proposed diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition, severity indicator for personality disorder. In: *The Journal of nervous and mental disease* 201 (9), S. 729–735. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3182a20ea8.
- Morey, Leslie C.; McCredie, Morgan N.; Bender, Donna S.; Skodol, Andrew E. (2022): Criterion A: Level of personality functioning in the alternative DSM-5 model for personality disorders. In: *Personality disorders* 13 (4), S. 305–315. DOI: 10.1037/per0000551.
- Morey, Leslie C.; Skodol, Andrew E.; Oldham, John M. (2014): Clinician judgments of clinical utility: A comparison of DSM-IV-TR personality disorders and the alternative model for DSM-5 personality disorders. In: *Journal of abnormal psychology* 123 (2), S. 398–405. DOI: 10.1037/a0036481.
- Müller, H.; Haag, I.; Jessen, F.; Kim, E. H.; Klaus, J.; Konkol, C.; Bechdorf, A. (2016): Kognitive Verhaltenstherapie und Assertive Community Treatment reduzieren die Anzahl stationärer Tage und

verlängern die Zeit bis zu einer stationären Aufnahme bei schweren psychotischen Störungen. In: *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 84 (2), S. 76–82. DOI: 10.1055/s-0042-102055.

Mullins-Sweatt, Stephanie N.; Widiger, Thomas A. (2009): Clinical utility and DSM-V. In: *Psychological assessment* 21 (3), S. 302–312. DOI: 10.1037/a0016607.

Nolting, Alexandra; Perleth, Matthias; Langer, Gero; Meerpohl, Joerg J.; Gartlehner, Gerald; Kaminski-Hartenthaler, Angela; Schünemann, Holger J. (2012): GRADE Leitlinien: 5. Einschätzung der Qualität der Evidenz - Publikationsbias. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 106 (9), S. 670–676. DOI: 10.1016/j.zefq.2012.10.015.

Perleth, Matthias; Langer, Gero; Meerpohl, Joerg J.; Gartlehner, Gerald; Kaminski-Hartenthaler, Angela; Schünemann, Holger J. (2012): GRADE Leitlinien: 7. Einschätzung der Qualität der Evidenz - Inkonsistenz. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 106 (10), S. 733–744. DOI: 10.1016/j.zefq.2012.10.018.

Pieper, Dawid; Jülich, Fabian; Antoine, Sunya-Lee; Bächle, Christina; Chernyak, Nadja; Genz, Jutta et al. (2015): Studies analysing the need for health-related information in Germany - a systematic review. In: *BMC health services research* 15, S. 407. DOI: 10.1186/s12913-015-1076-9.

Rabe-Menssen, C.; Ruh, M.; Dazer, A. (2019): Die Versorgungssituation seit der Reform der Psychotherapie- Richtlinie 2017. Ergebnisse der DPTV-Onlineumfragen 2017 und 2018 zu Wartezeiten. In: *Psychotherapie Aktuell* 1 (1), S. 25–34.

Rasch, Andrej; Perleth, Matthias; Langer, Gero; Meerpohl, Joerg J.; Gartlehner, Gerald; Kaminski-Hartenthaler, Angela; Schünemann, Holger J. (2012): GRADE Leitlinien: 8. Einschätzung der Qualität der Evidenz - Indirektheit. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 106 (10), S. 745–753. DOI: 10.1016/j.zefq.2012.10.019.

Rodante, Demián E.; Kaplan, Marcela I.; Olivera Fedi, Ramiro; Gagliosi, Pablo; Pascali, Agustina; José Quintero, Paula S. et al. (2022): CALMA, a Mobile Health Application, as an Accessory to Therapy for Reduction of Suicidal and Non-Suicidal Self-Injured Behaviors: A Pilot Cluster Randomized Controlled Trial. In: *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research* 26 (2), S. 801–818. DOI: 10.1080/13811118.2020.1834476.

Salvador-Oliván, José Antonio; Marco-Cuenca, Gonzalo; Arquero-Avilés, Rosario (2021): Development of an efficient search filter to retrieve systematic reviews from PubMed. In: *Journal of the Medical Library Association : JMLA* 109 (4), S. 561–574. DOI: 10.5195/jmla.2021.1223.

Sharp, Carla; Wall, Kiana (2021): DSM-5 Level of Personality Functioning: Refocusing Personality Disorder on What It Means to Be Human. In: *Annual review of clinical psychology* 17, S. 313–337. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-105402.

Singer, Susanne; Maier, Lena; Paserat, Anke; Lang, Klaus; Wirp, Bernhild; Kobes, Jörg et al. (2022): Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz vor und nach der Psychotherapiestrukturereform. In: *Psychotherapeut* 67 (2), S. 176–184. DOI: 10.1007/s00278-021-00551-0.

Sonis, Jeffrey; Cook, Joan M. (2019): Medication versus trauma-focused psychotherapy for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. In: *Psychiatry research* 282, S. 112637. DOI: 10.1016/j.psychres.2019.112637.

Stovell, Diana; Morrison, Anthony P.; Panayiotou, Margarita; Hutton, Paul (2016): Shared treatment decision-making and empowerment-related outcomes in psychosis: systematic review and meta-analysis. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 209 (1), S. 23–28. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.158931.

- The Cochrane Collaboration (Hg.) (2011): *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 (updated March 2011).
- Thompson, Christopher T.; Vidgen, Andrew; Roberts, Neil P. (2018): Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. In: *Clinical psychology review* 63, S. 66–79. DOI: 10.1016/j.cpr.2018.06.006.
- Troup, Jordan; Lever Taylor, Billie; Sheridan Rains, Luke; Broeckelmann, Eva; Russell, Jessica; Jaynes, Tamar et al. (2022): Clinician perspectives on what constitutes good practice in community services for people with complex emotional needs: A qualitative thematic meta-synthesis. In: *PLoS one* 17 (5), e0267787. DOI: 10.1371/journal.pone.0267787.
- Tryon, Georgiana Shick; Birch, Sarah E.; Verkuilen, Jay (2018): Meta-analyses of the relation of goal consensus and collaboration to psychotherapy outcome. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 372–383. DOI: 10.1037/pst0000170.
- Turner, David T.; Burger, Simone; Smit, Filip; Valmaggia, Lucia R.; van der Gaag, Mark (2020): What Constitutes Sufficient Evidence for Case Formulation-Driven CBT for Psychosis? Cumulative Meta-analysis of the Effect on Hallucinations and Delusions. In: *Schizophrenia bulletin* 46 (5), S. 1072–1085. DOI: 10.1093/schbul/sbaa045.
- van Bronswijk, Suzanne; Moopen, Neha; Beijers, Lian; Ruhe, Henricus G.; Peeters, Frenk (2019): Effectiveness of psychotherapy for treatment-resistant depression: a meta-analysis and meta-regression. In: *Psychological medicine* 49 (3), S. 366–379. DOI: 10.1017/S003329171800199X.
- Weekers, Laura C.; Hutsebaut, Joost; Rovers, Jenneke M. C.; Kamphuis, Jan H. (2024): Head-to-head comparison of the alternative model for personality disorders and Section II personality disorder model in terms of predicting patient outcomes 1 year later. In: *Personality disorders* 15 (2), S. 101–109. DOI: 10.1037/per0000637.
- Wei, Yanping; Chen, Shulin (2021): Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. In: *Psychological trauma : theory, research, practice and policy* 13 (8), S. 877–884. DOI: 10.1037/tra0000922.
- Wendt, L. P.; Engesser, D.; Dotzauer, L.; van Haaren, Y.; Benecke, C.; Singer, S.; Zimmermann, J. (2024a): Leitlinien-Mapping der LL-SBPF – Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/Q2FKJ>
- Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr.
- Young, Samantha E.; Beazley, Peter (2023): Interrater reliability of criterion A of the alternative model for personality disorder (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fifth Edition-Section III): A meta-analysis. In: *Personality disorders* 14 (6), S. 613–624. DOI: 10.1037/per0000631.
- Zimmermann, Johannes; Hopwood, Christopher J.; Krueger, Robert F. (2023): The DSM-5 Level of Personality Functioning Scale. In: Robert F. Krueger und Paul H. Blaney (Hg.): *Oxford Textbook of Psychopathology*: Oxford University Press New York, S. 579–603.

Schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen - Was ist das und wie kann man das behandeln?

Was sind Persönlichkeitsfunktionen?

Persönlichkeitsfunktionen sind Fähigkeiten, die zur Bewältigung des Lebens wichtig sind, sowohl im Umgang mit anderen Menschen als auch im Umgang mit sich selbst. Dazu gehören:

Identität:

Das heißt, dass man ein sicheres Gefühl dafür hat, wer und was man ist.

Selbststeuerung:

Das bedeutet, dass man Gefühle von Trauer, Ärger usw. so handhaben kann, dass man nicht ungewollt von ihnen völlig überschwemmt wird.

Empathie:

Darunter versteht man die Fähigkeit, sich in andere Menschen einfühlen zu können.

Nähe:

Diese Fähigkeit beschreibt, wie gut man in der Lage ist, sich Anderen anzuvertrauen.

Menschen können hinsichtlich dieser Fähigkeiten vorübergehend oder dauerhaft schwer oder sogar extrem beeinträchtigt sein. Bei vielen psychischen Erkrankungen spielt eine solche dauerhafte Beeinträchtigung eine Rolle. Man kann diese Beeinträchtigungen aber behandeln.

Für **Menschen mit schweren Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen** wurde deshalb eine **Leitlinie** erarbeitet, die Ärzt:innen und Therapeut:innen bei der Behandlung hilft. Hier möchten wir Ihnen die wichtigsten Punkte dieser Leitlinie vorstellen.

Wie kann man eine schwere Beeinträchtigung von Persönlichkeitsfunktionen feststellen?

Mit Diagnostikmethoden, die auf der Idee der „Level of Personality Functioning Scale“ basieren, können Ärzt:innen und Therapeut:innen das Ausmaß der Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen einer Person einschätzen. Dies kann in Gesprächen erfolgen, in denen gemeinsam über Themen gesprochen wird, die auf solche Beeinträchtigungen hinweisen könnten. Um einen ersten Eindruck von möglichen Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen zu erhalten, können auch Fragebögen zum Selbstauffüllen eingesetzt werden. Das Ziel der Diagnostik ist es, das genaue Ausmaß der Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen einzuschätzen, anstatt nur zwischen "beeinträchtigt" und "nicht beeinträchtigt" zu unterscheiden.

Was ist die Grundlage für Ihre Behandlung?

Grundlegend für die Behandlung ist, dass Sie **psychisch gestärkt** werden.

Alle Entscheidungen in Ihrer Behandlung sollten zusammen mit Ihnen getroffen werden, sofern Sie das möchten; man nennt das „**Partizipative Entscheidungsfindung**“.

Auch **Selbsthilfe** und **Selbsthilfegruppen** können sehr hilfreich sein, da sie Sie stärken und das Verständnis und den Umgang mit der Erkrankung verbessern können.

Ebenfalls kann **Unterstützung durch andere Betroffene** (Peer-Support) eine wichtige Rolle spielen. Ihre Ärztin oder Ihr Therapeut kann Ihnen dabei helfen, andere Betroffene kennenzulernen, die Sie unterstützen können.

Was passiert in der Behandlung?

Für die Verbesserung Ihres Befindens ist **ambulante Psychotherapie** empfehlenswert. In der Regel sind längere Therapien und ausreichend häufige Gespräche (zum Beispiel auch mehrmals pro Woche) notwendig. Diese Therapie kann als Einzel- oder Gruppentherapie stattfinden.

Eine **stationäre Behandlung** oder eine Behandlung in einer **Tagesklinik** kann sinnvoll sein, wenn eine ambulante Behandlung nicht ausreicht.

Ambulante und stationäre Behandlungen sollten abgestimmt, ambulante Behandlungen **koordiniert** werden. Die Koordination der Behandlung sollte durch Personen erfolgen, die regelmäßig mit Ihnen in im Rahmen der Behandlung in Kontakt stehen.

Es ist wichtig, dass Sie mit Ihren Therapeut:innen eine **stabile, tragfähige Beziehung** aufbauen können, da diese wesentlich für den Behandlungserfolg ist. Therapeut:innen sollten in der Lage sein, kleine Fortschritte bei Ihnen zu erkennen und zu würdigen, emotional auf Sie einzugehen und regelmäßig mit Ihnen über den Fortschritt der Therapie nachzudenken. Eine kontinuierliche Betreuung in Ihrem Lebensumfeld ist meistens hilfreich. Behandlungseinrichtungen sollten weitere Erkrankungen von Ihnen und mögliche soziale Beeinträchtigungen berücksichtigen, sodass Sie nicht immer wieder die Ärztin oder den Therapeuten wechseln müssen. Manchmal kann eine stationäre oder teilstationäre Behandlung sinnvoll sein. Dabei sollten beim Übergang in die ambulante Versorgung keine Behandlungslücken entstehen.

Ihre Therapeut:innen sollten sich **regelmäßig untereinander austauschen**, denn das hilft dabei, Ihre Therapie zu verbessern. Die Therapeut:innen müssen auch **sehr gut ausgebildet** sein.

In bestimmten Fällen kann es nötig sein, dass Therapeut:innen Sie zuhause aufsuchen. Dann sollten diese respektvoll und offen für Ihre Situation sein.

Die **Einbeziehung von Zugehörigen** (Freunden oder Angehörigen) in den Therapieprozess sollten von den Therapeut:innen gefördert werden, wenn das in Ihrem Sinne ist, und die Anliegen aller Beteiligten wertschätzend behandelt werden.

Ambulante psychiatrische Pflege kann Ihnen in Krisenzeiten und bei der Krankheitsbewältigung helfen.

Damit Sie am **Arbeitsleben** teilhaben können, sollten Ihnen Programme wie „Supported Employment“ und trainierende Interventionen angeboten werden. Eine frühzeitige, passgenaue berufliche Ausbildung und Rehabilitation sind wichtig für viele Patient:innen.

Informationen über Ihre Beeinträchtigung (Psychoedukation) sollten für Sie gut nachvollziehbar sein. Sie sollten dabei die Möglichkeit haben, Rückfragen zu stellen.

Künstlerische Therapien, Ergotherapie sowie **Sport- und Bewegungstherapie** sollten Ihnen angeboten werden, wenn Sie das wünschen. Sie sollten zu körperlichen Gesundheits- und Krankheitsrisiken beraten werden und man sollte Ihnen erklären, was Sie für Ihre psychische und körperliche Gesundheit tun können.

Ein spezifischer **Behandlungsvertrag** kann im Rahmen von Psychotherapien hilfreich sein.

Die **langjährige Begleitung durch Ihren Hausarzt oder Ihre Hausärztin** ist ein wichtiger Bestandteil der Behandlung. Ein gutes Verhältnis zwischen Ihnen ist wichtig. Die Hausärzt:innen sollten sich mit Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen auskennen und damit umgehen können, sie müssen dazu entsprechend ausgebildet werden; sie brauchen außerdem ein gutes Netzwerk mit anderen Personen, die Sie behandeln.

Ob **Medikamente** Ihnen helfen können oder nicht, ist noch nicht sicher. Dazu muss noch mehr wissenschaftlich geforscht werden.

Mehr Informationen

I. Quellen, Methodik und Links

Diese Information beruht auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen der S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen.“ Diese Leitlinie wurde von der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. auf den Weg gebracht und von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften angeleitet.

Insgesamt haben 33 Fachgesellschaften an dieser Leitlinie mitgearbeitet.

Weitere Informationen:

→ <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001> [hier der Link zur Patienten-LL]

II. Kontakt Selbsthilfe

Wo Sie eine Selbsthilfeorganisation in Ihrer Nähe finden, erfahren Sie bei der NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen):

→ www.nakos.de, Telefon: 030 3101 8960

Für Angehörige:

→ <https://www.bapk.de/angebote/selbsthilfenetz-psychiatrie/suche-angehoerigengruppen-deutschland-text.html>

Patientenleitlinie

Schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen

Version 1

Oktober 2024

Diese Patientenleitlinie beruht auf der S3-Leitlinie:
Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit
schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen



Deutsche Gesellschaft für
Psychoanalyse,
Psychotherapie,
Psychosomatik und
Tiefenpsychologie e.V.

Impressum

Herausgeber: DGPT – Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V.

Kontakt unter: www.dgpt.de und per Mail unter psa@dgpt.de

Die S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen“ (LL-SBPF) wurde unter Federführung der DGPT erarbeitet. An der Leitlinienerstellung und Konsensfindung waren insgesamt 33 Fachgesellschaften und Berufsverbände beteiligt. Die Kurzfassung dieser S3-Leitlinie ist die Grundlage für diese Patientenleitlinie.

Link zur S3-Leitlinie: register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001

Reg.-Nr.: 134-001

Autor:innen der S3-Leitlinie: Benecke, C.; van Haaren, Y.; Engesser, D.; Dotzauer, L.; Wendt, L.; Daszkowski, J.; Dillo, W.; Dulz, B.; Dürich, C.; Engel-Diouf, C.; Engelhardt, U.; Eversmann, H.; Fassbinder, E.; Franke, G. H.; Giertz, K.; Herpertz, S. C.; Hörz-Sagstetter, S.; Jansen, A.; Klein, E.; Kopp, I. B.; Kruse, J.; Kubiak, T.; Kupsch, W.; Lammers, C.-H.; Lindner, R.; Matzat, J.; Milch, M.; Montag, M.; Munz, D.; Muschalla, B.; Nothacker, M.; Ommert, J.; Reddemann, O.; Reininger, K. M.; Rixe, J.; Röh, D.; Schäfer, G.; Schumacher, C.; Siegel, S.; Siegl, J.; Spitzer, C.; Steger, T.; Tarbiat, K.; Taylor, K. J.; von Haebler, D.; Waldherr, B.; Weißflog, S.; Welk, C.; Wiegand, H. F.; Wingenfeld, K.; Zimmermann, J.; Singer, S.

Patientenvertretung: Jurand Daszkowski, Jürgen Matzat und Kaveh Tarbiat wirkten als Patientenvertreter an der Erstellung dieser Patientenleitlinie mit.

Autor:innen der Patientenleitlinie: Weik, K.; Scheibler, F.

Finanzierung: Das Projekt, zu dem diese Patientenleitlinie gehört, wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses des Gemeinsamen Bundesausschuss gefördert.

Förderkennzeichen: 01VSF21013.

Interessenkonflikte: Im Leitlinienreport der LL-SBPF ist beschrieben, mit welchen Methoden die Leitlinie entwickelt wurde. Der Umgang mit Interessenkonflikten ist in Kapitel 5.2 ausführlich dargestellt. In Tabelle 68 dieses Berichts findet sich eine Zusammenfassung der Angaben zu den Interessenkonflikten aller Beteiligten.

Stand: Oktober 2024

Gültigkeit: Die Patientenleitlinie ist bis zur Aktualisierung der dazugehörigen S3-Leitlinie gültig (4. Juli 2029).

Inhaltsverzeichnis

1 Was diese Patientenleitlinie bietet.....	3
2 Was sind Persönlichkeitsfunktionen?	7
3 Hintergrundwissen	12
3.1 Bio-psycho-soziales Modell	12
3.2 Resilienz.....	13
3.3 Recovery	14
3.4 Beziehungsgestaltung und gemeinsame Entscheidungsfindung	14
3.5 Selbstmanagement und Selbsthilfe.....	16
3.5.1 Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen	16
3.5.2 Peer-Support – Expert:in aus Erfahrung.....	17
4 Versorgung und Behandlung bei einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen	19
4.1 Diagnostik – eine Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen erkennen	19
4.2 Hausärztliche Versorgung.....	19
4.3 Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung	20
4.3.1 Ambulante Psychotherapie	20
4.3.2 Koordinierte ambulante Versorgung.....	21
4.3.3 Ambulante Begleitung und Angebote für das Sozial- und Arbeitsleben.....	22
4.4 Teilstationäre und stationäre Versorgung	30
4.5 Gestaltung der Versorgung.....	36
4.5.1 Therapeutische Beziehung – Eine Fachkraft als feste Bezugsperson	36
4.5.2 Abstimmung der ambulanten und stationären Versorgung.....	40
4.5.3 Psychotherapie mit Behandlungsvertrag	41
4.5.4 Online-Angebote ohne persönliche Betreuung	42
4.5.5 Besondere Wohnformen	43
5 Ihre Rechte.....	45
6 Anlaufstellen und weiterführende Informationen	47
7 Erstellungsprozess und Literaturverzeichnis	49

1 Was diese Patientenleitlinie bietet

In dieser Patientenleitlinie finden Sie eine Zusammenfassung der Empfehlungen der S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen“. Eine Besonderheit ist, dass es hierbei nicht um einzelne psychische Krankheiten geht, sondern um das übergeordnete Konzept der Persönlichkeitsfunktionen (siehe auch [Kapitel 2](#)).

Persönlichkeitsfunktionen sind Fähigkeiten, die jeder Mensch in verschiedenen Ausprägungen hat. Die Fähigkeiten aus den Bereichen Identität, Selbststeuerung, Mitgefühl und Verbundenheit helfen, mit unterschiedlichsten inneren und äußeren Anforderungen umzugehen. Sind Persönlichkeitsfunktionen beeinträchtigt, kann das Risiko für psychische Erkrankungen erhöht sein. Jedoch kann eine Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen auch die Folge einer psychischen Erkrankung sein. Ab einem bestimmten Ausmaß zählt die Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen selbst als Krankheit.

Menschen mit starker Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen können verschiedene psychische Krankheiten haben. Oft liegen auch mehrere Krankheiten gleichzeitig vor, die unterschiedliche Beschwerden verursachen und sich gegenseitig beeinflussen können. Dann kann es schwieriger sein, eine passende Behandlung zu finden. Leitlinien, die sich auf eine bestimmte Erkrankung fokussieren, sind meist nicht umfassend genug, wenn mehrere Krankheiten gleichzeitig bestehen. Sie können natürlich trotzdem hilfreich sein, um zum Beispiel individuell die Entscheidung für oder gegen eine Behandlung zu treffen. Diese Patientenleitlinie hat daher viele Berührungspunkte mit anderen Leitlinien.

Wenn mehrere psychische Krankheiten vorliegen, kann die Berücksichtigung der Persönlichkeitsfunktionen einer Person eine genauere Diagnostik ermöglichen und Ansatzpunkte für die Behandlung liefern. Die individuellen

Persönlichkeitsfunktionen sind auch eine Erklärung dafür, weshalb sich eine Krankheit so stark von Mensch zu Mensch unterscheiden kann. Zum Beispiel können zwei Menschen mit Depression ganz verschiedene Beschwerden und Krankheitsverläufe haben, obwohl die Diagnose die gleiche ist. Eine Erklärung kann sein, dass ihre Persönlichkeitsfunktionen in unterschiedlichen Bereichen beeinträchtigt sind.

Ziele der Patientenleitlinie

Menschen mit einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen und ihnen nahestehende Personen können sich hier informieren, welche Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten aus fachlicher Sicht empfohlen sind. Diese Informationen sollen dazu beitragen, die Versorgung zu verbessern sowie eine informierte und gemeinsame Behandlungsentscheidung zu fördern. Das heißt, dass Sie gut informiert, gemeinsam mit Ihrem Fachpersonal entscheiden, welche Behandlungen und Versorgungsformen Sie in Anspruch nehmen. Die Leitlinie möchte zudem anregen, dass Persönlichkeitsfunktionen in der Zukunft in wissenschaftlichen Studien stärker berücksichtigt werden und Menschen mit einer schweren Beeinträchtigung häufiger an Studien teilnehmen können.

In dieser Patientenleitlinie finden Sie Informationen zu Persönlichkeitsfunktionen und Behandlungskonzepten, Empfehlungen zu ambulanten und (teil-) stationären Behandlungen sowie weiterführende Beratungs- und Informationsangebote.

Warum Sie sich auf die Informationen dieser Patientenleitlinie verlassen können

Medizinische Leitlinien enthalten das aktuelle Wissen zu einem bestimmten Gesundheitsthema, so wie hier zum Thema „Schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen“. Leitlinien werden nach speziellen Vorgaben von

Expert:innen entwickelt. Sie fassen dafür die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse rund um Diagnose, Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten sowie Nachsorge zusammen. Leitlinien dienen als Entscheidungs- und Orientierungshilfen für medizinisches Fachpersonal. Die Empfehlungen in Leitlinien sind jedoch nicht rechtlich bindend. Wie genau die Versorgung und Behandlung gestaltet wird, bleibt die individuelle Entscheidung der Patient:in zusammen mit dem Fachpersonal.

Grundlage für diese Patientenleitlinie ist die Kurzfassung der S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen“. Die Leitlinie enthält Handlungsempfehlungen für Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen und weitere Fachleute, die sich mit psychischen Erkrankungen befassen. Die Empfehlungen in dieser Patientenleitlinie wurden aus der Kurzfassung der LL-SBPF übernommen und möglichst allgemeinverständlich umformuliert.

S3 bedeutet, dass die Leitlinie hohen Qualitätsanforderungen entspricht. Eine S3-Leitlinie basiert auf einer strukturierten Auswertung wissenschaftlicher Studien. Dabei beurteilen die Expert:innen der Leitliniengruppe auch die Qualität der Studien. Sie schauen sich zum Beispiel an, wie aussagekräftig eine Studie ist oder ob es widersprüchliche Ergebnisse in verschiedene Studien gibt. Anschließend diskutieren sie kritisch, welche Erkenntnisse verlässlich und relevant sind. Auf dieser Grundlage leitet die Leitliniengruppe Empfehlungen für die Versorgung von Menschen mit einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen ab.

Die S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen“ ist frei zugänglich unter: register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001

Empfehlungen der Patientenleitlinie

Je nach Qualität der Studien und der Einschätzung der Leitliniengruppe gibt es unterschiedlich starke Empfehlungen:

- Eine **starke Empfehlung** wird durch das Wort „**soll**“ ausgedrückt. Diese Empfehlungen basieren auf sehr gut durchgeführten Studien und die Erkenntnisse sind eindeutig belegt.
- Eine **Empfehlung** mit dem Wort „**sollte**“ basiert auf gut durchgeführten Studien und Erkenntnissen, die belegt sind.
- Eine **offene Empfehlung** erkennen Sie an dem Wort „**kann**“. Sie basiert auf Studien mittlerer Qualität oder auf Studien, deren Ergebnisse nicht eindeutig sind.
- Beruhen Empfehlungen nicht auf Studien, sondern auf dem **Konsens der Expert:innen** der Leitliniengruppe, erkennen Sie das an der Formulierung „**Nach Meinung der Leitliniengruppe**“. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn Fragen für die Versorgung wichtig sind, aber nicht in Studien untersucht wurden. Zur Übersichtlichkeit wird hier auf eine weitere Kategorisierung verzichtet.

2 Was sind Persönlichkeitsfunktionen?

Persönlichkeitsfunktionen sind Fähigkeiten, die jeder Mensch in verschiedenen Ausprägungen hat. Sie helfen, mit unterschiedlichsten inneren und äußeren Anforderungen umzugehen. Dazu gehört zum Beispiel, wie sich eine Person selbst

wahrnimmt, wie gut sie mit Emotionen umgehen und Beziehungen mit anderen Menschen gestalten kann. Persönlichkeitsfunktionen sind recht stabile Fähigkeiten einer Person. Das heißt, sie bleiben meist über längere Zeit bestehen und verändern sich nur langsam.

Sind Persönlichkeitsfunktionen beeinträchtigt, kann das Risiko für psychische Krankheiten erhöht sein. Jedoch kann eine Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen auch die Folge einer psychischen Krankheit sein. In aktuellen Leitfäden für die Diagnostik werden Persönlichkeitsfunktionen vor allem genutzt, um Persönlichkeitsstörungen festzustellen. Fachleute gehen jedoch davon aus, dass es bei allen psychischen Krankheiten eine Rolle spielt, wie die Persönlichkeitsfunktionen eines Menschen ausgeprägt sind. Die genauen Zusammenhänge werden noch erforscht. Mit den individuellen Persönlichkeitsfunktionen können auch Begleiterkrankungen und eine lange (chronische) Erkrankungsdauer zusammenhängen. Um die Behandlung bestmöglich für eine Person zu gestalten, ist es daher hilfreich, ihre Persönlichkeitsfunktionen zu kennen.

Persönlichkeitsfunktionen lassen sich mithilfe einer Skala beschreiben, der sogenannten *Level of Personality Functioning Scale* (siehe Tabelle 1). Anhand dieser Skala werden Persönlichkeitsfunktionen in verschiedene Stufen eingeteilt, je nachdem wie stark die Beeinträchtigung ist. Die Skala berücksichtigt vier Bereiche: Identität, Selbststeuerung, Empathie und Nähe.

Für die einzelnen Bereiche werden bei der Diagnostik Punkte vergeben. Eine höhere Anzahl an Punkten steht dabei für eine stärkere Einschränkung der Persönlichkeitsfunktionen. Der Schwerpunkt dieser Patientenleitlinie liegt auf anhaltenden schweren und sehr schweren Beeinträchtigungen, ab mindestens 2,5

Punkten auf der Skala. Wenn Sie unsicher sind, oder nicht wissen, ob die Informationen für Sie gelten, fragen Sie Ihre Ärzt:in oder Therapeut:in.

Tabelle 1: Persönlichkeitsfunktionen lassen sich anhand der Skala „Level of Personality Functioning Scale“ in verschiedene Stufen einteilen

Stufe 0 – Keine oder geringe Beeinträchtigung			
Identität	Selbststeuerung	Empathie	Nähe
Klares Selbstkonzept. Stabiler und positiver Selbstwert. Angemessene Selbsteinschätzung. Ausgeprägtes Gefühlsleben. Regulation der eigenen Emotionen.	Vernünftige und realistische Zielsetzung. Setzen von angemessenen persönlichen Maßstäben. Erleben von Sinn und Zufriedenheit in vielen Lebensbereichen. Hilfreiche Selbstreflexion.	In den meisten Situationen ist es möglich, sich in andere hineinzusetzen. Verständnis und Toleranz für die Sichtweisen anderer, auch wenn sie nicht den eigenen entsprechen. Bewusstsein, wie das eigene Verhalten auf andere wirkt.	Zahlreiche stabile und zufriedenstellende Beziehungen. Wunsch nach liebevollen und engen Beziehungen, die auf Gegenseitigkeit beruhen. Bedürfnis, mit anderen Menschen gut auszukommen. Fähigkeit, flexibel auf andere einzugehen.

Stufe 1 – Leichte Beeinträchtigung

Identität	Selbststeuerung	Empathie	Nähe
Das Selbstkonzept ist bei Belastung weniger klar. Zeitweise reduzierter Selbstwert. Teilweise eingeschränktes Gefühlsleben.	Zu anspruchsvolle oder widersprüchliche Zielsetzung. Setzen von teils überzogenen Maßstäben, die zu Unzufriedenheit führen. Bestimmte Aspekte der Selbstreflexion sind überbetont.	Die Fähigkeit, sich in andere hineinzuversetzen, ist leicht eingeschränkt. Eher widerwillige Berücksichtigung der Sichtweisen anderer. Teilweise eingeschränktes Bewusstsein, wie das eigene Verhalten auf andere wirkt.	Stabile Beziehungen, bei denen es teilweise an Tiefe und Zufriedenheit fehlt. Gehemmtheit, wenn in Beziehungen starke Emotionen oder Konflikte auftreten. Es ist erschwert mit anderen Menschen gut auszukommen, aufgrund von unrealistischen Maßstäben und Schwierigkeiten, flexibel auf anderen einzugehen.

Stufe 2 – Mittlere Beeinträchtigung

Identität	Selbststeuerung	Empathie	Nähe
Das Selbstkonzept ist stark auf andere bezogen. Leicht verletzbarer Selbstwert. Starke Emotionen, wenn der Selbstwert bedroht ist. Die Selbsteinschätzung ist verändert.	Zielsetzungen sind fremdbestimmt und auf die Bestätigung durch andere Menschen ausgerichtet. Setzen von nicht passenden Maßstäben. Mangelnde Authentizität. Eingeschränkte Selbstreflexion.	Die Fähigkeit, sich in andere hineinzuversetzen, ist eingeschränkt. Starke Selbstbezogenheit. Es ist schwierig, die Sichtweisen anderer zu berücksichtigen. Wie das eigene Verhalten auf andere wirkt, wird unrealistisch eingeschätzt oder ausgeblendet.	Beziehungen sind überwiegend oberflächlich. Regulation des Selbstwerts auf Kosten von Beziehungen. Unrealistische Erwartung, von anderen perfekt verstanden zu werden. Beziehungen zu anderen Menschen sind vorrangig aus Eigennutz angestrebt.

Stufe 3 – Schwere Beeinträchtigung

Identität	Selbststeuerung	Empathie	Nähe
Schwaches oder sehr starres Selbstkonzept. Geringes erleben von Unabhängigkeit (Autonomie). Schnell verletzbarer Selbstwert. Die Selbsteinschätzung ist verzerrt. Gefühle ändern sich schnell oder anhaltende Gefühle der Verzweiflung.	Grundlegende Schwierigkeiten sich Ziele zu setzen. Setzen von unklaren oder widersprüchlichen Maßstäben. Erleben von Sinnlosigkeit oder Bedrohung. Deutlich eingeschränkte Selbstreflexion.	Die Fähigkeit, sich in andere hineinzuversetzen, ist deutlich eingeschränkt. Andere Sichtweisen können zum Gefühl starker Bedrohung führen. Wie das eigene Verhalten auf andere wirkt, wird als verwirrend empfunden oder nicht wahrgenommen.	Es ist deutlich erschwert, positive und dauerhafte Beziehungen zu führen. Schwanken zwischen Angst, Zurückweisung und dem verzweifelten Wunsch nach Nähe. Beziehungen beruhen wenig auf Gegenseitigkeit. Durch erlebte Kränkungen ist es schwierig, mit anderen gut auszukommen.

Stufe 4 – Sehr schwere Beeinträchtigung

Identität	Selbststeuerung	Empathie	Nähe
Kein Selbstkonzept und erleben von Unabhängigkeit (Autonomie). Die Selbsteinschätzung ist stark verzerrt. Emotionen sind sehr stark und unpassend.	Zielsetzungen sind realitätsfremd und ohne Zusammenhang. Keine persönlichen Maßstäbe und keine Vorstellung, wie persönliche Erfüllung aussehen könnte. Tiefgreifend eingeschränkte Selbstreflexion, bei der die eigenen Motive nicht erkannt werden.	Es ist kaum möglich, sich in andere Menschen hineinzuversetzen und andere Sichtweisen zu berücksichtigen. Der soziale Umgang mit anderen Menschen ist verwirrend oder befremdlich.	Der Umgang mit anderen ist distanziert, chaotisch oder negativ. Es besteht wenig Interesse an Beziehungen oder es werden Verletzungen erwartet. Es fehlt die Gegenseitigkeit im zwischenmenschlichen Verhalten.

3 Hintergrundwissen

3.1 Bio-psycho-soziales Modell

Gesundheit und Krankheit hängen von verschiedenen Faktoren ab: dem Körper, der Psyche und dem sozialen Umfeld. Dieses Konzept wird auch „bio-psycho-soziales Modell“ genannt. Es ist in der deutschen Sozialgesetzgebung verankert. Das Modell kommt auch bei der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen zum Einsatz.

Das bio-psycho-soziale Modell vereint das medizinische und das soziale Modell von Krankheit und Gesundheit. Es besagt, dass Körper, Psyche und soziales Umfeld zusammenwirken. Gemeinsam beeinflussen sie die Gesundheit eines Menschen.

Im bio-psycho-sozialen Modell sind Gesundheitsprobleme das Ergebnis von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren. Diese Faktoren können sich gegenseitig beeinflussen. Das Modell beschreibt, dass die Gesundheit und Leistungsfähigkeit eines Menschen nicht nur von medizinischen, sondern auch von sozialen Faktoren abhängen. Soziale Faktoren sind die Umwelt und die Gesellschaft, in der wir leben. Ob sich eine Person gesund oder krank fühlt, hängt laut dem sozialen Modell auch stark davon ab, wie gut sie zum Beispiel in die Gesellschaft integriert ist. Um dem bio-psycho-sozialen Modell gerecht zu werden, ist es erforderlich, dass Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen und dem Sozialwesen zusammenarbeiten. **Nach Meinung der Leitliniengruppe** ist empfohlen, dass das bio-psycho-soziale Modell die Grundlage bildet, mit der Fachkräfte Menschen mit einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen versorgen.

3.2 Resilienz

Entwickelt sich ein Mensch trotz belastender Lebensumstände und Krisen psychisch gesund, heißt das in der Fachsprache Resilienz oder psychische Widerstandsfähigkeit. Resilienz hilft dabei, belastende Lebenssituationen erfolgreich zu bewältigen.

Resilienz beschreibt die psychische Widerstandsfähigkeit und gesunde Entwicklung trotz widriger Umstände oder traumatischer Ereignisse.

Es gibt verschiedene Schutzfaktoren, die bei einmaligen und bei anhaltenden belastenden Situationen wirken. Sie lassen sich in persönliche Schutzfaktoren (individuelle Lebenskompetenzen) und soziale Schutzfaktoren unterscheiden. Zu den persönlichen Schutzfaktoren zählen zum Beispiel Hoffnung, Zuversicht und eine flexible Selbstregulation. Dazu gehört die Fähigkeit, Situationen realistisch wahrzunehmen und einzuschätzen, sowie auf verschiedene Strategien zurückgreifen zu können, die bei der Bewältigung helfen (Coping-Strategien). Ein sozialer Schutzfaktor ist die gute Bindung zu anderen Menschen.

Resilienz kann sich im Laufe des Lebens verändern. Fachleute gehen davon aus, dass eine hohe Resilienz eine wichtige Fähigkeit im Umgang mit einer psychischen Krankheit ist. Daher zielt die sogenannte Resilienzförderung darauf ab, Schutzfaktoren zu trainieren. Die Resilienz zu stärken kann dazu beitragen, dass sich die Lebenssituation verbessert. **Nach Meinung der Leitliniengruppe** ist es empfohlen, Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen in ihren Schutz- und Resilienzfaktoren zu stärken.

3.3 Recovery

Das englische Wort „Recovery“ lässt sich mit Genesung, wieder gesund werden oder Rückgewinnung übersetzen. Wichtige Elemente sind Verbundenheit mit anderen Menschen, Hoffnung, Identität, Selbstbefähigung (Empowerment) und wieder Sinn und Ziele im Leben zu finden. Recovery umfasst die persönliche Entwicklung und innere Einstellung einer Person sowie Fortschritte und Rückschläge. Aus medizinischer Sicht liegt der Schwerpunkt darauf, dass Krankheitsbeschwerden nachlassen oder ganz verschwinden (Remission).

Recovery beschreibt den Weg der Besserung, bei dem die Beschwerden durch die Krankheit nachlassen oder verschwinden. Es ist ein längerer Prozess, zu dem Veränderungen und Fortschritte, aber auch Rückschläge gehören.

Nach Meinung der Leitliniengruppe ist es empfohlen, Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei ihrem individuellen Genesungsprozess (Recovery) zu unterstützen. Dabei sollen sie erlauben, dass ein Mensch Fehler macht, um seinen eigenen Weg zu finden.

Den Genesungsprozess fördern können Behandlungen und Angebote, welche ...

- die persönlichen Ziele und Wünsche der jeweiligen Person unterstützen.
- die Individualität und Unabhängigkeit (Autonomie) stärken.
- die Lebensqualität und die Inklusion in allen Lebensbereichen fördern.

3.4 Beziehungsgestaltung und gemeinsame Entscheidungsfindung

Das sogenannte Wirkkomponentenmodell richtet sich an Fachkräfte und beschreibt Faktoren, die zu einer erfolgreichen Therapie beitragen. Eine gute und vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient:in und Therapeut:in ist besonders entscheidend.

Weitere Faktoren für eine erfolgreiche Therapie sind:

- Aktivierung von Ressourcen: Die Fähigkeiten und Interessen, die eine Person in die Therapie mitbringt, werden genutzt und gestärkt.
- Klärung von Problemen: Die Therapeut:in hilft durch geeignetes therapeutisches Vorgehen dabei, eigene Probleme klarer zu erkennen.
- Bewältigung von Problemen: Die Therapie unterstützt dabei, eigene Probleme besser zu bearbeiten und dabei positive Erfahrungen zu machen.
- Die eigene Motivation besser verstehen: Die Therapie hilft dabei, das eigene Empfinden und Verhalten besser zu verstehen.

Die gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) beschreibt eine gleichberechtigte Beziehung zwischen Patient:in und Therapeut:in. Beide tauschen Informationen aus und die Patient:in gestaltet die Gespräche aktiv mit.

Bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) überlegen Patient:in und Therapeut:in zusammen, welche Behandlung am besten zur individuellen Situation passt. Dazu gehört die Art der Behandlung, aber auch die Möglichkeit, sich gegen eine Behandlung zu entscheiden. Bei der Entscheidung spielen die persönlichen Wünsche und Bedürfnisse der Patient:in eine wichtige Rolle.

Die gemeinsame Entscheidungsfindung kann dazu beitragen, die Beschwerden (Symptome) zu mildern, das Selbstwertgefühl zu verbessern und die Motivation für die Therapie zu steigern. Studien haben positive Auswirkungen bei verschiedenen Krankheiten gezeigt. In Krisen- oder Notfallsituationen ist die gemeinsame Entscheidungsfindung jedoch nicht immer möglich.

Entscheidungen über die Diagnostik, Therapie und Versorgung **sollen** nach dem Prinzip der gemeinsamen Entscheidungsfindung von Patient:in und Fachperson gemeinsam getroffen werden.

3.5 Selbstmanagement und Selbsthilfe

Selbstmanagement, auch Selbstregulierung genannt, beschreibt die Fähigkeit, die eigene Entwicklung selbstständig zu gestalten und mit Einschränkungen durch die Krankheit umzugehen. Selbstmanagement-Programme können dabei helfen. **Nach Meinung der Leitliniengruppe** ist Selbstmanagement wichtig für die Krankheitsbewältigung. Fachkräfte sollten Patient:innen auf ihrem ganzen Weg intensiv dabei unterstützen.

3.5.1 Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen

Die Selbsthilfe spielt bei der Behandlung von psychischen Krankheiten eine bedeutende Rolle. Ihr Nutzen ist allgemein anerkannt. Auch Ratgeber und Selbsthilfeangebote im Internet können hilfreich sein. **Nach Meinung der Leitliniengruppe** ist Selbsthilfe ein fester Bestandteil im Versorgungsangebot für Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen. Selbsthilfe erleichtert es, mit der Erkrankung im Alltag umzugehen. Sie stärkt eigene Fähigkeiten (Ressourcen) und Selbstheilungskräfte und hilft, die eigene Krankheit besser zu verstehen. Ratgeber und Informationen zur Selbsthilfe sollten neutral, leicht verständlich und von hoher Qualität sein.

In Selbsthilfegruppen treffen sich Menschen mit ähnlichen Anliegen und Problemen, um sich gegenseitig auszutauschen und zu unterstützen. Es gibt zahlreiche Selbsthilfegruppen, die sich zum Beispiel darin unterscheiden, wie sie organisiert sind, wie viele Menschen teilnehmen und ob sie offen oder geschlossen sind. Bei einer offenen Gruppe sind alle Menschen zu einem bestimmten Thema

eingeladen. Eine geschlossene Gruppe besteht aus festen Mitgliedern, um einen vertrauten und geschützten Raum zu ermöglichen.

Es gibt eigenständige Gruppen und welche, die zu größeren Organisationen gehören, zum Beispiel zum [Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener](#) (BPE) oder zum [Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen](#) (BApK). Die Bundesverbände bieten Beratungen an, etwa über die [Fachstellen für ergänzende unabhängige Teilhabeberatung](#) (EUTB), und vertreten ihre Mitglieder politisch.

Bei der Suche nach Selbsthilfegruppen in der Nähe des Wohnorts und bei der Neugründung einer Gruppe helfen regionale Selbsthilfekontaktstellen. Diese finden Sie zum Beispiel in der Datenbank [ROTE ADRESSEN](#) der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe (Nakos).

Nach Meinung der Leitliniengruppe ist es empfohlen, dass Fachkräfte Menschen mit einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen über Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen informieren und bei der Kontaktaufnahme unterstützen.

3.5.2 Peer-Support – Expert:in aus Erfahrung

Wenn Menschen mit eigener Krankheitserfahrung andere Menschen mit der gleichen oder mit ähnlichen Krankheiten unterstützen und auf ihrem Weg begleiten, nennt man das auch Peer-Support oder Genesungsbegleitung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Der G-BA empfiehlt in der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) die Beschäftigung von Genesungsbegleiter:innen in der Erwachsenenpsychiatrie und

Psychosomatik. Personen sollen unabhängig von ihrer Diagnose Unterstützung durch eine Genesungsbegleitung erhalten.

Peer-Support unterstützt den Wunsch vieler Menschen, dass ihre Unabhängigkeit (Autonomie) und gemeinsame Entscheidungsfindung während des Genesungsprozesses (Recovery) gefördert wird. Wer sich dafür interessiert, findet bei [EX-IN](#) Deutschland e.V. Kurse zur Genesungsbegleitung.

Nach Meinung der Leitliniengruppe ist Peer-Support empfohlen unter Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse der Patient:in. Peer-Support unterstützt den Recovery-Prozess und die aktive Beteiligung an der eigenen Behandlung.

4 Versorgung und Behandlung bei einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen

4.1 Diagnostik – eine Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen erkennen

Die Diagnose können zum Beispiel Fachärzt:innen für Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatische Medizin sowie Psychotherapeut:innen stellen. Dafür nutzen sie bestimmte Fragebögen und Skalen, wie die „*Level of Personality Functioning Scale*“ (siehe Tabelle 1). In einem ausführlichen Gespräch werden die verschiedenen Punkte der Fragebögen besprochen. Bei der Diagnose berücksichtigen die Fachkräfte auch die Lebenssituation und persönliche Merkmale einer Person, wie etwa Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung und ihren kulturellen Hintergrund.

4.2 Hausärztliche Versorgung

Die Hausarztpraxis spielt eine wichtige Rolle bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Krankheiten. Das besondere bei einer hausärztlichen Versorgung ist, dass sie Menschen meist langfristig begleitet und alle Aspekte von Gesundheit und Krankheit umfasst. Menschen mit schweren psychischen Krankheiten haben oft auch körperliche Krankheiten. Hausarztpraxen kümmern sich zum Beispiel um Früherkennung und die Abstimmung mit anderen medizinischen und therapeutischen Fachkräften. Befindet sich eine Person in einer akuten Krise, können Hausärzt:innen für sechs Wochen eine ambulante psychiatrische Krankenpflege verordnen (siehe auch Kapitel 4.3.3 Ambulante Begleitung und Angebote für das Sozial- und Arbeitsleben). **Nach Meinung der Leitliniengruppe** ist für Menschen mit einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen eine regelmäßige und langfristige hausärztliche Begleitung empfohlen. Die Behandlung von psychischen Krankheiten sollte von den verschiedenen Fachrichtungen in Abstimmung mit der Hausarztpraxis erfolgen.

4.3 Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung

Eine *ambulante* Behandlung findet zum Beispiel in einer Praxis oder in der Ambulanz einer Klinik statt, und die Person geht anschließend wieder nach Hause. Bei einer *stationären* Behandlung dagegen übernachtet die Person in der Klinik.

4.3.1 Ambulante Psychotherapie

Es ist allgemein anerkannt, dass eine ambulante Psychotherapie bei vielen psychischen Krankheiten wirksam ist. Es gibt verschiedene Therapieformen als Einzel- und Gruppentherapien.

Menschen mit einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktion **sollte** eine ambulante Psychotherapie angeboten werden, um die Beschwerden durch die jeweiligen psychischen Krankheiten zu lindern.

Um die psychosoziale Funktionsfähigkeit zu verbessern, **kann** eine ambulante Psychotherapie angeboten werden. Mit psychosozialer Funktionsfähigkeit sind zum Beispiel die Fähigkeiten gemeint, sich selbst zu versorgen, soziale Kontakte zu pflegen oder einer Arbeit nachzugehen.

Nach Meinung der Leitliniengruppe benötigen Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen in der Regel Psychotherapie über einen längeren Zeitraum, eher über Jahre als über Monate. Zudem benötigen sie Therapiestunden in engem zeitlichem Abstand. Expert:innen gehen davon aus, dass es die Genesung fördern kann, wenn die Therapie mehr als einmal pro Woche stattfindet.

In einer **Gruppentherapie** treffen sich mehrere Personen regelmäßig mit einer Therapeut:in. Ein wichtiger Bestandteil dabei ist der Austausch untereinander und die Beziehungsgestaltung mit den anderen Personen. Eine Gruppentherapie kann besonders hilfreich sein, wenn es für eine Person schwierig ist, mit anderen

Menschen umzugehen oder Kontakte zu knüpfen. Die Erfahrungen in einer Gruppentherapie können Einfühlungsvermögen (Empathie) und Nähe stärken. **Nach Meinung der Leitliniengruppe** kann Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen eine Gruppentherapie angeboten werden.

Es ist noch nicht ausreichend erforscht, wie eine ambulante Psychotherapie gestaltet sein sollte, damit sie Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bestmöglich hilft. Offen ist auch noch, wann eine Gruppentherapie und wann eine Einzeltherapie besser geeignet ist.

4.3.2 Koordinierte ambulante Versorgung

Koordinierte ambulante Versorgung bedeutet, dass verschiedene Berufsgruppen Informationen austauschen und abgestimmt miteinander arbeiten. Das könnte zum Beispiel so aussehen, dass sich eine Ärzt:in aus einer Klinik mit der zuständigen Hausärzt:in oder niedergelassenen Psychiater:in abstimmt. Eine gut koordinierte ambulante Versorgung zeichnet sich dadurch aus, dass Menschen mit einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen eine feste Ansprechpartner:in haben, die:

- eine ausreichende Ausbildung in Bezug auf psychische Krankheiten hat
- mit den verschiedenen Bereichen (Sektoren) im Gesundheitssystem vernetzt ist
- Termine vereinbart und weitere Leistungen und Hilfen organisiert
- motiviert, Termine wahrzunehmen
- regelmäßig Kontakt hält
- nahestehende Personen einbeziehen kann, wenn es nötig ist
- Hausbesuche macht, wenn es nötig ist und die Patient:in einverstanden ist

Besteht der Bedarf für eine ambulante Versorgung durch Fachkräfte aus verschiedenen Bereichen, **sollte** eine der Fachkräfte die Behandlungen aufeinander abstimmen. Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen oder anderes entsprechend qualifiziertes Personal wie Hausärzt:innen können die Versorgung abstimmen und organisieren. Förderlich ist, wenn diese Fachkraft selbst an der Behandlung beteiligt ist.

Eine ambulante koordinierte Versorgung eignet sich in verschiedenen Situationen:

- Um die psychische Lebensqualität zu verbessern, **kann** eine ambulante koordinierte Versorgung angeboten werden.
- Zur Verbesserung der psychosozialen Funktionsfähigkeiten **sollte** eine ambulante koordinierte Versorgung angeboten werden. Mit psychosozialen Funktionsfähigkeiten ist zum Beispiel gemeint, sich selbst zu versorgen, soziale Kontakte zu pflegen oder einer Arbeit nachzugehen.
- Um dabei zu helfen, einen Arbeitsplatz zu finden und zu halten und damit die Erwerbslosigkeit zu reduzieren, **kann** eine ambulante koordinierte Versorgung angeboten werden.

Regionale Netzverbände bieten ambulante koordinierte Versorgungen an. Diese Angebote bestehen jedoch noch nicht in jeder Region.

4.3.3 Ambulante Begleitung und Angebote für das Sozial- und Arbeitsleben

Psychische Krankheiten können zu erheblichen sozialen Beeinträchtigungen führen, zum Beispiel zu Schulabbruch, Arbeitsplatzverlust oder Suchtproblemen. Ihren Ursprung haben psychische Krankheiten oft in der Jugend und im jungen Erwachsenenalter. Jugendliche empfinden die Einschränkungen durch die Krankheit oft als besonders belastend. Etwa wenn sie Hobbys, Interessen und

Freizeitgestaltung nicht so nachgehen können, wie sie es gerne würden und wie es Gleichaltrige tun. Das wirkt sich auch auf Freundschaften und erste Partnerschaftserfahrungen aus, die in diesem Alter eine große Bedeutung für die persönliche Entwicklung haben. Diese sozialen Folgen der Krankheit wiederum wirken sich negativ auf den Krankheitsverlauf und das (spätere) Arbeitsleben aus und tragen dazu bei, dass eine Person langfristig auf Unterstützung angewiesen ist. Daher können frühzeitige Behandlung und Unterstützungsangebote helfen, den Krankheitsverlauf zu mildern und soziale Beeinträchtigungen zu senken. Menschen mit einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen benötigen häufig längerfristig psychiatrische und therapeutische Unterstützung.

Die Versorgung in Deutschland wird unterteilt in:

- medizinische Versorgung
- Rehabilitation: Maßnahmen, um gesundheitliche Einschränkungen zu verbessern und zu verhindern, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert und es zum Beispiel zu einer Pflegebedürftigkeit kommt.
- Teilhabe: Leistungen mit dem Ziel, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Dazu zählen etwa Sozialleben, Bildung und Arbeit.

Besteht Pflegebedarf, gibt es zusätzliche Leistungen der Pflegeversicherung. Je nach persönlichem Bedarf einer Person und möglichen Beeinträchtigungen im Alltag ist es hilfreich, die verschiedenen Angebote aufeinander abzustimmen. Es gibt zum Beispiel psychiatrische häusliche Krankenpflege, Ergotherapie und Soziotherapie. Ziele sind unter anderem den Gesundheitszustand zu stabilisieren, die Selbstständigkeit im Alltag zu fördern und bei der Tagesgestaltung zu unterstützen. Fachärzt:innen und Psychotherapeut:innen können psychiatrische häusliche Krankenpflege, Ergotherapie und Soziotherapie verordnen.

Psychiatrische häusliche Krankenpflege

Hierbei handelt es sich um eine besondere Art der Krankenpflege, speziell zugeschnitten auf Menschen mit psychischen Krankheiten. Sie soll die Personen dabei unterstützen, ihren Alltag selbstständig zu bewältigen und Behandlungsangebote in Anspruch zu nehmen. Eine Fachkraft besucht die Personen dafür regelmäßig in ihrem Zuhause. Die Häufigkeit der Besuche orientiert sich dabei an den Bedürfnissen und Wünschen der Patient:in.

Nach Meinung der Leitliniengruppe kommt eine psychiatrische häusliche Krankenpflege in Krisenzeiten infrage. Sie kann mittel- und längerfristig zur Unterstützung dienen, das Selbst- und Krankheitsmanagement fördern und zum Recovery-Prozess beitragen. Eine psychiatrische häusliche Krankenpflege hängt vom Hilfebedarf ab und ist unabhängig von der Diagnose möglich.

Soziotherapie

Eine Soziotherapie hilft dabei, medizinische, therapeutische und soziale Versorgungsangebote zu koordinieren und sie selbstständig in Anspruch zu nehmen. Hintergrundgedanke ist, dass es bei einer schweren psychischen Krankheit schwerfallen kann, Versorgungsangebote in Anspruch zu nehmen. Die Unterstützung durch eine Soziotherapie findet meist im eigenen sozialen Umfeld statt, um die Selbstständigkeit und sozialen Kompetenzen zu stärken.

Künstlerische Therapien

Künstlerische Therapien sind zum Beispiel Kunsttherapie, Musiktherapie, Tanz- und Theatertherapie. Sie kommen im ambulanten und im stationären Bereich

zum Einsatz und sind als Einzel- und als Gruppentherapie möglich. Künstlerische Therapien beruhen auf psychotherapeutischen und wissenschaftlichen Konzepten. Für die Wirksamkeit von künstlerischen Therapien ist, wie bei Psychotherapien, die therapeutische Beziehung wichtig. Künstlerische Therapien sollen die Fähigkeiten, die eine Person mitbringt, nutzen und stärken (Ressourcenaktivierung) und die Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortung fördern. Im Unterschied zu anderen Therapien entsteht hier ein künstlerisches Produkt, das besprochen werden kann und positive Erfahrungen und Erkenntnisse ermöglicht. Nicht geeignet sind künstlerische Therapien in akuten psychotischen Phasen oder wenn eine Person nicht aktiv teilnehmen möchte.

Ergotherapie

Bei Ergotherapie geht es darum, Gesundheit und Wohlbefinden durch Betätigung zu fördern. Das soll ermöglichen, selbstbestimmt am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und die Lebensqualität verbessern. Je nach Krankheit, persönlichen Interessen, Fähigkeiten und Zielen kann eine Ergotherapie ganz unterschiedlich gestaltet werden. Themen in einer Ergotherapie können zum Beispiel Selbstversorgung, Haushaltsführung, Ausbildung, Arbeit und Freizeitgestaltung sein. Mit Unterstützung einer Ergotherapeut:in können Menschen Bewältigungsstrategien lernen, Alltagsaktivitäten trainieren und ihre sozialen und emotionalen Fähigkeiten stärken. Auch handwerkliche Tätigkeiten und Handarbeitsprojekte können Bestandteil einer Ergotherapie sein.

Bewegungs- und Sporttherapien

Bei Bewegung und Sport setzt der Körper Endorphine („Glückshormone“) und weitere Botenstoffe frei, welche die Stimmung und das Wohlbefinden verbessern können. Bewegung und Sport können darüber hinaus Selbstwertgefühl und

Selbstvertrauen steigern und helfen, negative Gedanken zu durchbrechen. Zudem kann dabei der Kontakt mit anderen Menschen gut tun. Bewegungs- und Sporttherapien sind jedoch nicht als alleinige Therapie gedacht, sondern sollten Teil eines umfassenderen Behandlungsplans sein, zu dem auch eine Psychotherapie gehört.

Nach Meinung der Leitliniengruppe ist es empfohlen, künstlerische Therapien, Ergotherapie sowie Bewegungs- und Sporttherapie im stationären und im ambulanten Bereich für Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen anzubieten. Die Therapien sollten dabei in einen umfassenderen Behandlungsplan eingebettet sein. Die Wahl und die Gestaltung der Therapien sollten sich an den persönlichen Bedürfnissen und Wünschen der Patient:in orientieren.

Arbeitsleben und berufliche Teilhabe

Schwere psychische Krankheiten wirken sich oft auf das Berufsleben aus. Sie können zum Beispiel zum Abbruch der Ausbildung, zum Verlust des Arbeitsplatzes und zur Frühverrentung führen. Von 100 Menschen, die im Jahr 2021 in Frühverrentung gingen, waren bei 42 Menschen psychische Krankheiten die Ursache. Obwohl viele Menschen mit einer schweren psychischen Krankheit arbeiten möchten, bleiben sie oft ausgeschlossen. Arbeit kann die psychische Gesundheit, die Lebensqualität und die Unabhängigkeit (Autonomie) verbessern. Arbeitslosigkeit dagegen wirkt sich oft negativ aus, da zum Beispiel die Tagesstruktur verloren geht, es weniger sozialen Kontakt gibt und finanzielle Schwierigkeiten dazukommen. Auch wenn es nur begrenzt Unterstützungsmöglichkeiten für den allgemeinen Arbeitsmarkt gibt, sind Maßnahmen zur beruflichen Teilhabe sehr wichtig. In vielen Regionen gibt es [Integrationsfachdienste](#) (IFD), die bei Fragen rund um berufliche Teilhabe beraten und unterstützen.

Berufliche Rehabilitation

Es gibt psychosoziale Maßnahmen, um die Arbeitssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern. Man unterscheidet zwei Arten:

- Vorbereitendes Arbeitstraining (*Pre-Vocational-Training*)
Dazu gehören Arbeitstherapie, Bewerbungstraining und zeitlich begrenzte Beschäftigungen in einem geschützten Arbeitsumfeld.
- Langfristige Unterstützung bei der Arbeit (*Supported Employment*)
Wenn eine Person es möchte und die Gesundheit stabil ist, beginnt sie direkt eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, ohne eine (längere) Vorbereitungszeit. Bei der Arbeit erhält sie jedoch zeitlich unbegrenzte Unterstützung, etwa durch Job-Coaching.

In Deutschland gibt es zahlreiche Unterstützungsangebote für das Berufsleben. Zu den Anbietern gehören zum Beispiel Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke und Rehabilitationseinrichtungen für Menschen mit psychischen Krankheiten und Behinderungen. Einen Überblick über berufliche Rehabilitationsangebote bietet die [Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.](#)

Fachleute **sollen** unterstützende Programme anbieten, wenn Menschen mit einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt anstreben. Dazu gehören Programme, die dabei helfen, möglichst zeitnah und unterstützt eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu finden (*Supported Employment*). Die Wirksamkeit dieser Programme **kann** erhöht werden, wenn eine Person begleitende Arbeitstrainings erhält. Es **sollten** auch Angebote nach dem Prinzip „Erst trainieren, dann platzieren“ verfügbar sein (*Pre-Vocational-Training*). Diese Angebote eignen sich

besonders für Menschen mit einer schweren psychischen Krankheit, die nicht schnellstmöglich einer Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen möchten.

Nach Meinung der Leitliniengruppe ist es empfohlen, Unterstützungsmaßnahmen für die berufliche Teilhabe darauf auszurichten, den Arbeitsplatzverlust zu vermeiden. Um am Arbeitsleben teilnehmen zu können, ist eine abgeschlossene Ausbildung besonders hilfreich. Daher sollten Ausbildungsangebote in der Nähe des Wohnorts und mit begleitenden Unterstützungsangeboten zur Verfügung stehen. Dazu zählen Schulen, Hochschulen, Angebote in Betrieben und Ausbildungsangebote für Menschen mit Behinderungen und Erkrankungen. Menschen mit einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen sollten frühzeitig an Ausbildungs- und Reha-Programmen teilnehmen können, welche die Teilhabe am Arbeitsleben fördern.

Psychoedukation

Im Rahmen der Psychoedukation lernen Menschen mehr über ihre psychische Krankheit und den Umgang mit ihr. Psychoedukation ist ein Bestandteil der meisten psychotherapeutischen Verfahren, sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich. Es gibt auch Angebote, die sich an Angehörige und nahestehende Menschen richten. Psychoedukation kann auch von nicht-ärztlichen Fachkräften angeboten werden, wie Pflegefachkräften und Sozialarbeiter:innen. Es gibt unterschiedlich ausführliche Angebote zur Psychoedukation. Die Inhalte einer ausführlichen Psychoedukation umfassen beispielsweise Selbstbeobachtung, eine stabile Alltagsstruktur und Belastungen frühzeitig zu erkennen und zu senken. Es wird angenommen, dass Psychoedukation helfen kann, Alltagsprobleme besser zu bewältigen und Stigmatisierung und Krankheitsfolgen entgegenzuwirken.

Nach Meinung der Leitliniengruppe ist es empfohlen, Menschen mit einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen und ihnen nahestehenden Personen eine ausführliche Psychoedukation anzubieten. Die Psychoedukation sollte gut strukturiert sein und die Teilnehmenden einbeziehen, also interaktiv gestaltet sein. Die Dauer, Inhalte und Struktur richten sich dabei nach den Bedürfnissen der Teilnehmenden.

Trialog

Trialog beschreibt die gleichberechtigte Zusammenarbeit von Patient:innen, ihnen nahestehenden Personen und Fachpersonal. Menschen, die mit einer Erkrankung leben, bringen sich im Trialog als „Expert:innen in eigener Sache“ ein. Nahestehende Personen können eine wichtige Rolle bei der Alltagsbewältigung und Vorbeugung von erneuten Krankheitsphasen haben. Durch die gleichberechtigte Zusammenarbeit können Patient:innen und ihnen nahestehende Personen ihre persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen einbringen und selbst mehr Verantwortung übernehmen. Der Trialog fördert eine offene und vertrauensvolle Zusammenarbeit und Informationsaustausch, um gemeinsam an den Behandlungszielen zu arbeiten.

Ein trialogischer Verein ist zum Beispiel [Irre menschlich Hamburg e.V.](#), der Informations-, Begegnungs- und Präventionsprojekte organisiert. Dazu gehören Online- und Präsenz-Psychoseseminare, in denen sich Menschen mit Psychoseerfahrung, Angehörige und Fachpersonal austauschen können.

Nach Meinung der Leitliniengruppe ist es empfohlen, eine trialogische Zusammenarbeit und Trialog-Foren anzubieten.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen

Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen haben oft weitere körperliche oder psychische Krankheiten. Zum Beispiel kann bei einer Borderline-Erkrankung das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöht sein. Hier sind neben Medikamenten auch ein gesunder Lebensstil wichtig. Gesundheitsfördernde Maßnahmen, besonders in Bezug auf Ernährung und Bewegung, können hilfreich sein. **Nach Meinung der Leitliniengruppe** ist für Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen eine Beratung zu körperlichen Gesundheits- und Krankheitsrisiken empfohlen sowie darauf abgestimmte gesundheitsfördernde Maßnahmen.

4.4 Teilstationäre und stationäre Versorgung

In Deutschland gibt es etwa 40.000 stationäre psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsplätze. Pro Jahr erhalten etwa 450.000 Menschen eine stationäre Behandlung. Dazu gehören Behandlungen in Kliniken und in Rehabilitationseinrichtungen. Stationäre Behandlungen, bei denen eine Person für eine bestimmte Zeit in einer Klinik bleibt, sind dann nötig, wenn ambulante und teilstationäre Behandlungen nicht ausreichen. Teilstationäre Behandlungen finden in Tageskliniken statt, in denen die Personen tagsüber in der Klinik sind und abends wieder nach Hause gehen.

Behandlungsprogramme mit einer klaren Struktur und spezifisch ausgerichtet für bestimmte Krankheiten sind förderlich für eine erfolgreiche teilstationäre und stationäre Behandlung. Bei einer Rehabilitation ist das Ziel, dass Menschen trotz ihrer Krankheit am gesellschaftlichen Leben teilnehmen und ihrer Arbeit nachgehen können.

Nach Meinung der Leitliniengruppe ist individuell zu prüfen, ob eine stationäre oder eine teilstationäre Behandlung bei einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen sinnvoll ist. Dabei gilt der Grundsatz: Ambulant vor teilstationär und teilstationär vor vollstationär. Bei der Wahl der Behandlung spielen auch die Wünsche und Bedürfnisse der Patient:in eine Rolle. Zudem ist es wichtig, dass die Therapieziele der Person mit den Behandlungsmöglichkeiten der Klinik oder Einrichtung übereinstimmen.

Beispiele, wann eine stationäre Behandlung sinnvoll sein kann:

- Für eine ausführliche Diagnostik, besonders wenn begleitend körperliche Beschwerden bestehen (psychosomatische und somatopsychische Krankheitsbilder)
- Wenn begleitend eine Suchterkrankung besteht und es nicht sicher ist, ob eine Person während einer ambulanten Behandlung abstinent bleiben kann
- Wenn das Therapieziel nur im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in einer Klinik erreicht werden kann
- Wenn die Lebensumstände einer Person für die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Krankheit entscheidend sind
- Wenn sich eine Person immer stärker isoliert oder verwehrlost
- Wenn eine ambulante Behandlung nicht ausreicht oder die Gefahr besteht, dass eine Krankheit trotz der Behandlung langanhaltend (chronisch) wird
- Wenn eine Person trotz Behandlung suizidal bleibt oder es sich nicht zuverlässig einschätzen lässt, ob Suizidalität besteht
- Wenn nach einem Suizidversuch eine medizinische Versorgung notwendig ist

Eine stationäre Behandlung aufgrund von Notfallindikationen ist nötig, wenn akute Selbst- oder Fremdgefährdung besteht oder eine Person notfallpsychiatrische Anzeichen zeigt. Das ist zum Beispiel beim sogenannten Stupor der Fall, wenn eine Person wie erstarrt ist, nicht mehr spricht und sich nicht mehr bewegt, aber wach ist.

Teilstationäre und stationäre Rehabilitation

Ziel einer Rehabilitation ist eine bessere Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, besonders am Familien- und Berufsleben, und weniger die Heilung einer Krankheit. Ein Aufenthalt in einer psychosomatischen oder psychiatrischen Rehabilitationseinrichtung ist empfohlen, wenn eine Person nicht mehr, oder nur noch eingeschränkt, am gesellschaftlichen Leben teilhaben kann. Voraussetzungen für eine Rehabilitation sind, dass eine Fachkraft den Reha-Bedarf bestätigt, die Person entsprechende Akutbehandlungen erhalten hat, ausreichend belastbar ist („Reha-fähig“) und die Erfolgsaussichten einer Rehabilitation gegeben sind. Bei einer Rehabilitation erhalten die Teilnehmenden psychotherapeutische Angebote, psychosoziale Angebote wie Ergotherapie und künstlerische Therapien, Bewegungs- und Sporttherapie sowie Angebote aus den Bereichen Sozialarbeit und Psychoedukation.

Therapieziele einer Rehabilitation sind zum Beispiel:

- Bisherige Behandlungserfolge festigen
- Krankheitsfolgen behandeln
- Lernen, besser mit einer chronischen Krankheit umzugehen
- Wieder am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können, besonders am Familien- und Berufsleben

Nach einer längeren Arbeitsunfähigkeit kann es schwierig sein, wieder in das Arbeitsleben einzusteigen. Eine Rehabilitation kann die Wiedereinstieg erleichtern. Auch für Personen, die einer Arbeitsunfähigkeit vorbeugen wollen, kann eine Rehabilitation hilfreich sein.

Nach Meinung der Leitliniengruppe ist eine Rehabilitation empfohlen, wenn die Person belastbar genug und motiviert ist („Reha-fähig“) und die Rehabilitation wahrscheinlich erfolgreich sein wird. Zusätzlich sollte eines oder mehrere der folgenden Kriterien zutreffen:

- Die Arbeitsfähigkeit ist durch die Krankheit eingeschränkt oder es ist wahrscheinlich, dass die Krankheit die Arbeitsfähigkeit in der Zukunft einschränkt.
- Es ist nicht mehr oder nur noch eingeschränkt möglich, das Leben selbstbestimmt und selbstständig führen oder es ist in der Zukunft zu erwarten.
- Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist beeinträchtigt oder es ist in der Zukunft zu erwarten.

Eine Rehabilitation ist nicht geeignet:

- bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung
- wenn eine Person nicht ausreichend belastbar für die Rehabilitation ist
- Suchterkrankung (in erster Linie auf Substanzen bezogen)
- bei einer stark verminderten geistigen Leistungsfähigkeit, zum Beispiel aufgrund einer Demenz
- wenn gleichzeitig eine akute schwere körperliche Krankheit vorliegt
- bei akuten schweren psychischen Beschwerden, etwa wahnhaften Symptomen

Maßnahmen bei der Entlassung aus einer Klinik

Teilstationäre und stationäre Behandlungen sollten gut mit ambulanten Angeboten abgestimmt werden, damit eine Person bei Bedarf nach der Entlassung ohne Unterbrechung Unterstützung erhält. **Nach Meinung der Leitliniengruppe** ist es daher wichtig, rechtzeitig vor der Entlassung aus einer teilstationären oder

stationären Behandlung zu überlegen, welche weiteren Angebote und Maßnahmen hilfreich sind. Dazu gehört zum Beispiel, dass eine Person bei der Entlassung einen Bericht und einen Medikationsplan erhält und die weitere Behandlung mit der Hausärzt:in, Psychiater:in und Psychotherapeut:in besprochen wird. Weitere Möglichkeiten sind anschließende ambulante Psychotherapie, Ergotherapie und Soziotherapie, Wiedereingliederungsmaßnahmen, strukturierte Programme oder die Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit für einen Übergangszeitraum.

Forschungsbedarf

Eine gute Struktur und Behandlungsqualität ist bei teilstationären und stationären Behandlungen bei schweren Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen wesentlich. Dazu gehört, dass die Kliniken über ausreichend Personal mit entsprechender Ausbildung verfügen. Ist die Versorgung während eines teil-/stationären Aufenthalts nicht ausreichend, kann das zum Beispiel dazu führen, dass Krankheitsbeschwerden zunehmen.

Es besteht noch Forschungsbedarf zur Wirkung, Nebenwirkung und den Langzeitwirkungen von teilstationären und stationären Behandlungen bei schweren Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen.

Neue Konzepte wie stationsäquivalente Behandlungen erweitern das Versorgungsangebot an manchen Kliniken. Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung ist eine neue Form der Krankenhausbehandlung, bei der Fachkräfte Patient:innen im eigenen Zuhause versorgen. Es werden jedoch noch innovative Ansätze benötigt, die auf Menschen mit einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen ausgerichtet sind.

4.5 Gestaltung der Versorgung

In diesem Kapitel geht es um Empfehlungen, wie die Versorgung gestaltet werden kann. Dazu gehören die therapeutische Beziehung zwischen Patient:in und Therapeut:in, die Koordination von verschiedenen Versorgungsangeboten, Behandlungsverträge im Rahmen von Psychotherapien, Online-Angebote und besondere Wohnformen.

4.5.1 Therapeutische Beziehung – Eine Fachkraft als feste Bezugsperson

Die therapeutische Beziehung beschreibt das Verhältnis zwischen Patient:in und Therapeut:in. Dazu gehören die Gefühle und Einstellungen, die beide zueinander haben und wie sie diese ausdrücken. In einer vertrauensvollen Beziehung äußert sich das zum Beispiel in Einfühlungsvermögen (Empathie), gegenseitigem Verständnis und einem realistischen Bild der gemeinsamen Beziehung. So eine vertrauensvolle Beziehung schafft einen sicheren Raum, der es Patient:innen erleichtert, auch schwierige oder unangenehme Themen anzusprechen. Wie in Kapitel [3.4](#) geschildert, trägt eine gute Beziehung zwischen Therapeut:in und Patient:in wesentlich zum Erfolg von Psychotherapien und psychosozialen Angeboten bei. Daher **sollen** Fachkräfte bei der Diagnostik und der Therapie eine tragfähige therapeutische Beziehung mit ihren Patient:innen entwickeln. Das ist die Basis für weitere Therapieschritte. Bei einer stärker ausgeprägten Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen kann eine gute therapeutische Beziehung auch das Behandlungsziel sein.

Einfluss von Erwartungen auf die Therapie

Es ist hilfreich für den Verlauf einer Therapie, wenn sie positive Erwartungen bei der Patient:in fördert. Die Erwartungen sollten jedoch realistisch sein, sodass sie erreichbar sind. Sind die Erwartungen zu hoch und nicht erfüllbar, kann das

demotivierend und frustrierend sein. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn eine Person die Therapie oder die Therapeut:in idealisiert. Dadurch kann es erschwert werden, an eigenen problematischen Denkmustern oder Verhaltensweisen zu arbeiten. Therapeut:innen **sollten** bei ihren Patient:innen milde positive Erwartungen anstreben, um den Erfolg der Therapie zu verbessern. Sie **sollten** auch kleine Veränderungen bei Menschen mit einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen erkennen und als Erfolg wertschätzen.

Einfluss des soziokulturellen Umfelds auf die therapeutische Beziehung

Beziehungen zwischen Menschen sind im Allgemeinen durch das soziokulturelle Umfeld geprägt. Dazu gehören kulturelle und religiöse Faktoren und gesellschaftliche Erwartungen an andere Personen, etwa aufgrund von Alter, Beruf, Einkommen und sexueller Identität. Für eine erfolgreiche therapeutische Beziehung ist es nicht notwendig, dass Therapeut:in und Patient:in hinsichtlich dieser Faktoren übereinstimmen. Wichtiger ist, dass sich die Therapeut:in mit dem soziokulturellen Umfeld der Patient:in vertraut macht und es in der Therapie berücksichtigt. Die Therapeut:in **sollte** dem soziokulturellen Umfeld der Patient:in mit Wertschätzung und Akzeptanz begegnen und sich darauf einlassen.

Langfristige therapeutische Beziehungen

Bei einer längeren Therapiedauer ist es besonders wichtig, dass Patient:in und Therapeut:in immer wieder zusammen erarbeiten, was in der Therapie erreicht werden soll. Die Therapeut:in **sollte** daher regelmäßig nachfragen, was die Bedürfnisse und Ziele der Patient:in sind. Diese können sich im Verlauf der Therapie ändern. Anschließend legen beide gemeinsam die Therapieziele fest und überlegen, auf welchem Weg die Ziele erreichbar sind. Gut zu wissen ist, dass Therapieerfolge Zeit benötigen können. Auch wenn eine Therapie bereits Monate oder

Jahre läuft, können sich Beschwerden weiter verbessern. Neben dem Therapieziel ist es wichtig, dass Patient:in und Therapeut:in gemeinsam festlegen, wie lange die Therapie ungefähr dauern soll und wie häufig die Therapiesitzungen stattfinden.

Strukturen und Organisationen zur Förderung der therapeutischen Beziehung

Wie gut die Beziehung zur Therapeut:in ist, hängt auch von gesellschaftlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen ab. Damit ist zum Beispiel der Zugang zu psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung gemeint. Da es bei einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen schwer sein kann, Beziehungen längerfristig aufrecht zu erhalten, sind Strukturen wichtig, die dies erleichtern. Das können feste Bezugstherapeut:innen sein, die eine regelmäßige therapeutische Beziehung über eine längere Zeit mit ihren Patient:innen pflegen.

Nach Meinung der Leitliniengruppe sind folgende Aspekte von Kliniken, ambulante Einrichtungen sowie Teilhabeangeboten zu berücksichtigen:

- Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen haben oft Begleiterkrankungen, zum Beispiel Suchterkrankungen.
- Bei der Gestaltung der therapeutischen Beziehung ist es für Fachkräfte wichtig zu bedenken, dass es für Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen besonders schwierig sein kann, mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen und Kontakt zu halten.
- Es soll angeboten werden, dass eine feste Bezugstherapeut:in die Versorgung abstimmt und organisiert. Das kann helfen, Abbrüche von Behandlungen, ungewollte Behandlungspausen und unnötige Behandlungen durch Dopplungen zu vermeiden.

- Auch wenn an der Behandlung mehrere Fachleute beteiligt sind, soll es eine oder wenige Hauptansprechpersonen geben. Jede Patient:in soll wissen, wer ihre Ansprechperson ist. Am besten sind sich Patient:in und Bezugstherapeut:in bereits vertraut und kennen sich.
- Fachleute sollen gemeinsam mit der Patient:in festlegen, wer die Hauptansprechperson ist und die Behandlung koordiniert.

Aufsuchende Hilfen

Als aufsuchende Hilfen werden Angebote bezeichnet, bei denen Fachkräfte eine Person zu Hause besuchen. Die Art der Hilfe und Unterstützung bei diesen Hausbesuchen richtet sich nach den Bedürfnissen und Wünschen der Person. Ob eine aufsuchende Hilfe infrage kommt, sollte im Einzelfall geprüft werden. Menschen mit einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen **sollen** eine Behandlung in ihrem gewohnten Lebensumfeld erhalten können, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend.

Beziehungsarbeit mit Angehörigen

Nahestehende Personen wie Familienangehörige, Partner:innen und weitere enge Bezugspersonen spielen eine wichtige Rolle bei der Behandlung. Einerseits können nahestehende Personen zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktion beitragen. Andererseits können sie auch eine wichtige Kraftquelle (Ressource) sein und die Genesung fördern.

Die Einstellungen und Ansichten von nahestehenden Personen können sich auf die Behandlung auswirken. Es kann zum Beispiel einen Unterschied machen, ob eine nahestehende Person eine negative oder eine positive Einstellung gegenüber der Therapie hat. Hält zum Beispiel ein Angehöriger wenig von der Therapie,

kann das für den psychisch erkrankten Menschen zu einem Konflikt führen. Für die Genesung kann es auch eine Rolle spielen, wie nahestehende Personen und die Patient:in miteinander umgehen und kommunizieren. Es kann etwa das Verständnis für die psychische Erkrankung fehlen und zu Schuldzuweisungen kommen. Andere nahestehende Personen verhalten sich vielleicht bevormundend und trauen der Patient:in wenig zu. **Nach Meinung der Leitliniengruppe** ist es empfohlen, nahestehende Personen in die Therapie einzubeziehen, wenn das von der Patient:in gewünscht wird. Therapeut:innen sollen Angehörigen und ihren Anliegen mit Wertschätzung begegnen, auch wenn Patient:in und Angehörige unterschiedliche oder gegensätzliche Anliegen haben sollten. Eine Aufgabe der Therapie ist es, Patient:innen und Angehörige darin zu bestärken, selbst die Verantwortung für mögliche positive Veränderungen zu übernehmen.

4.5.2 Abstimmung der ambulanten und stationären Versorgung

Damit eine Person eine flexible und passgenaue Versorgung erhält, ist es wichtig, die verschiedenen Behandlungen aufeinander abzustimmen. Dazu zählen stationäre und ambulante sowie tagesklinische Behandlungen. Diese Abstimmung läuft heutzutage noch nicht reibungslos. Daher ist ein Ziel der sogenannten Komplexversorgung, dass sich Fachkräfte mehr austauschen und stärker zusammenarbeiten (Richtlinie über die berufsgruppen-übergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, KSVPsych-RL). Hilfreich ist es, wenn die Versorgung von einer Fachkraft koordiniert wird, die selbst an der Behandlung beteiligt ist und zu der eine therapeutische Beziehung besteht.

Eine Person mit einer schweren psychischen Krankheit könnte eine feste Ansprechpartner:in haben, welche die Behandlungen organisiert und koordiniert. Die Ansprechpartner:in könnte auch dabei unterstützen, zu ärztlichen und therapeutischen Terminen zu gehen. Das soll es Menschen mit einer schweren psychischen Krankheit erleichtern, selbstständig und stabil zu leben, und Beziehungen zu Fachpersonal längerfristig zu erhalten.

Abgestimmte stationäre und ambulante Behandlungen können laut Expert:innen auch dazu beitragen, weitere stationäre Aufenthalte zu vermeiden. Diese kommen zustande, wenn Personen keine ambulante Anschlussbehandlung finden und sich dann erneut an stationäre Einrichtungen wenden. Dazu kommt, dass es bei einer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen oft schwierig ist, Kontakt zu anderen aufzunehmen und zu halten. Das kann die Suche nach einem Therapieplatz besonders herausfordernd und frustrierend machen.

4.5.3 Psychotherapie mit Behandlungsvertrag

Behandlungsverträge sind meist schriftliche Vereinbarungen zwischen Patient:in und Therapeut:in. Es gibt allgemeine Behandlungsverträge, die sich auf die Organisation und Gestaltung der Therapie beziehen, zum Beispiel auf regelmäßiges Erscheinen zu den Therapiestunden und zu generellen Verhaltensregeln. Zu Beginn einer ambulanten Psychotherapie informiert die Therapeut:in über verschiedene organisatorische Themen und über die erwünschten und möglicherweise unerwünschten Wirkungen der Therapie. Die besprochenen Themen sollten schriftlich festgehalten und von der Patient:in bestätigt werden. Alternativ können diese Informationen auch im Behandlungsvertrag stehen.

Daneben gibt es auch spezifische Behandlungsverträge für bestimmte Themen wie Sucht, Essen und Umgang mit suizidalen Impulsen (Lebensvertrag bzw. Anti-

Suizid-Vertrag). In Behandlungsverträgen kann es auch darum gehen, neue förderliche Verhaltensweisen aufzubauen und zum Beispiel Aktivitäten zu planen. Die Themen in den Behandlungsverträgen richten sich danach, was für die jeweilige Patient:in wichtig und hilfreich ist. **Nach Meinung der Leitliniengruppe** ist empfohlen, dass Therapeut:innen im Rahmen einer Psychotherapie einen spezifischen Behandlungsvertrag anbieten.

4.5.4 Online-Angebote ohne persönliche Betreuung

Es gibt Online-Angebote, die eigenständig genutzt werden können, ohne eine persönliche Betreuung durch eine Therapeut:in. Diese Angebote vermitteln zum Beispiel Wissen und therapeutische Übungen über eine App oder eine Internetseite. Es geht dabei nicht um Therapiestunden, die virtuell mit einer Therapeut:in stattfinden. Online-Angebote ohne persönliche Betreuung können helfen, den Zugang zu einer Therapie zu erleichtern oder wenn es nicht ausreichend Therapieplätze gibt. Die Expert:innen der Leitliniengruppe gehen davon aus, dass es Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen häufig schwerfällt, sich einen Therapieplatz zu suchen. Daher kann es hilfreich sein, wenn Fachpersonal das Thema direkt anspricht. Bei einer Psychotherapie ist der persönliche Kontakt besonders entscheidend. Der persönliche Austausch kann zum Beispiel die Motivation für die Therapie erhöhen und für neue Erfahrungen sorgen. Dieser therapeutische Austausch fehlt bei solchen Online-Angeboten. Anhand von wissenschaftlichen Studien ist es noch nicht möglich, eine Empfehlung für oder gegen solche Online-Angebote zu geben. Die Expert:innen der Leitliniengruppe raten daher, dass eine Person individuell in Absprache mit ihrer Therapeut:in entscheidet, ob ein Online-Angebot hilfreich sein könnte.

4.5.5 Besondere Wohnformen

Es gibt verschiedene ambulante und stationäre Unterstützungsmöglichkeiten für die Wohnsituation. Sie reichen von stationären Wohneinrichtungen bis hin zu Hilfsangeboten in der eigenen Wohnung. Die Angebote unterscheiden sich darin, wie viel Unterstützung die Personen erhalten.

In Deutschland lassen sich grob drei Wohnformen unterscheiden:

- ambulantes betreutes Wohnen
- stationäres betreutes Wohnen
- betreutes Wohnen in Familien

Das erste Ziel ist, durch eine wohnortnahe, selbstbestimmte und ambulante Unterstützung die Teilhabe am sozialen Leben zu fördern. Wenn eine ambulante Unterstützung nicht möglich oder nicht ausreichend ist, sollten Wohnformen mit mehr Unterstützung in Betracht gezogen werden. Das gilt auch, wenn eine Person eine stationäre Wohnform bevorzugt.

Wohneinrichtungen und Wohngruppen mit enger therapeutischer Begleitung können entwicklungsfördernd sein. Hier kann eine Person neue Beziehungserfahrungen machen und erhält Rückmeldungen zum eigenen Erleben und Verhalten. Das Zusammenleben mit anderen schafft einen Raum für Austausch. Es sollte jedoch immer das Ziel bleiben, dass eine Person anschließend wieder selbstbestimmt wohnen kann. Gründe sind, dass Wohnformen mit Unterstützung oft weiter weg vom eigentlichen Wohnort sind und dazu führen können, dass die Eigenständigkeit abnimmt.

Anhand von wissenschaftlichen Studien ist es noch nicht möglich, eine Empfehlung für oder gegen eine besondere Wohnform zu geben. Ob eine besondere Wohnform infrage kommt, ist eine individuelle Entscheidung. Dabei ist es wichtig, dass die persönlichen Lebensumstände und Bedürfnisse der jeweiligen Person berücksichtigt werden.

Wenn eine besondere Wohnform notwendig ist, sollte sie:

- so viel Selbstbestimmung wie möglich erlauben
- selbstbestimmtes Wohnen fördern
- therapeutische Konzepte und qualifiziertes Personal beinhalten
- Bezug zum Gemeindewesen haben und Angebote für eine Teilhabe am sozialen Leben ermöglichen

5 Ihre Rechte

Damit Sie sich aktiv an Ihrer Behandlung beteiligen können, ist es hilfreich, dass Sie Ihre Rechte kennen und wahrnehmen. Im Jahr 2013 hat die Bundesregierung das Patientenrechtegesetz verabschiedet. Weitere Informationen zu Ihren Rechten als Patient:in erhalten Sie zum Beispiel auf der Internetseite der Bundesregierung patientenbeauftragter.de/die-patientenrechte.

Sie haben das Recht auf:

- freie Wahl, zu welcher Ärzt:in, Psychotherapeut:in und Klinik Sie gehen.
- umfassende und neutrale Information über alles, was für die Behandlung wichtig ist. Dazu gehören zum Beispiel Nutzen und Risiken von Behandlungen, Behandlungsalternativen, mögliche Kosten und Befunde.
- Selbstbestimmung, zum Beispiel eine Behandlung abzulehnen.
- Schutz der Privatsphäre (Schweigepflicht).
- Beschwerde. Eine erste Adresse hierfür sind die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Landesärztekammern. Hier erfahren Sie mehr dazu: www.aerztekammern-schlichten.de. Mit Beschwerden über eine Psychotherapie können Sie sich an die zuständige Landespsychotherapeutenkammer wenden.
- eine qualitativ angemessene und lückenlose Versorgung.
- sachgerechte Organisation und Dokumentation der Untersuchungen.
- Einblick in Ihre vollständige Patientenakte. Sie können sich Kopien von Ihren Unterlagen von der Praxis oder Klinik anfertigen lassen. Manchmal müssen Sie die Kosten für die Kopien übernehmen. In Ausnahmefällen kann die Einsicht jedoch eingeschränkt sein, etwa wenn erhebliche

therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter dem entgegenstehen.

- eine Zweitmeinung von einer anderen Praxis oder Klinik. Es ist ratsam, vorher mit der Krankenkasse zu klären, ob sie die Kosten dafür übernimmt.

6 Anlaufstellen und weiterführende Informationen

Tabelle 2: Auswahl von Beratungsangeboten in Deutschland

Beratungsthemen	Internetseiten
Beratung in Krisensituationen und bei Suizidalität	www.suizidprophylaxe.de www.telefonseelsorge.de www.nummergegenkummer.de www.mano-beratung.de www.u25-deutschland.de
Beratung für Menschen, die von Straftaten betroffen sind	www.odabs.org www.opferhilfen.de www.weisser-ring.de
Hilfe nach rassistisch motivierter Gewalt	www.verband-brg.de
Beratung für Menschen, die geflüchtet und traumatisiert sind oder Folter erlebt haben	www.baff-zentren.org
Beratungsstellen gegen häusliche und sexuelle Gewalt	Zielgruppe Kinder und Jugendliche: www.kinderschutz-zentren.org www.nummergegenkummer.de Zielgruppe Frauen und Mädchen: www.hilfetelefon.de www.frauenhaus-koordinierung.de www.frauen-gegen-gewalt.de www.hilfeportal-missbrauch.de Zielgruppe Männer: www.maennerberatung.de www.maennerberatungsnetz.de
Beratung nach einem Verkehrsunfall	www.divo.de
Beratung für Angehörige der Bundeswehr	www.angriff-auf-die-seele.de
Sozialpsychiatrischer Dienst	www.sozialpsychiatrische-dienste.de
Sucht- und Drogenberatungsstellen	www.dhs.de
Täterberatung	www.taeterarbeit.de www.kein-taeter-werden.de
Selbsthilfegruppen finden	www.nakos.de
Beratung für Kinder, Jugendliche, Familien	www.dajeb.de
Beratung für Angehörige	www.bapk.de

Tabelle 3: Auswahl an weiteren Patientenleitlinien

Thema	Titel der Patientenleitlinie und Internetseite
Angststörungen	Patientenleitlinie Behandlung von Angststörungen https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-028p_S3_Behandlung-von-Angststoerungen_2022-07.pdf
Depression	Patientenleitlinie Unipolare Depression https://www.patienten-information.de/patientenleitlinien/depression
Fibromyalgie	Patientenversion der wissenschaftlichen Leitlinie „Definition, Ursachen, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms“ https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/dd6275507cfbe3f508d7695fb83de2080c64365d/S3_Fibromyalgiesyndrom_2017_Patientenleitlinie.pdf
Psychosoziale Hilfen zusätzlich zu Psychotherapie und Medikamenten	Patientenleitlinie zur Behandlungsleitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/fd76f44514ade4f0ae74b904db9fe3785f4438f8/S3_LLPsychosozTherapien_Patientenversion_OnlinePDF.pdf

Eine Übersicht weiterer Leitlinien, die jedoch teilweise nicht als Patientenversion vorliegen, finden Sie hier: <https://psychnet.de/de/psychische-gesundheit/leitlinien/leitlinien-fuer-die-behandlung-von-erwachsenen.html>

7 Erstellungsprozess und Literaturverzeichnis

Diese Patientenleitlinie beruht auf der S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen“ (LL-SBPF). Die in dieser Patientenleitlinie enthaltenen Handlungsempfehlungen beruhen auf dem besten derzeit verfügbaren medizinischen Wissen. Zahlreiche Vertreter:innen von Fachgesellschaften sowie Patient:innen und Angehörige haben die Empfehlungen dieser Leitlinie erarbeitet. Diese Patientenleitlinie enthält zusammengefasst wichtige Informationen aus der für Fachleute entwickelten S3-Leitlinie. Sie wurde mit der Leitliniengruppe abgestimmt und unter Mitwirkung von Patienten- und Angehörigenvertretern erarbeitet.

Quellen, die zusätzlich zur LL-SBPF genutzt wurden:

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). PatientenLeitlinie zur S3-Leitlinie/Nationalen VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“ – Leitlinienreport, 2. Auflage. Version 1. 2016. <https://www.patienten-information.de/patientenleitlinien/depression>

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Rehabilitation und Teilhabe.

<https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/Rehabilitation-Teilhabe/rehabilitation-teilhabe.html> (21.08.2024)

Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. Psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP).

https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Materialien/Factsheet_pHKP_Verordner.pdf

Gühne, U., Fricke, R., Schliebener, G. et al. (2018) Patientenleitlinie zur Behandlungsleitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen.

https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/fd76f44514ade4f0ae74b904db9fe3785f4438f8/S3_LLPsychosozTherapien_Patientenversion_OnlinePDF.pdf

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (2021) https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2466/ST-RL_2021-03-18_iK-2021-04-01.pdf

WHO (2005) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42407/9241545429_ger.pdf

*Summary S3 Guideline: Diagnostics,
therapy and rehabilitation of patients
with severe impairment of personality
functioning (LL-SBPF)*

Benecke, C.; van Haaren, Y.; Engesser, D.; Dotzauer, L.; Wendt, L.; Daszkowski, J.; Dillo, W.; Dulz, B.; Dürich, C.; Engel-Diouf, C.; Engelhardt, U.; Eversmann, H.; Fassbinder, E.; Franke, G. H.; Giertz, K.; Herpertz, S. C.; Hörz-Sagstetter, S.; Jansen, A.; Klein, E.; Kopp, I. B.; Kruse, J.; Kubiak, T.; Kupsch, W.; Lammers, C.-H.; Lindner, R.; Matzat, J.; Milch, M.; Montag, M.; Munz, D.; Muschalla, B.; Nothacker, M.; Ommert, J.; Reddemann, O.; Reininger, K. M.; Rixe, J.; Röh, D.; Schäfer, G.; Schumacher, C.; Siegel, S.; Siegl, J.; Spitzer, C.; Steger, T.; Tarbiat, K.; Taylor, K. J.; von Haebler, D.; Waldherr, B.; Weißflog, S.; Welk, C.; Wiegand, H. F.; Wingenfeld, K.; Zimmermann, J.; Singer, S.

Version 1.0 - Abstract

Date 25.07.24 - Valid until 25.07.29

Reg. no. 134-001

The project on which this publication is based was funded by the Innovation Committee of the Federal Joint Committee under the funding code 01VSF21013.



*Deutsche Gesellschaft für
Psychoanalyse,
Psychotherapie,
Psychosomatik und
Tiefenpsychologie e.V.*

Publisher

DGPT - German Society for Psychoanalysis, Psychotherapy, Psychosomatics and Depth Psychology (DGPT) e.V.

Contact at: www.dgpt.de and by e-mail at psa@dgpt.de

The S3 guideline "Diagnostics, therapy and rehabilitation of patients with severe impairment of personality functions" was developed under the auspices of the DGPT. The guideline (LL) on severe impairment of personality functions (SBPF) is abbreviated as "LL-SBPF" below. A total of 33 specialist societies and professional associations were involved in drawing up the guideline and reaching a consensus. A list of all professional societies in German and English can be found in the guideline report (Table 50).

Table 1: Participating professional societies and mandate holders

	Professional society	Mandate holders
	Arbeitsgemeinschaft Psychodynamischer Professorinnen und Professoren e.V.	Prof Dr Susanne Singer, Deputy: Prof Dr Cord Benecke
	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V.	Cornelia Schumacher
	Bundespsychotherapeutenkammer	Dr Dietrich Munz, Dr Alessa Jansen, Dr Tina Wesels
	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.	Kaveh Tarbiat
	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.	Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr
	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.	Jurand Daszkowski
	Dachverband deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e.V.	PD Dr Christiane Montag, Deputy: Prof Dr Dorothea von Haebler
	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.	Dipl.-Psych. Jürgen Matzat



Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

Prof Dr Claas-Hinrich Lamers



Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege e.V.

Jacqueline Rixe, M.Sc.



Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/Psychodynamische Psychotherapie e.V.

Dr Christian Dürich, Deputy: Prof Dr Klaus Michael Reininger



Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.

Olaf Reddemann, Deputy: Dr Thomas Steger



Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V.

Dr Wolfgang Kupsch, Deputy: Ute Engelhardt



Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie e.V.

Prof Dr Gabriele Helga Franke



Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V.

Prof Dr Sabine Weißflog



Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.

Prof Dr Sabine C. Herpertz, Deputy: Dr Hauke Felix Wiegand



Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.

Dipl.-Psych. Georg Schäfer, Prof Dr Susanne Hörz-Sagstetter



Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V., Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie

Prof Dr Katja Wingefeld



Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.

Prof Dr Johannes Kruse



Deutsche Gesellschaft für Re-
habilitationswissenschaften
e.V.

Prof Dr Beate
Muschalla



Deutsche Gesellschaft für Se-
xualmedizin, Sexualtherapie
und Sexualwissenschaft e.V.

Prof Dr Stefan
Siegel



Deutsche Gesellschaft für So-
ziale Arbeit e.V.

Prof Dr Dieter
Röh,
Deputy: Karsten
Giertz



Deutsche Gesellschaft für Su-
izidprävention e.V.

Prof Reinhard
Lindner



Deutsche Gesellschaft für
Verhaltensmedizin und Ver-
haltensmodifikation e.V.

Prof Dr Thomas
Kubiak



Deutsche Psychoanalytische
Gesellschaft e.V.

Prof Dr Cord
Benecke



Deutsche Psychoanalytische
Vereinigung e.V.

Prof Dr Wolf-
gang Milch



Deutsche Psychotherapeuten
Vereinigung e.V.

Prof Dr Klaus
Michael Reinin-
ger



Deutsche Vereinigung für So-
ziale Arbeit im Gesundheits-
wesen e.V.

Prof Dr Judith
Ommert,
Deputy: Claudia
Welk



Deutscher Fachverband für
Verhaltenstherapie e.V.

Dr Judith Siegl,
Deputy: Dr Eva
Fassbinder



Deutscher Verband Ergothe-
rapie e.V.

Hannah Evers-
mann,
Deputy: Claudia
Engel-Diouf



Deutsches Kollegium für Psy-
chosomatische Medizin e.V.

Prof Dr Carsten
Spitzer



Gesellschaft zur Erforschung
und Therapie von Persönlich-
keitsstörungen e.V.

Dr Birger Dulz,
Deputy: Prof Dr
Klaus Michael
Reininger

Please cite as follows:

Benecke, C.; van Haaren, Y.; Engesser, D.; Dotzauer, L.; Wendt, L.; Daszkowski, J.; Dillo, W.; Dulz, B.; Dürich, C.; Engel-Diouf, C.; Engelhardt, U.; Eversmann, H.; Fassbinder, E.; Franke, G. H.; Giertz, K.; Herpertz, S. C.; Hörz-Sagstetter, S.; Jansen, A.; Klein, E.; Kopp, I. B.; Kruse, J.; Kubiak, T.; Kupsch, W.; Lammers, C.-H.; Lindner, R.; Matzat, J.; Milch, M.; Montag, M.; Munz, D.; Muschalla, B.; Nothacker, M.; Ommert, J.; Reddemann, O.; Reininger, K. M.; Rixe, J.; Röh, D.; Schäfer, G.; Schumacher, C.; Siegel, S.; Siegl, J.; Spitzer, C.; Steger, T.; Tarbiat, K.; Taylor, K. J.; von Haebler, D.; Waldherr, B.; Weißflog, S.; Welk, C.; Wiegand, H. F.; Wingenfeld, K.; Zimmermann, J.; Singer, S. *S3 Guideline Diagnostics, Therapy and Rehabilitation of Patients with Severe Impairment of Personality Functions - Abridged Version, 2024* [accessed on YYYY-MM-DD]

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001>

Validity period and updating procedure

The first version of the LL-SBPF is valid from 25.07.2024 until 25.07.2029.

The LL-SBPF is to be updated 5 years after its first implementation.

Special note

Medicine is subject to a continuous development process, so that all information, in particular on diagnostic and therapeutic procedures, can only ever reflect the state of knowledge at the time of printing of the guideline. The recommendations of this guideline were given with the greatest diligence. The users themselves remain responsible for every diagnostic and therapeutic application.

Guidelines of the Scientific Medical Societies are systematically developed aids for doctors and therapists to help them make decisions in specific situations. They are based on the latest scientific findings and proven procedures in practice and ensure greater safety in medicine, but should also take economic aspects into account. These guidelines are not legally binding for doctors and therapists and therefore have neither liability-creating nor liability-releasing effect.

Errors and misprints in the publication of guidelines cannot be completely ruled out, even when the greatest possible care is taken. In addition, guidelines only ever consider abstract risk-benefit potentials. Therefore, the authors, members of the steering groups, experts, members of the consensus group and other persons involved in the guideline development process are not liable for damages resulting from incorrect or omitted diagnostics or treatment in individual cases.

The work is protected by copyright in all its parts. Any utilisation outside the provisions of copyright law without the written consent of the editorial team of the guideline is prohibited and punishable by law. No part of this work may be reproduced in any form without the written permission of the editorial team. This applies in particular to reproductions, translations, microfilming and the storage, use and utilisation in electronic systems, intranets and the Internet.

Guideline as a decision-making aid

The LL-SBPF is a systematically developed decision-making aid. It shows the appropriate medical and therapeutic approach to specific health problems within the framework of structured medical care. It is therefore an orientation aid in the sense of suggestions for action and decisions, from which deviations are possible or even necessary in justified cases (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 1997).

The decision whether to follow a particular recommendation must be made on a case by case basis and take into account individual patient variables and available resources (Recommendation Rec (2001)13 of the Council of Europe 2001).

A guideline becomes effective when its recommendations are applied in practice. The applicability of a guideline or its recommendations must be assessed in the respective situation and must be based on the principles of indication, counselling, communicating preferences and participatory decision-making (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)-Standing Commission Guidelines 2020).

As with other medical guidelines, the LL-SBPF is explicitly *not* a guideline in the sense of a regulation of action or omission that has been agreed to, set out in writing, published by a legally legitimised institution and that is legally binding and whose non-observance entails defined sanctions (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 1997).

Guideline report

The complete guideline development methodology can be found in the guideline report published simultaneously.

The guideline report is available at the following address:

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001>

The guideline management and coordination was carried out in cooperation with the Department of Epidemiology and Health Services Research, Institute of Medical Biometry, Epidemiology and Informatics (IMBEI), University Medical Center of Johannes Gutenberg University Mainz and the Departments of Clinical Psychology and Psychotherapy and of Differential and Personality Psychology, Institute of Psychology, University of Kassel.

Involved in the consensus process:

The guideline was drawn up with the direct involvement of patient representatives: Mr Jurand Daszkowski, Mr Kaveh Tarbiat and Mr Jürgen Matzat were entitled to vote.

Steering group

The steering group was the guideline development committee that set the direction. The group developed and was responsible for formulating and prioritising the key questions that structure this guideline and on the basis of which the recommendations and statements for patients with severe impairment of personality functions were formed. It was therefore essential that representatives from various disciplines and care sectors were involved. Nevertheless, it needed to be small enough to work efficiently. In addition to the guideline coordinator, the methodologist, the leading professional society and the consortium partner Prof Zimmermann (Differential and Personality Psychology, University of Kassel), representatives from psychiatry, psychosomatics, psychotherapy, psychiatric nursing and social work took on this leadership role. The colleagues each belong to different professional societies. The group was made up as follows:

Table 2: Composition of the steering group

Member of the steering group	Responsibility/Expertise
Dipl.-Psych. Georg Schäfer	Leading professional society
Prof Dr Cord Benecke	Guideline coordination
Prof Dr Susanne Singer	Evidence-base, methodology, secretariat
Dipl.-Psych. Jürgen Matzat	Patient perspective
Dr Christian Dürich	Outpatient psychotherapy
Prof Dr Johannes Kruse	Psychosomatic medicine
Prof Dr Johannes Zimmermann	Differential and personality psychology, diagnostics
Prof Dr Claas-Hinrich Lammers	Medical psychotherapy
Prof Dr Sabine Herpertz	Psychiatry and psychotherapy
Dr Hauke Wiegand	Psychiatric care research
Jacqueline Rixe	Psychiatric care
Prof Dr Reinhard Lindner	Social work

Research assistants

Yannik van Haaren, Clinical Psychology and Psychotherapy, Institute of Psychology, University of Kassel;

Deborah Engesser, Department of Epidemiology and Health Services Research, Institute of Medical Biometry, Epidemiology and Informatics (IMBEI), University Medical Center of Johannes Gutenberg University Mainz ;

Eva Klein, Clinical Psychology and Psychotherapy, Institute of Psychology, University of Kassel (during the first 10 months);

Lena Dotzauer, Department of Epidemiology and Health Services Research, Institute of Medical Biometry, Epidemiology and Informatics (IMBEI), University Medical Center of Johannes Gutenberg University Mainz ;

Leon Wendt, Differential and Personality Psychology, Institute of Psychology, University of Kassel.

Monitoring and support by the AWMF

Dr Monika Nothacker and Prof Dr Ina Kopp from the Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) were responsible for advising on the AWMF guidelines and moderating the consensus-building process.

Versions of the guideline

The LL-SBPF is published with the following components:

- Long version: Graduated recommendations and presentation of the evidence base (evidence and further considerations);
- Summary: Overview of the graduated recommendations - the present document;
- Guideline report with evidence tables;
- Patient guideline;
- Two-page summaries for laypersons in the following versions: easy language, Arabic, English, Farsi, French, Hindi, Polish, Russian, Somali, Spanish and Turkish

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001>

Key questions

The steering group developed several key questions that structured the content of the guideline. The key questions were discussed and agreed by the mandate holders. They cover relevant areas of care.

Several working groups (WGs) were formed to deal with the key issues. The participation in the respective WGs is shown in Table 3.

A systematic *de novo* literature search was conducted for the first five key questions; a systematic literature search was conducted at a later date for key questions 9 and 11. For the other key questions, recommendations were formulated based on published AWMF guidelines and meta-analyses as well as individual studies.

Table 3: Working groups and persons involved

With systematic literature research	
Key question	Members of the working group
1. Do patients with severe impairment of personality functioning who receive outpatient psychotherapy have a better outcome than those who receive an unspecified control condition?	Deborah Engesser, Lena Dotzauer, Dr Katherine J. Taylor, Prof. Dr Cord Benecke, Yannik van Haaren, Leon Wendt, Prof. Dr Johannes Zimmermann, Prof. Dr Susanne Singer
2. Do patients with severe impairment of personality functioning who receive online interventions without continuous face-to-face medical-therapeutic support have a worse outcome than those who receive an unspecified control condition?	Deborah Engesser, Lena Dotzauer, Dr Katherine J. Taylor, Prof. Dr Cord Benecke, Yannik van Haaren, Leon Wendt, Prof. Dr Johannes Zimmermann, Prof. Dr Susanne Singer
3. Do patients with severe impairment of personality functioning who receive coordinated outpatient and inpatient care have a better outcome than those who receive an unspecified control condition?	Deborah Engesser, Lena Dotzauer, Dr Katherine J. Taylor, Prof. Dr Cord Benecke, Yannik van Haaren, Leon Wendt, Prof. Dr Johannes Zimmermann, Prof. Dr Susanne Singer
4. Do patients with severe impairment of personality functioning who live under one roof in "special forms of housing" have a better outcome than those who receive an unspecified control condition?	Deborah Engesser, Lena Dotzauer, Dr Katherine J. Taylor, Prof. Dr Cord Benecke, Yannik van Haaren, Leon Wendt, Prof. Dr Johannes Zimmermann, Prof. Dr Susanne Singer
5. Do patients with severe impairment of personality functioning who receive outpatient coordinated care have a better outcome than those who receive an unspecified control condition?	Deborah Engesser, Lena Dotzauer, Dr Katherine J. Taylor, Prof. Dr Cord Benecke, Yannik van Haaren, Leon Wendt, Prof. Dr Johannes Zimmermann, Prof. Dr Susanne Singer
9. Do patients with severe impairment of personality functioning who have a fixed reference mental health care professional have a better outcome than those who do not?	Working group leader: Prof. Dr Susanne Singer Collaboration: Dr Wolfgang Dillo, Benedikt Waldherr, Prof. Dr Wolfgang Milch, Prof. Dr Claas-Hinrich Lammers, PD Dr Christiane Montag, Prof. Dr Dorothea von Haebler, Jacqueline Rixe
11. Does dimensional diagnostics have an advantage over non-dimensional diagnostics for patients and/or providers (e.g. better doctor-patient	Working group leaders: Prof. Dr Johannes Zimmermann and Leon Wendt, collaboration: Prof. Dr Thomas Kubiak,

communication, greater satisfaction with treatment, reduced experience of stigmatization)? Prof. Dr Sabine C. Herpertz, Prof. Dr Gabriele Helga Franke, Karsten Giertz

Without systematic literature research

Key question

Members of the working group

6. Do patients with severe impairment of personality functioning who receive outpatient support have a better outcome than those who receive an unspecified control condition?

Working group leaders: Jacqueline Rixe, and Prof. Dr Sabine Weißflog
Collaboration: Cornelia Schumacher, Hannah Eversmann, Prof. Dr Judith Ommert, Karsten Giertz, Claudia Engel-Diouf, Jurand Daszkowski

This working group also drew up the chapter 4.1 "Overarching understanding"

7. Is psychotherapy with a treatment contract more effective for patients with severe impairment of personality functioning than without a treatment contract?

Working group leader: Prof. Dr Susanne Hörz-Sagstetter
Collaboration: Prof. Dr Klaus Michael Reininger, Jurand Daszkowski, Karsten Giertz, Dr Judith Siegl

8. When should patients with severe impairment of personality functioning be admitted as (partial) inpatients?

Working group leaders: Prof. Dr Carsten Spitzer, Hauke Felix Wiegand MD/PhD, Prof. Dr Johannes Kruse
Collaboration: Dr Wolfgang Kupsch, Dr Christian Dürich, Prof. Dr Katja Wingenfeld, Dr Eva Fassbinder,

10. Do patients with severe impairment of personality functioning who receive long-term/continuous care from general practitioners have a better outcome than those who do not receive such consultations?

Working group leaders: Olaf Reddemann and Dr Thomas Steger
Collaboration: Prof. Dr Beate Muschalla, Prof. Dr Reinhard Lindner, Kavah Tarbiat

12. Are there indications for psychopharmacological therapy in cases of severe impairment of personality functioning and if so, which ones?

Working group leader: Hauke Felix Wiegand, MD/PhD
Collaboration: Dr Christian Dürich

External peer review

To legitimise the guideline to other professions, the guideline could be commented on between 27.05.2024 and 09.06.2024. To this end, the participating professional societies were asked to send the guideline for comment via their mailing lists. The guideline was also published on the AWMF website.

Language rules

The generic feminine plus colon is used. On the one hand, this is intended to emphasise that all people are addressed equally and, on the other hand, to ensure fluent readability.

The guideline also uses the term "relatives" for all people who have a significant connection to the person affected.

The term "practitioner" is used at various points in the guideline. This refers to *all* professional groups who work directly with patients, such as nurses, social workers, psychologists and doctors. We would like to expressly distance ourselves from how this term was used during the National Socialist era.

To the short version

This short version contains an abridged version of the LL-SBPF long version. Among other aspects, the methods section and the evidence tables have been removed. Furthermore, the abridged version focuses on the concept of personality functioning, which is described in the same way as in the long version, and on the individual recommendations. The background texts and a large part of the description of the evidence for the evidence-based recommendations have been abridged or omitted. The long version should therefore be consulted for the complete list of references. The long version and the guideline report can be found here: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001>

The most important recommendations

1.1	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	The bio-psycho-social model on which the ICF is based and the person-centred approach associated with it should form the basis of diagnosis and intervention processes for people with severe impairment of personality functioning for all actors in the health and social services.	
	Literature: WHO Mental Health Report, UN-BRK and SGB IX	
	Consensus strength: 100%	

2.1	Evidence-based recommendation	New
Degree of recommendation: B	The diagnosis of severe impairment of personality functioning should be dimensional and not limited to categorical personality disorder diagnoses.	
Quality of the evidence:	Systematic evidence research; Two meta-analyses, five individual studies	
Validity: ⊕⊕⊕⊕ Reliability: ⊕⊕⊕⊕ Clinical usefulness ⊕⊕⊕⊕⊕	Haslam et al. (2020) Markon et al. (2011) Weekers et al. (2023) Wendt et al. (2024b) Zimmermann et al. (2023), therein: Buer Christensen et al. (2020) Morey et al. (2013) Morey et al. (2014)	
	Consensus strength: 100%	

3.5	Consensus-based statement	New
Expert consensus	Patients with severe impairment of personality functioning usually require longer and sufficiently highly frequent psychotherapeutic treatment.	
	Literature: cf. S3 Guideline Borderline Personality Disorder; NICE, 2009; Kool et al. 2018; Bruijnicks et al. 2020; Bone et al. 2021; Woll and Schönbrodt 2020; Shefler et al. 2023	

	Consensus strength: 100%
--	--------------------------

5.2	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	If patients with severe impairment of personality functioning receive both outpatient and inpatient care, this care should be coordinated, taking into account the wishes of the patient and, if applicable, their relatives.	
	Consensus strength: 100%	

7.4	Evidence-based recommendation	New
Degree of recommendation: B	If multi-professional outpatient treatment is required, this should be coordinated by a person involved in this treatment.	
Quality of the evidence:	Systematic literature research, two meta-analyses:	
Mental quality of life: ⊕⊕⊕⊕⊖	Lim et al. (2022)	
Functioning st: ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)	
Functioning mt: ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)	
Functioning according to ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)	
Employment status mt: ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)	
Employment status according to ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)	
	Consensus strength: 96%	

The quality of the evidence was assessed for psychosocial functioning and employment status according to time periods, st - short term, mt - medium term, lt - long term

8.2	Evidence-based recommendation	New
Degree of recommendation: A	As part of the diagnosis and treatment of patients with severe impairment of personality functioning, a sustainable therapeutic relationship should be established. For people with severe impairment of personality functioning, this should be seen as the basis for all further therapy steps, and, depending on the severity of the impairment of personality functioning, even as a treatment goal.	
Quality of the evidence:		
Result of the psychotherapy: ⊕⊕⊕⊖ Change in psychiatric symptoms: ⊕⊕⊕⊖ Change in psychotic symptoms: ⊕⊕⊕⊖ Change in PTSD symptoms: ⊕⊕⊕⊖	Formulation originally based on: S3 Guideline on the Diagnosis and Treatment of Eating Disorders [there Expert Consensus, recommendation 3, p.59; "psychotherapy" changed to "therapy". Added as basis of therapy and as therapy goal]. Subsequently de novo research of meta-analyses.	

Relevance trusting and long-term relationship: ⊕⊕⊕⊕	New literature: Flückiger et al. (2018); Bourke et al. (2021); Browne et al. (2021); Howard et al. (2022); Haw et al. (2023)
	Consensus strength: 100%

9.7	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	Triologue cooperation between patients with severe impairment of personality functioning, their relatives and professionals should be offered. The triologue aspect should be taken into account in professional training and seminars, e.g. through the direct participation of those affected and their relatives. Triologue forums should be offered to patients with severe impairment of personality functioning and their relatives.	
	Literature: S3 Guideline Diagnostics and Therapy of Bipolar Disorders; S3 Guideline Psychosocial Therapies for Severe Mental Illnesses	
	Consensus strength: 100%	

10.1	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	Patients with severe impairment of personality functioning should be offered a specific treatment contract as part of psychotherapy.	
	Consensus strength: 100%	

11.1	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	If severe impairment of personality functioning is present, inpatient or day-care treatment may be appropriate for diagnostic and/or therapeutic reasons. The principle of outpatient treatment before partial inpatient treatment before full inpatient treatment should be followed while maintaining participatory decision-making. When determining the indication for hospital treatment, it should be carefully examined together whether the desired therapeutic goals are in line with the respective treatment options of the institution. Hospitalisation should be carried out in accordance with the Table 6 listed in Table 6 or in an emergency.	
	Literature: S3 Guideline National Care Guideline Unipolar Depression; S3-Guideline Schizophrenia; S3 Guideline Obsessive-Compulsive Disorder; S3-Guideline Diagnostics and Therapy of Bipolar Disorders; S3-Guideline Borderline Personality Disorder; S3 Guideline Psychosocial Therapies for Severe Mental Illnesses; S3-Guideline Diagnostics and Treatment of Eating Disorders; S3-Guideline Functional Body Complaints; S2k Guideline Emergency Psychiatry; S3-Guideline Post-traumatic Stress Disorders	
	Consensus strength: 100%	

12.1	Consensus-based recommendation	New
<p>Expert consensus</p>	<p>Patients with severe impairment of personality functioning should be recommended continuous long-term monitoring by a general practitioner (GP).</p> <p>The treatment of patients with severe impairment of personality functioning should be carried out cooperatively with the involvement of long-term support from the GP.</p> <p>The conscious, reliable, active and structuring organisation of the patient-doctor and patient-treatment team relationship is a decisive factor in the long-term care of patients with severe impairment of personality functioning. This should be addressed in GP research, further education and training.</p>	
	<p>Consensus strength: 100%</p>	

Table of contents

To the short version.....	10
The most important recommendations	10
1 Introduction.....	18
2 Classification of the LL-SBPF.....	18
2.1 Aim of the guideline	19
2.2 Personality functioning (PF) as a central cross-disorder dimension of the guideline	19
2.2.1 What is personality functioning?.....	19
2.3 Special features of a guideline for people with severe impairment of personality functioning.....	22
2.3.1 Conceptual categorisation against the background of categorical classification systems	22
2.3.2 Reference to other guidelines	23
2.3.3 How does the focus on severe impairment of personality functioning differ from other concepts of severity?.....	23
2.3.4 Case examples of patients with severe impairment of personality functioning .	24
3 Methodological approach.....	25
4 Key questions and recommendations.....	25
4.1 Overarching understanding.....	25
4.1.1 Basic biopsychosocial understanding.....	25
4.1.2 Resilience	26
4.1.3 Recovery.....	26
4.1.4 Relationship management and participatory decision-making	27
4.1.5 Self-management and self-help.....	28
4.2 Recommendations based on systematic literature research.....	29
4.2.1 Findings from qualitative studies as part of the systematic literature review	30
4.2.2 Key question 11: Does dimensional diagnostics have an advantage over non-dimensional diagnostics for patients and/or providers (e.g. better doctor-patient communication, greater satisfaction with treatment, less experience of stigmatisation)?	30
4.2.3 Key question 1: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive outpatient psychotherapy have a better outcome than those who receive an unspecified control condition?.....	32
4.2.4 Key question 2: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive online interventions without continuous personal medical-therapeutic support have a worse outcome than those who receive an unspecified control condition?.....	37
4.2.5 Key question 3: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive coordinated outpatient and inpatient care have a better outcome than those who receive an unspecified control condition?.....	38

4.2.6	Key question 4: Do patients with severe impairment of personality functioning who live in "special forms of housing" under one roof have a better outcome than those who receive an unspecified control condition?.....	39
4.2.7	Key question 5: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive outpatient coordinated care have a better outcome than those who receive an unspecified control condition?.....	41
4.2.8	Key question 9: Do patients with severe impairment of personality functioning who have a fixed reference mental health care professional have a better outcome than those who do not?	43
4.3	Key questions and recommendations without a systematic literature review	51
4.3.1	Key question 6: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive outpatient monitoring have a better outcome than those who receive an unspecified control condition?.....	51
4.3.2	Key question 7: Is psychotherapy with a treatment contract more effective for patients with severe impairment of personality functioning than without a treatment contract?57	
4.3.3	Key question 8: When should patients with severe impairment of personality functioning be admitted as (partial) inpatients?.....	59
4.3.4	Key question 10: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive long-term/continuous care from General Practitioners have a better outcome than those who do not receive consultations?.....	64
4.3.5	Key question 12: Are there indications for psychopharmacological therapy in severe impairment of personality functioning and if so, which ones?.....	66
5	Open research questions	67
6	Evidence tables	67
7	Bibliography	68

List of tables

Table 1: Participating professional societies and mandate holders.....	2
Table 2: Composition of the steering group.....	7
Table 3: Working groups and persons involved.....	8
Table 4: Areas of personality functioning according to the DSM-5.....	20
Table 5: Brief description of the stages of the LPFS.....	21
Table 6: Indications for inpatient treatment.....	60
Table 7: Measures on discharge of patients with severe impairment of personality functioning from (partial) inpatient treatment.....	63
Table 8: Topic-relevant German guidelines:.....	65
Table 9: Possible indications of relevant impairments of personality functioning in the GP setting that make a more detailed clarification worth considering:.....	65
Table 10: Umbrella organisations and nationwide aid services for help in acute crises.....	66

List of abbreviations

Abbreviation	Explanation
AMPD	Alternative Model of Personality Disorder
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BPF	Impairment of personality functions
BPS	Borderline personality disorder
DBT	Dialectical-behavioural therapy
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EK	Expert consensus
EUTB	Supplementary independent participation counselling
GAF	Global Assessment of Functioning
G-BA	Joint Federal Committee
GP	General practitioner
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
HiTOP	Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology)
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IMBEI	Institute of Medical Biometry, Epidemiology and Informatics
KBV	National Association of Statutory Health Insurance Physicians

KSVPsych-RI	Directive on interprofessional, coordinated and structured care, especially for seriously mentally ill insured persons with complex psychiatric or psychotherapeutic treatment needs
LL	Guideline
LL-SBPF	Guidelines for the diagnosis, treatment and rehabilitation of patients with severe impairment of personality functioning
LPFS	Level of Personality Functioning Scale
LPFS-BF	Level of Personality Functioning Scale-Brief Form
LPFS-SR	Level of Personality Functioning Scale-Self-Report
lt	Long term
mt	Medium term
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OPD	Operationalised psychodynamic diagnostics
PF	Personality functioning
PICO	Population/patients, Intervention, Comparison (comparison/control group) and Outcome (treatment goal)
PPP DIRECTIVE	Staffing in psychiatry and psychosomatics guideline
SBPF	Severe impairment of personality functioning
SCID-AMPD	Structured Clinical Interview for the Level of Personality Functioning Scale (DSM-5 - Alternative Model for Personality Disorders)
SE	Supported Employment
SGB IX	Ninth Book of the German Social Code - Rehabilitation and participation of people with disabilities
SGB V	Fifth Book of the Social Code - Statutory Health Insurance
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
st	short term
STiP 5.1	Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (German: Semistrukturierten Interviews zur Erfassung der DSM-5 Persönlichkeitsfunktionen)
STIPO	Structured Interview on Personality Organisation
TAU	Treatment as usual
UN CRPD	United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities
WfbM	Workshop for disabled people

1 Introduction

This guideline was developed as a result of financing announcement by the Innovation Committee of the Federal Joint Committee for topic-specific funding of health services research in accordance with Section 92a (2) sentence 4 second alternative of the Fifth Book of the German Social Code (SGB V): Projects for the development or further development of selected medical guidelines for which there is a particular need in healthcare (BAnz AT 12.10.2020 B5). One funded topic area covered the care of people with mental illnesses and complex treatment needs. The guideline **Diagnosics, therapy and rehabilitation of patients with severe impairment of personality functioning (LL-SBPF)**, under the auspices of the Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT), addresses this topic (funding code 01VSF21013). The guideline was also kindly supported by the following professional societies: Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/Psychodynamische Psychotherapie e.V. (DFT), Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen e.V. (GePs), Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation e.V. (DGVM), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG), Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e.V. (DGS), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM), Systemische Gesellschaft e.V. (SG), Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM), Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V. (DGSA), Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM), Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V. (DPV), Bundespsychotherapeutenkammer (BpTK), Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW), Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft e.V. (DGSMTW), Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V. (DVT), Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE), Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V. (DPtV), Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie e.V. (DGMP), Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DÄVT), Arbeitsgemeinschaft Psychodynamischer Professorinnen und Professoren e.V. (APPP), Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft e.V. (DPG), Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp), Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V. (DGPPR), Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie e.V. (DGPs), Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (Bpe), Dachverband deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e.V. (DDPP), Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V. (BAG KT), Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG), Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK), Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP).

2 Classification of the LL-SBPF

The *guideline for diagnostics, therapy and rehabilitation of patients with severe impairment of personality functioning (LL-SBPF)* provides recommendations and statements for the diagnostics, therapy and rehabilitation of this patient group.

Firstly, it describes why the care of patients with severe impairment of personality functioning (SBPF) should be improved, before introducing the concept of personality functioning in more detail. The special feature of this guideline is then explained, namely that it does not consider individual disorders, but instead applies an overarching concept. Reference is also made to other

guidelines and a case study is given. This is followed by the recommendations and statements corresponding to the key questions. Contextual information is also provided in the background texts.

2.1 Aim of the guideline

The LL-SBPF was developed to improve the care of people with mental illness and complex treatment needs. The guideline focusses on the group of affected persons whose mental illness and complex treatment needs are based on or accompanied by severe impairment of personality functioning (SBPF). The guideline is intended to contribute to the care of this group of people by providing recommendations and statements that specifically concern the improvement of the quality and efficiency of care, the elimination of care deficits in statutory health insurance and the special proximity to practical patient care. The guideline is intended to strengthen the patient population and promote patient empowerment.

The objectives of improved care can be divided into three areas:

1. *Patient-orientation*: Access to psychiatric, psychotherapeutic and psychosocial care should be adapted to the specific impairments of personality functioning, improved, and participation in social life (employment, social activities) facilitated. Patients and relatives should be informed about the treatment options available and encouraged to make use of them (empowerment). The aim is to ensure equitable care by not excluding disadvantaged people from the care they need.
2. *Organisational, procedural and structural innovation*: The diagnosis of personality functioning is intended to improve the recognition of care needs and address them at an early stage. Problems in the care process (e.g. due to breaks at sector boundaries, access barriers, incorrect treatment) are to be identified and coordinating solutions developed. In particular, this includes recommendations for the implementation of coordinated cooperation between the various professional groups and care facilities in sequential treatment. Their implementation often fails because the healthcare system does not take these steps into account on its own initiative across all sectors. The impairment of personality functioning prevents those affected from doing so on their own initiative. Accordingly, the guideline is intended to improve cooperation between the professions. This should also reduce the frequency and duration of inpatient stays.
3. *Improvement of patient-relevant endpoints*: Care tailored to the severity of impairment of personality functioning should improve patient-relevant outcomes (see chapter 4 and chapter 3.1.3 of the guideline report).

2.2 Personality functioning (PF) as a central cross-disorder dimension of the guideline

The LL-SBPF focuses on personality functioning instead of categorical diagnoses. Personality functioning can be described independently of the specific disorder and recorded on a dimensional scale in terms of their impairment.

2.2.1 What is personality functioning?

Personality functioning describes basic mental abilities that are assumed to be necessary for coping with a wide range of internal and external demands (Bender and Skodol 2007; Bender et al. 2011). The concept of personality functioning has a long tradition in psychoanalytic thinking ("ego functions") and has recently been updated for the diagnosis of personality disorders in the DSM-5 and ICD-11. It is assumed that the extent of personality functioning availability is relevant for all mental disorders, as availability or impairment also varies within categorical

diagnostic groups and these variations have implications for treatment planning (e.g. Henkel et al. (e.g. Henkel et al. 2018; Ehrental and Benecke 2019).

In the DSM-5, personality functioning is divided into functions of the self (with the areas of *identity* and *self-direction*) and interpersonal relationships (with the areas of *empathy* and *intimacy*). These skill areas are summarised in Table 4 and can be regarded as relatively stable core components of a person's intrapsychic system (Sharp and Wall 2021; Herpertz in preparation). Impairments of personality functioning can be an important cause for the development of mental disorders in the sense of a general risk or vulnerability factor (Bender and Skodol 2007; Bender et al. 2011; Sharp and Wall 2021), but they can also be the result of mental illness. In this respect, impairments in personality functioning are often correlated with the extent of comorbidity or the chronicity of disorders (cf. Zimmermann et al. 2023; Kerber et al. 2024). At the same time, a number of psychotherapy goals are based on the personality functioning (Hutsebaut 2023). Personality functioning is therefore also changeable despite its relative stability.

Table 4: Areas of personality functioning according to the DSM-5

Self:
1. Identity: experience of autonomy of self, with clear boundaries between self and others; stability of self-worth and accuracy of self-assessment; ability to experience and regulate a range of emotions
2. Self-direction: pursuit of coherent and meaningful short- and long-term goals; orientation towards constructive and prosocial standards of behaviour; ability for productive self-reflection
Interpersonal function:
1. Empathy: understanding and recognition of the experiences and motives of others; tolerance of different points of view; understanding the effects of one's own behaviour on others
2. Intimacy: depth and duration of positive relationships with others; desire and ability to be close to others; mutual respect demonstrated in interpersonal behaviour

The LL-SBPF bases its understanding of personality functioning on the operationalisation of the alternative DSM-5 model for personality disorders (alternative model of personality disorder, AMPD; American Psychiatric Association 2013; for the German version see Falkai et al. 2018), which was developed using the "Level of Personality Functioning Scale" (LPFS; Bender et al. 2011) describing personality functioning and its various degrees of impairment. The LPFS is generally considered to be well validated (Zimmermann et al. 2023; see chapter 4.2.2). Personality functioning also forms the central criterion for personality disorders in the ICD-11 (WHO 2022), although the operationalisations of personality functioning in the DSM-5 and ICD-11 are very similar overall (McCabe and Widiger 2020; Oltmanns and Widiger 2019; Bach et al. 2017; Tyrer et al. 2019). On an empirical level, substantial correlations were found between impairments in personality functioning with a variety of theoretically related constructs, such as impairments in mentalisation ability, psychosocial functioning in everyday life, psychodynamic conceptualisations of personality functions, suicidality, maladaptive schemas and low well-being (for a further overview, see Zimmermann et al. 2023).

Personality functioning is primarily used in the DSM-5 and ICD-11 to define personality disorders. At the same time, it is assumed in both systems that the severity continuum described by personality functioning extends beyond the range of personality disorders. Personality functioning can be used, for example, to map impairments below the threshold of disorder severity

(American Psychiatric Association 2013, p. 772) or to assess treatment planning and progression for individuals with other diagnoses (American Psychiatric Association 2013, p. 774). The LPFS is summarised in abbreviated form in Table 5. The AMPD provides a global rating in which an assessment is made across all four domains. However, it is also possible for the clinician to assess the level of functioning for each domain separately and aggregate the assessments into an overall score (see chapter 4.2.2; Bach and Simonsen 2021 cf. e.g. Zimmermann et al. 2014).

Table 5: Brief description of the stages of the LPFS

No or minor impairments (0)	Slight impairments (1)	Moderate impairments (2)	Severe impairments (3)	Extreme impairments (4)
Clear self-concept and experience of autonomy; stable and positive self-esteem and accurate self-assessment; multifaceted emotional life and ability to regulate emotions	Relatively intact self-concept, which is less clearly delineated under stress; temporarily reduced self-esteem; situationally restricted emotional life	Self-concept excessively centred on others; vulnerable self-esteem with compensatory inflated or reduced self-assessment; strong emotions when self-esteem is threatened	Weakly or very rigidly defined self-concept with little experience of autonomy; fragile self-worth with incoherent, distorted self-assessment; rapid changes in emotions or chronic despair	Lack of self-concept and experience of autonomy; severely distorted or confused self-image; inappropriate, extreme emotions
Reasonable, realistic goal setting; orientation towards appropriate personal standards, as well as experiencing meaning and satisfaction in many areas of life; constructive self-reflection	Conflicting or overly ambitious goals; sometimes exaggerated personal standards that limit the experience of satisfaction in certain situations; relatively intact self-reflection, but with certain overemphasised aspects of self-perception	Objectives determined by others and focussed on the confirmation of others; inappropriate personal standards and lack of authenticity; limited self-reflection	Fundamental difficulties with goal setting; unclear or contradictory personal standards and experience of meaninglessness or threat; significantly limited self-reflection	Incoherent, unrealistic goals; lack of personal standards and lack of idea of personal fulfilment; profoundly impaired self-reflection in which own motives are misjudged
Ability to understand the experience of others in most situations; understanding and tolerance for the views of others, even if they are not shared; awareness of the effect of one's own behaviour on others	Slightly limited ability to understand the experience of others (e.g. attribution of inappropriate expectations); rather reluctant consideration of the views of others; situationally limited awareness of the effect of one's own behaviour on others	Sensitivity to the experience of others only in terms of its relevance to oneself; excessive self-centredness and significantly limited ability to consider alternative perspectives; unrealistic assessment or ignorance of the effect of one's own behaviour on others	Significantly impaired ability to understand the experience of others (with the exception of certain aspects such as vulnerability and suffering); severely threatened by dissenting views; confusion or lack of awareness of the effect of one's own behaviour on others	Pronounced inability to understand the experience of others; inability to perceive or take into account the views of others; confusing or disturbing social interactions
Numerous stable and satisfying relationships; desire for and ability to maintain caring, close and reciprocal relationships; desire for co-operation and mutual benefit and ability to respond flexibly to others	Stable relationships with limitations in terms of depth and perceived satisfaction; inhibitions in relationships when strong emotions or conflicts arise; unrealistic standards make co-operation difficult in some cases and slightly limited ability to respond flexibly to others	Mostly superficial relationships; self-esteem regulation at the expense of relationships and unrealistic expectation of being perfectly understood by others; co-operation primarily sought out of self-interest	Significantly impaired ability to form positive and lasting relationships; fluctuation between fear, rejection and desperate desire for closeness; little reciprocity and failure to cooperate due to experienced offence	Distanced, chaotic, or consistently negative interactions with others; disinterest in relationships or expectation of hurt; lack of reciprocity in interpersonal behaviour

For a more differentiated approach, the LL-SBPF uses a categorisation of impairment of personality functioning with intermediate levels (i.e. 0, 0.5, 1.0, 1.5 ... 3.5, 4.0). The LL-SBPF focuses on persistent, severe and extreme impairment of personality functioning that achieves a score of 2.5 or higher on the LPFS, but not on short-term weakening of the personality functioning, e.g. in the context of acute crises or organically induced impairments.

Since personality functioning describes basic mental abilities that are mapped on a dimensional scale ranging from no to extreme impairment and can be described for all people, the LPFS is suitable for determining a person's psychological vulnerability.

2.3 Special features of a guideline for people with severe impairment of personality functioning

2.3.1 Conceptual categorisation against the background of categorical classification systems

Patients with severe impairment of personality functioning can have a broad spectrum of mental disorders, of which several usually occur simultaneously and which can be characterised by a wide variety of symptoms (Kerber et al. 2024). These comorbidities represent a considerable difficulty in treatment and conceptualisation. It can then be unclear which symptoms and disorders are in the foreground and how they influence each other. Since existing guidelines are usually tailored to specific disorders according to categorical conceptualisations of mental disorders, they can sometimes only provide incomplete guidance for patients with many comorbidities. Of course, this does not exclude the possibility that the respective disorder-specific guidelines should also be taken into account for such comorbidities in order to arrive at an individualised treatment decision.

Personality functioning is suitable for determining a baseline level of psychological functioning. In patients with complex treatment needs, this level of functioning can be seen as an internal cause (in the sense of vulnerability) alongside other causes of mental illness. This provides an explanatory model for the regularly occurring comorbidities and a common starting point for treating them (Kerber et al. 2024). For example, anxiety and impulsive behaviour could be associated with a lack of self-direction. Furthermore, personality functioning can serve as an explanatory model for the heterogeneity within a disorder category. Patients with depression, for example, can exhibit varying degrees of impairment of personality functioning, which can (partially) explain the different manifestations of depression and result in different prognoses. There can also be major differences between people who have the same level of personality functioning. For example, it can be assumed that a person with severe impairment of personality functioning and *dissociative identity disorder* differs from a person with severe impairment of personality functioning and *antisocial personality disorder* in aspects relevant to treatment. This would be a symptom-led differentiation that can be based on existing disorder-specific guidelines. The personality functioning itself may differ in the example described in that the impairments in the various areas (e.g. identity vs. empathy) are of varying severity.

If differentiation at a symptom level is necessary, the guideline group has decided to do this using HiTOP spectra ("Hierarchical Taxonomy of Psychopathology"); Kotov et al. 2017; Kotov et al. 2021; Zimmermann et al. 2024) to be carried out. HiTOP is a quantitatively developed classification system that arranges psychopathological phenomena according to their breadth and correlation in a hierarchical model (<https://www.hitop-system.org/>). In the HiTOP system, six spectra were identified at a higher level: the *somatoform spectrum*, the *internalising spectrum*, the *spectrum of thought disorders*, the *spectrum of closedness*, the *disinhibited-externalising spectrum* and the *antagonistic-externalising spectrum*. Disorders according to DSM and ICD can also be assigned to these spectra, although only their symptoms in the narrower sense are part of the HiTOP model. The combination of the LPFS with the HiTOP spectra enables clinically relevant differentiations to be made without necessarily having to revert to the categorical disorder categories (Remmers and Zimmermann 2022). For example, treatment recommendations for patients with severe impairment of personality functioning in the internalising spectrum could differ from those for patients with severe impairment of personality functioning in the disinhibited-externalising spectrum.

From a long-term perspective, the present LPFS should help to enable a clinically valid and accurate determination of complex treatment needs in patients with severe impairment of personality functioning and various F diagnoses or 06 diagnoses in ICD-11. With the help of the LPFS, patients can be assessed with regard to their individual level of personality functioning. This gives the diagnosis greater specificity and clarifies the extent of vulnerability. The expert survey conducted as part of the guideline development (Wendt et al. 2024b) also makes it possible to estimate the average expected severity of impairment in personality functioning or the expected proportion of people with severe impairment of personality functioning for various categorical diagnoses. This makes it possible to consider the evidence to date with regard to categorical diagnosis groups from the perspective of personality functioning. In addition, the survey showed that the use of a dimensional scale allows a similarly precise prediction of treatment-relevant variables, such as the necessary treatment intensity, as the use of almost 40 categorical diagnoses. It is also assumed that stigmatisation is lower when dimensional scales are used (Wendt et al. 2024b).

The conceptual basis of LL-SBPF has important implications for future research. For example, it suggests that patients with severe impairment of personality functioning should no longer be excluded from the vast majority of studies on the basis of exclusion criteria, but instead that impairment in personality functioning should be included as a clinically relevant variable in research designs as standard. The contents of the LL-SBPF can also be integrated into the training and further education of doctors, psychotherapists and healthcare professionals in order to teach the diagnosis of personality functioning and their implications for clinical practice.

2.3.2 Reference to other guidelines

Personality functioning has many points in common with areas of other guidelines. How these points were integrated into the guideline is described in Chapter 3.1.2 of the methodological report. The points of commonality were that impairment in personality functioning can be seen as a risk or vulnerability factor for most mental disorders and that certain problems in many disorders can be interpreted in terms of impairment in personality functioning. For example, patients with autism spectrum disorders or disorders from the schizophrenic spectrum regularly have impairments in their ability to empathise. From the recommendations and statements of thematically related AWMF guidelines, guideline mapping (Wendt et al. 2024a) was created, which supported the work in the working groups on key questions 6 - 12. Guideline mapping provides a comprehensive collection of data on points of contact between the key questions of the LL-SBPF and related AWMF guidelines. For the guideline mapping procedure, see the long version of the guideline, Wendt et al. (2024a) and <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/Q2FKJ>.

2.3.3 How does the focus on severe impairment of personality functioning differ from other concepts of severity?

The LPFS describes different degrees of impairment of personality functioning. Personality functioning is conceptualised as *basic mental abilities that a person can be sure to possess* (level 0: no or minor impairment), or that are mildly (level 1), moderately (level 2), severely (level 3) or extremely (level 4) impaired (see above). Impairment of personality functioning can represent a significant *vulnerability* for the development of mental disorders; above a certain level of impairment, this itself is considered to be a medical condition (according to AMPD and ICD-11, a personality disorder may then be present if other general criteria are met). The question of the causal significance of personality functioning for the development of mental disorders

and the operationalisation of the causes of disorders in contrast to the consequences of disorders are two of the central research questions for the future, which require longitudinal study designs. Although the extent of impairment of personality functioning correlates with various other measures of severity (e.g. number of symptoms, level of psychosocial functioning), personality functioning is not congruent with these. Rather, impairment of personality functioning is recognised as a major causal component (in combination with other components) for the development of symptoms and/or a decline in psychosocial functioning (e.g. according to GAF; American Psychiatric Association 1987). For example, the GAF *describes* different degrees of impairment in coping with life/everyday life - the LPFS contributes to a possible *explanation of* these impairments in coping with life/everyday life.

Widiger et al. (2019) hypothesise that personality functioning could represent a general psychopathology factor (p-factor). This could represent the highest level in HiTOP (Widiger et al. 2019) and could be suitable for measuring a person's susceptibility to mental disorders and comorbidities (Caspi and Moffitt 2018; Caspi et al. 2014). However, it is ultimately not clear what exactly constitutes this p-factor, what it does and does not include (Watts et al. 2024).

2.3.4 Case examples of patients with severe impairment of personality functioning

Mrs E. (according to Henkel et al. 2018)

Mrs E. wears her dark hair in two plaits. The patient appears mistrustful and dismissive on contact. The conversation is difficult because the patient remains silent for a long time. She also frequently says that she can't think at the moment or that she doesn't want to talk or think about issues. Fear and hatred are the main affects of the conversation. The latter refers both to herself and to others.

Mrs E. cannot say what is actually bothering her, most likely her life situation, the senselessness and the chaos, whereby it is not clear what she actually means by this. She can only describe herself in one word: "pointless". In the course of the conversation, the suspicion arises that the patient is hurting herself, based on hints that she wants to create states in which she feels herself; however, she does not say this, even when asked. She reports that she finds it difficult to be alone. She cannot do anything with herself then and has to keep herself busy somehow.

The patient's parents divorced 1.5 years after her birth. Her mother remarried and had two children. Her father also started a new family later, but she still visited him regularly. She probably had a good childhood; she sees smiling faces in photos and videos. However, the patient has pronounced amnesia regarding her experiences up to the age of 12, and she wonders whether she is really seeing herself in the photos. She finds it difficult to describe her mother and does not dare to mention negative characteristics because she would be doing her an injustice. Her "fathers" are very different: her stepfather takes care of formalities and is interested in the patient's life, but is emotionally cold and distant. Her biological father showed her through hugs and words that he loved her, but did not really seem to be interested in her life. The patient's descriptions of her childhood give rise to the suspicion of traumatic experiences, particularly because of the pronounced childhood amnesia, but also because of the descriptions that seem less integrated.

With regard to partner relationships, the patient reported an ex-boyfriend (separation 2 weeks before the interview) with whom she had been in an on-off relationship for about two years. At the beginning it had been good and he had been interested in her. Then "it all became too much" for her and she broke it off, followed by a back and forth. It became clear that the "too much" described by the patient was connected to her sexuality as a partner. She had a pronounced fear of intimacy, but did not know why. The patient hated her own body.

Mrs E. exhibits **severe impairment of personality functioning** in almost all areas. In the area of *identity* and self-perception, it is noticeable that the patient fears that expressing her thoughts and fantasies will make them "real". Here, the patient is very uncertain about distinguishing between reality and thoughts. In terms of *self-direction*, she appears to be rather under-controlled, i.e. negative affects trigger strong confusion and can hardly be regulated, resulting in impulse outbursts (e.g. measures to "feel oneself"). In the area of *empathy*, the patient finds it difficult to get in touch with herself, but also with others. *Intimacy* hardly seems possible, and the ability to form positive and lasting attachments is clearly impaired.

Further case studies can be found in the long version of the guideline.

3 Methodological approach

See the long version of the guideline (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001>) for the guideline development procedure, the development of recommendations according to GRADE, the systematic literature search procedure, the consensus process and the methodological review. For the handling of study results that are primarily orientated towards categorical diagnoses and the concept of personality functioning, see also Wendt et al. (2024b).

4 Key questions and recommendations

The guideline group developed key questions, which were commented on by the steering group and then discussed and agreed by the members of the professional societies. A total of 12 key questions were formulated according to the PICO principle (population/patient, intervention, comparison (comparison/control group), outcome (treatment objective)).

The *population* to which the LL-SBPF refers are patients with severe impairment of personality functioning. The *comparison* in the key questions should be directed against an "unspecified control condition". *Unspecified control condition* here means that no specific comparison group was defined. Instead, the study results were reported separately according to the comparison groups present in the studies. However, comparisons with an intervention of the same dose, duration and/or frequency, a pre-post comparison without a control group and comparisons between drug-assisted psychotherapy and psychotherapy without drug support or other drug support were excluded.

Similarly, the unspecified *outcome* means that the study results are reported separately according to the outcomes investigated in the studies.

4.1 Overarching understanding

The recommendations and statements of the LL-SBPF are based on a fundamental understanding, which is presented in the following sections.

4.1.1 Basic biopsychosocial understanding

The bio-psycho-social model on which the ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) is based is regarded as essential. This combines both a medical and a social model, which is particularly important in the area of severe impairment of personality functioning, as this can have a strong impact on both areas and there are interactions. In order to do justice to the bio-psycho-social model, cooperation between various actors in the health and social services is required.

1.1	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	The bio-psycho-social model on which the ICF is based and the person-centred approach associated with it should form the basis of diagnosis and intervention processes for people with severe impairment of personality functioning for all actors in the health and social services.	
	Literature: WHO Mental Health Report, UN CRPD and SGB IX	
	Consensus strength: 100%	

4.1.2 Resilience

Rönnau-Böse et al. (2022) examine research into resilience and protective factors, which began in the 1970s. Resilience, originally from developmental psychopathology and influenced by the salutogenesis model, refers to psychological resilience and healthy development despite adverse circumstances or traumatic events. A distinction is made between chronically adverse circumstances and one-off traumatic events, with different protective factors at work.

Resilience is promoted through personal protective factors (individual life skills) and social protective factors. Flexible self-regulation is considered an important personal protective factor. Hope is an important psychological protective factor, which is according to Snyder and Lopez (2002) characterised by defining goals, ways to achieve them (pathways thinking) and the confidence to achieve these goals (agency thinking) (Shorey et al. 2003). Hope leads to greater professional success and social competence (Snyder and Lopez 2002).

The literature search in March 2023 did not provide any specific evidence in favour of recommending the concept of resilience as a basis for the treatment of people with severe impairment of personality functioning. However, it can be deduced from the study results that a high level of resilience is an important resource in dealing with a mental illness. Strengthening resilience as a resistance can contribute to a positive change in the life situation.

1.2	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	People with severely impaired personality functioning should have their protective and resilience factors strengthened.	
	Consensus strength: 100%	

4.1.3 Recovery

Patricia Deegan and Dan Fischer founded the recovery movement, which defines recovery from mental illness as a self-directed process. Recovery means finding meaning and purpose in life again and includes progress as well as setbacks. Important elements are connection, hope, identity, meaning in life and empowerment. Mental health professionals should provide support without removing the possibility of mistakes. Clinically, recovery means symptom reduction and remission. In German-speaking countries, there are various materials to support recovery.

1.3	Consensus-based recommendation	Modified (status 2018)
Expert consensus	<p>People with severe impairment of personality functioning should be supported in their individual recovery process. This includes interventions that</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ offer support within the framework of their individual goals and wishes, ▪ strengthen their autonomy and individuality, and ▪ promote inclusion in all areas of life and quality of life. <p>The basis for this lies in a recovery orientation in all areas of care and a common understanding of recovery.</p>	
Guideline adaptation	<p>S3 Guideline Psychosocial Therapies for Severe Mental Illness (Recommendation 2 (p. 55)) See also Leamy et al. (2011); Deegan (1995)</p>	
	Consensus strength: 100%	

4.1.4 Relationship management and participatory decision-making

The quality of the therapeutic relationship is crucial in inpatient, rehabilitative and outpatient settings. The effective component model of Grawe (2000) serves as the basis for psychosocial action in outpatient counselling for people with severe impairment of personality functioning. It includes resource activation, problem-specific and clarification-promoting interventions and the change of motivational schemata, which can have positive effects on the therapeutic relationship and the healing process.

The shared decision making model emphasises an equal, active interaction between patient and therapist based on shared information and communication. Benefits include symptom reduction, improved self-esteem and greater motivation for treatment, although there are barriers to implementation.

Studies show positive effects of participatory decision-making in various disorders, including depression and schizophrenia. However, implementation may be less useful in crisis or emergency situations. Further research supports the strengthening of participatory decision-making, which slightly improves the therapeutic relationship and communication.

1.4	Evidence-based recommendation	New
Degree of recommendation: B	Diagnostic, therapeutic and care-related decisions should be made in accordance with the concept of participatory decision-making.	
Quality of the evidence:		
Strengthening the therapeutic relationship: ⊕⊕⊕⊖	Literature: Stovell et al. (2016)	
	Consensus strength: 100%	

4.1.5 Self-management and self-help

Self-help plays an important role in the treatment of people with severe impairment of personality functioning. The benefits of self-help are undisputed. However, there is no standardised understanding or clear terminology for self-help.

1.5	Consensus-based statement	New
Expert consensus	Self-help is now an integral part of the support system for people with severe impairment of personality functioning. It supports self-management skills, promotes the exchange and activation of resources and self-healing powers and helps people to better understand and deal with the illness.	
Guideline adaptation	S3 Guideline Psychosocial Therapies for Severe Mental Illness (Statement 2, p. 64)	
	Consensus strength: 100%	

Note: The statement from the S3-LL Psychosocial therapies for severe mental illnesses (DGPPN 2018, p. 64) was modified to emphasise a better understanding and better management of the illness rather than the acceptance of the illness as originally intended.

Within the framework of self-management and self-help, various services and options have been established, which are presented in the following sub-chapters.

4.1.5.1 Self-regulation and media-supported education

Self-management or self-regulation is understood as the ability to shape one's own development independently and to deal with illness-related limitations. Self-management programmes can help people with severe impairment of personality functioning to cope with these limitations. Media-supported education, such as written guides and internet-based self-help programmes, can be useful in self-help.

1.6	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	Self-management is an important part of coping with an illness and should be intensively supported throughout the entire treatment and care process. Guides and self-help manuals should be independent of interests, easy to understand (<i>also translated into easy language</i>) and of high quality.	
	S3 Guideline Psychosocial Therapies for Severe Mental Illness (recommendation 5 and 6 (p. 65f))	
	Consensus strength: 100%	

Note: The recommendation was modified and the term "care" was added in order to include support not only as in recommendation 5 from the S3 guideline Psychosocial therapies for severe mental illness (p. 65) (p. 65) in the area of treatment (in the narrower sense according to SGB V), but also in other areas of care, such as integration assistance according to SGB IX.

4.1.5.2 Self-help groups, self-help organisations and self-help contact points

Self-help groups vary in organisation and size, can be open or closed and can be independent or part of larger self-help organisations such as the Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener

(BPE). The BPE offers counselling, e.g. via EUTB offices, and represents members politically. Self-advocacy can make a positive contribution to coping with illness, empowerment and recovery for people with severe impairment of personality functioning. Regional self-help contact centres provide information about self-help groups and support their formation.

1.7	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	Patients with severe impairment of personality functioning should be informed about self-help groups, self-help organisations and self-help contact points and, if desired, supported in making contact.	
Guideline adaptation	S3 guideline Psychosocial Therapies for Severe Mental Illness (Recommendation 8 (p. 71))	
	Consensus strength: 100%	

Note: Recommendation 8 from the S3 guideline Psychosocial therapies for severe mental illnesses was modified, transferred to the target population, the range of contact points for self-help extended and the recommendation slightly reformulated.

4.1.5.3 Peer support experts from experience

The involvement and collaboration of peers as recovery counsellors is also becoming increasingly important in the treatment and care of people with severe impairment of personality functioning. This is reflected, among other things, in the fact that the current PPP guidelines (Psychiatry and Psychosomatics Staffing Guidelines) issued by the Federal Joint Committee in Section 9 (2) recommend the use of recovery counsellors regardless of diagnoses in adult psychiatry and psychosomatics as a quality recommendation (G-BA 2024).

Peer support is also an important response to the promotion of autonomy and participatory decision-making, which is desired by many of those affected and is important for the recovery process, and supports the steps towards user-orientated transformation of psychiatric and psychosocial institutions and services.

1.8	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	People with severe impairment of personality functioning should be offered peer support, taking into account their wishes and preferences, to strengthen the recovery process and encourage active participation in treatment.	
	See also S3 guideline Psychosocial Therapies for Severe Mental Illness (Recommendation 9 (p. 90))	
	Consensus strength: 96%	

4.2 Recommendations based on systematic literature research

Using the definitions described above, the working group in Mainz conducted a systematic literature search for key questions 1-5. The aim was to identify the best available evidence (Blümle et al. 2020). On the advice of the AWMF, key questions 9 and 11 were also systematically researched by the respective working groups following the consensus conference on 14 February 2023. The corresponding evidence tables can be found in chapter 6 and in the guideline report under Chapter 3.1.4.

4.2.1 Findings from qualitative studies as part of the systematic literature review

The systematic literature review identified two qualitative studies that provide insights into how patients with severe impairment of personality functioning experience different interventions such as psychotherapy and community psychiatric care.

Little et al. (2018) investigated how patients with borderline personality disorder experience dialectical behavioural therapy (DBT). Important aspects from the patient's perspective were the therapeutic relationship, self-efficacy and a change of perspective regarding their own self and the future. Therapists who were attentive, non-judgemental and respectful were perceived positively. Group therapy was described as supportive, but also potentially overwhelming. Obstacles according to Little et al. (2018) were both the language of DBT, which was described as complex, and the negative effects of behavioural changes on relationships.

Sheridan Rains et al. (2021) examined the experiences of patients with personality disorders in community psychiatric services. Important aspects were the long-term perspective, individualised and holistic treatment, access and quality of services. Patients wanted continuous, understandable and competent care. The therapeutic relationship was considered to be of central importance; therapists should be trusting, open, honest and empathetic. The diagnosis of personality disorder was sometimes perceived as stigmatising and sometimes helpful for specialised treatments.

These findings should be taken into account for implementation in the German healthcare system. Important aspects are a good therapeutic relationship, appreciation and orientation in life and in the healthcare system.

4.2.2 Key question 11: Does dimensional diagnostics have an advantage over non-dimensional diagnostics for patients and/or providers (e.g. better doctor-patient communication, greater satisfaction with treatment, less experience of stigmatisation)?

Empirical studies show that mental disorders are usually distributed continuously, with no clear distinction between those affected and those not affected (Haslam et al. 2020). For example, the symptoms of personality disorders show distributions that are better aligned with a dimensional understanding of the underlying differences (Ahmed et al. 2013; Aslinger et al. 2018; Conway et al. 2012). Categorical diagnoses can lead to arbitrary categorisations, impaired reliability and validity and reduce the information value, especially for treatment-relevant variables (Clark et al. 2017; Markon et al. 2011; Wendt et al. 2019). Clinical usefulness is also a decisive factor. There are positive assessments regarding the clinical usefulness of LPFS instruments (Bach and Tracy 2022; Hopwood 2018; Milinkovic and Tiliopoulos 2020).

The following instruments for recording the LPFS are available in German:

- Scale for assessing the level of personality functioning: Included in the German DSM-5 edition (Falkai et al. 2018).
- STiP-5.1: German translation available (Hutsebaut et al. 2017; Zettl et al. 2020).
- SCID-AMPD Module 1: German translation available (Bender et al. 2018; Hörz-Sagstetter et al. 2024).
- LPFS-BF: German short forms available (Spitzer et al. 2021; Zimmermann et al. 2020).

2.1	Evidence-based recommendation	New
Degree of recommendation: B	The diagnosis of impairments of personality functioning should be dimensional and not limited to categorical personality disorder diagnoses.	

Quality of the evidence:	Systematic evidence research; Two meta-analyses, five individual studies:
Validity: ⊕⊕⊕⊕ Reliability: ⊕⊕⊕⊕ Clinical usefulness ⊕⊕⊕⊕⊕	Haslam et al. (2020) Markon et al. (2011) Weekers et al. (2023) Wendt et al. (2024b) Zimmermann et al. (2023), therein: Buer Christensen et al. (2020) Morey et al. (2013) Morey et al. (2014)
	Consensus strength: 100%

2.2	Evidence-based recommendation	New
Degree of recommendation: B	<p>The severity of impairment of personality functioning should be assessed using the LPFS with appropriate clinical interviews.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) For this purpose, specially developed structured interviews should be used, for example the <i>Structured Clinical Interview for the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders Module I (SCID-5-AMPD-I)</i> or the <i>Semistructured Interview for the Assessment of DSM-5 PF (STiP-5.1)</i>. 2) Alternatively, interviews that focus on very similar psychodynamic constructs of structural level or personality organisation can be used, for example the <i>OPD interview</i> or the <i>Structured Interview on Personality Organisation (STIPO)</i>. 	
Quality of the evidence:	Systematic evidence research; Two meta-analyses, five narrative reviews:	
Validity: ⊕⊕⊕⊕ Reliability: ⊕⊕⊕⊕ Clinical usefulness ⊕⊕⊕⊕⊕	Birkhölzer et al. (2021) Hörz-Sagstetter et al. (2021) Morey et al. (2022) Sharp and Wall (2021) Young and Beazley (2023) Zimmermann et al. (2023)	
	Consensus strength: 100%	

2.3	Evidence-based recommendation	New
Degree of recommendation: 0	<p>Specially developed self-report questionnaires can be used for screening purposes, for example the German version of the <i>Level of Personality Functioning Scale-Self-Report (LPFS-SR)</i> or the <i>Level of Personality Functioning Scale-Brief Form (LPFS- BF 2.0)</i>. Established instruments for closely related constructs such as the OPD structure questionnaire can also be used.</p>	
Quality of the evidence:	Systematic evidence research; Five narrative reviews:	

Validity: ⊕⊕⊕⊖ Reliability: ⊕⊕⊕⊖ Clinical usefulness ⊕⊕⊖⊖⊖	Birkhölzer et al. (2021) Hörz-Sagstetter et al. (2021) Morey et al. (2022) Sharp and Wall (2021) Zimmermann et al. (2023)
	Consensus strength: 100%

What special requirements are there in the diagnostics of certain groups of people?

The diagnosis of certain groups of people requires the consideration of characteristics such as age, gender, sexual orientation and cultural background, as they can influence the measurements. So far, no biases due to cultural differences or gender have been found in the LPFS-BF 2.0 (Natoli et al. 2022; Le Corff et al. 2022).

However, data on measurement invariance for age groups, cognitive abilities and the influence of sociocultural background are still lacking. In related tests such as the PID-5, LGBTQ+ people show deviating results, possibly due to their often more difficult life circumstances. This emphasises the importance of contextualising individual circumstances when interpreting test results.

What research gaps are there?

See long version.

4.2.3 Key question 1: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive outpatient psychotherapy have a better outcome than those who receive an unspecified control condition?

It is generally recognised that outpatient psychotherapy is effective for many mental illnesses. However, no meta-analyses are yet available on the effectiveness for patients with severe impairment of personality functioning. Accordingly, meta-analyses were sought for disorder categories in which severe impairment of personality functioning can be assumed and whether outpatient psychotherapy can be described as effective for this patient group.

Evidence:

The studies on the evidence and the assessment of the outcomes are presented in the long version of the LL-SBPF. The evidence is presented separately by outcome in the recommendations. For example, with regard to the change in symptom severity after intervention in patients with treatment-resistant depression, a distinction is made between a comparison of psychotherapy with treatment as usual (TAU; medication) and psychotherapy in addition to TAU (medication).

3.1	Evidence-based recommendation	New
Degree of recommendation: B	Outpatient psychotherapy should be offered to improve disorder-specific symptoms in patients with severe impairment of personality functioning.	
Quality of the evidence:	Systematic literature research; Eleven meta-analyses, one Cochrane Review:	
Disorder-specific symptoms <u>Comparison with treatment as usual</u>		

<i>Diseases from the schizophrenia spectrum</i>	
Auditory hallucinations after intervention: ⊕⊕⊕⊖	Turner et al. (2020)
Delusions after intervention: ⊕⊖⊖⊖	Turner et al. (2020)
Delusions after intervention: ⊕⊖⊖⊖	Mehl et al. (2019)
Delusions after 47 weeks: ⊕⊕⊖⊖	Mehl et al. (2019)
<i>Borderline personality disorder</i>	
Borderline personality disorder symptoms after intervention: ⊕⊖⊖⊖	McLaughlin et al. (2019)
Para/suicidality after intervention: ⊕⊖⊖⊖	McLaughlin et al. (2019)
<i>Treatment-resistant depression</i>	
Change in symptom severity after intervention: ⊕⊕⊕⊖	van Bronswijk et al. (2019)
Change in symptom severity after intervention: ⊕⊕⊕⊖	van Bronswijk et al. (2019)
Symptom severity after 12 months: ⊕⊕⊕⊖	Li et al. (2018)
Depressive symptoms st: ⊕⊕⊖⊖	Ijaz et al. (2018)
Depressive symptoms st: ⊕⊖⊖⊖	Ijaz et al. (2018)
Depressive symptoms st: ⊕⊕⊖⊖	Ijaz et al. (2018)
Depressive symptoms st: ⊕⊕⊕⊖	Ijaz et al. (2018)
Depressive symptoms mt: ⊕⊕⊖⊖	Ijaz et al. (2018)
<u>Comparison with active control condition</u>	
<i>Diseases from the schizophrenia spectrum</i>	
Auditory hallucinations after intervention: ⊕⊕⊕⊖	Turner et al. (2020)
Delusions after intervention: ⊕⊖⊖⊖	Turner et al. (2020)
Delusions after intervention: ⊕⊕⊖⊖	Mehl et al. (2019)
Delusions after 35 weeks: ⊕⊕⊖⊖	Mehl et al. (2019)

<i>Post-traumatic stress disorder</i>	
Symptom reduction after intervention: ⊕⊕⊕⊕	Wei and Chen (2021)
Symptom reduction after intervention: ⊕⊕⊕⊕	Sonis and Cook (2019)
Symptom severity after intervention: ⊕⊕⊕⊕	Asmundson et al. (2019)
Symptom severity after intervention: ⊕⊕⊕⊕	Merz et al. (2019)
Symptom severity after intervention: ⊕⊕⊕⊕	Merz et al. (2019)
Symptom severity at follow-up: ⊕⊕⊕⊕	Asmundson et al. (2019)
Symptom severity at follow-up: ⊕⊕⊕⊕	Merz et al. (2019)
Symptom severity at follow-up: ⊕⊕⊕⊕	Merz et al. (2019)
Symptom severity at follow-up: ⊕⊕⊕⊕	Thompson et al. (2018)
Fulfilment of diagnostic criteria after intervention: ⊕⊕⊕⊕	Wei and Chen (2021)
<i>Post-traumatic stress disorder and/or depression</i>	
Symptom reduction at follow-up: ⊕⊕⊕⊕	Althobaiti et al. (2020)
<u>Comparison with inactive control condition</u> <i>Post-traumatic stress disorder</i>	
Symptom reduction after intervention: ⊕⊕⊕⊕	Wei and Chen (2021)
Symptom severity after intervention: ⊕⊕⊕⊕	Asmundson et al. (2019)
Symptom severity at follow-up: ⊕⊕⊕⊕	Asmundson et al. (2019)
Fulfilment of diagnostic criteria after intervention: ⊕⊕⊕⊕	Wei and Chen (2021)
	Consensus strength: 100%

The quality of the evidence was assessed for depressive symptoms according to time periods, st - short term, mt - medium term

3.2	Evidence-based recommendation	New
Degree of recommendation: 0	Outpatient psychotherapy can be offered to improve the psychosocial functioning of patients with severe impairment of personality functioning.	
Quality of the evidence:	Systematic literature research; A meta-analysis:	
Psychosocial functioning <u>Comparison with treatment as usual</u>		
Psychosocial functioning after intervention: ⊕⊕⊕⊖	Laws et al. (2018)	
<u>Comparison with active control group</u>		
Psychosocial functioning after intervention: ⊕⊖⊖⊖	Laws et al. (2018)	
	Consensus strength: 100%	

3.3	Evidence-based statement	New
	There is insufficient evidence for a reduction in hospitalisation and emergency admissions by patients with severe impairment of personality functioning after outpatient psychotherapy.	
Quality of the evidence:	Systematic literature research; A meta-analysis:	
Utilisation of the healthcare system <u>Comparison with treatment as usual</u>		
Hospitalisations after intervention: ⊕⊕⊕⊖ Visit the emergency room after intervention: ⊕⊕⊕⊖	McLaughlin et al. (2019) McLaughlin et al. (2019)	
	Consensus strength: 100%	

Conclusion of the evidence for outpatient psychotherapy for patients with SBPF:

Overall, the evidence suggests that outpatient psychotherapy is effective for patients with severe impairment of personality functioning. This evidence is consistent with clinical experience that improvement can be achieved through psychotherapy. However, the effects are often rather low and the quality of the evidence is weak to moderate at best.

Further information:

The recommendation of outpatient psychotherapy leaves open how it should be organised so that patients with severe impairment of personality functioning can benefit from it in the best possible way. This requires studies that explicitly address this question. In the meta-analyses and Cochrane Review on key question 1, isolated analyses were conducted on group therapy

and dose, which are described in the long version. Additional literature shows the following results:

Comparison of group and individual settings:

As patients with severe impairment of personality functioning often have interpersonal problems, group therapies can be beneficial as they can alleviate interpersonal problems (e.g. Rabung et al. 2005). The interpersonal functions of empathy and closeness can be strengthened in a group setting, as this setting can focus on interaction with several other people. Of course, this does not rule out the effectiveness of group therapy for patients without interpersonal problems.

The extent to which group therapy is preferable to individual therapy is not empirically clear (e.g. Arntz et al. 2022). The specific selection of the group setting is also decisive for the effectiveness of group therapy. For example, the effect of a psychoanalytic-interactional group may be different from that of a skills training group as part of DBT.

3.4	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	A group setting can be offered to patients with severe impairment of personality functioning.	
	Literature e.g. Rabung et al. 2005	
	Consensus strength: 90%	

Compare with the treatment dose:

A frequency of two sessions per week appears to be associated with a better outcome (Kool et al. 2018). This finding is also shown in the study by Bruijnicks et al. (2020).

For patients with borderline personality disorder, the NICE guidelines recommend no treatment for less than three months and a frequency of two sessions per week (NICE, 2009). The S3 guideline Borderline Personality Disorder states that the frequency should not be less than one session per week and that one third of patients with borderline personality disorder achieve remission after one year, another third require two years and the final third require an even longer period. Different patients were examined in the listed studies and the guideline. If one applies the assumptions according to Wendt et al. (2024b), it can be assumed that personality functioning was at least severely impaired in most of the patients examined.

Based on the above findings, it can be assumed that the treatment of patients with severe impairment of personality functioning also involves longer treatment durations, which can be measured in years rather than months. It can also be assumed that a higher frequency of sessions than once a week can support a positive outcome.

3.5	Consensus-based statement	New
Expert consensus	Patients with severe impairment of personality functioning usually require longer and sufficiently high-frequency psychotherapeutic treatment.	
	Literature: cf. S3 Guideline Borderline Personality Disorder; NICE, 2009; Kool et al. 2018; Bruijnicks et al. 2020; Bone et al. 2021; Woll and Schönbrodt 2020; Shefler et al. 2023	
	Consensus strength: 100%	

4.2.4 Key question 2: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive online interventions without continuous personal medical-therapeutic support have a worse outcome than those who receive an unspecified control condition?

In the LL-SBPF, online interventions without continuous personal medical-therapeutic support are understood as interventions that are carried out purely computer-based without the involvement of a human being.

Internet-based interventions are often developed to facilitate access to therapy (Griffiths and Christensen 2006; Spek et al. 2007). These can help if easily accessible services or sufficient therapists are not available, or if they have to care for a large number of patients (e.g. Backhaus et al. 2012; Ahern et al. 2018; Spek et al. 2007).

The authors assume that patients with severe impairment of personality functioning often experience internal and external barriers to accessing therapeutic services and that a direct approach is necessary (see also chapter 4.2.8). This can increase motivation for therapy and enable learning through personal contact. If there is no therapeutic counterpart, as can be the case with online interventions, these experiences are not possible and a poorer outcome can be expected than if a therapist is involved. (cf. Simon et al. 2022; Cuijpers et al. 2019).

Evidence:

The studies on the evidence and the evaluation of the outcomes are presented in the long version of the LL-SBPF.

Conclusion of the evidence for online interventions for patients with SBPF:

4.1	Evidence-based statement	New
	The data situation does not allow a clear recommendation for or against online interventions without continuous personal medical-therapeutic support for patients with severe impairment of personality functioning.	
Quality of the evidence:	Systematic literature research; two randomised controlled trials, one cluster-randomised controlled trial:	
Psychosocial functioning: ⊕⊕⊕⊕	Hedman et al. (2016)	
Health anxiety: ⊕⊕⊕⊕	Hedman et al. (2016)	
Symptom severity of the depression: ⊕⊕⊕⊕	Adu et al. (2023)	
Frequency of suicidal behaviour: ⊕⊕⊕⊕⊕	Rodante et al. (2022)	
Health-related quality of life: ⊕⊕⊕⊕⊕	Adu et al. (2023)	
	Consensus strength: 96%	

Due to the low quality of the evidence, the small number of studies and the lack of certainty of the results, an online intervention without continuous personal medical-therapeutic support cannot be recommended, but no recommendation against it can be made either. A decision must be made on a case-by-case basis, taking into account individual circumstances and preferences.

4.2.5 Key question 3: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive coordinated outpatient and inpatient care have a better outcome than those who receive an unspecified control condition?

The coordination of inpatient, day-clinic, outpatient and outreach treatments enables flexible and customised care for patients and should therefore be further promoted, as the Government Commission for Modern and Needs-based Hospital Care describes in its eighth statement. It identifies sector boundaries as a key cause of reduced quality and efficiency and recognises that the mental health disciplines have relevant potential for improvement (Government commission for modern and needs-based hospital care 29/09/2023). Coordinated care is aimed for in the German healthcare system with “complex care” (KSVPsych-RL, G-BA 2021). This implies intensive coordination and cooperation between the practitioners involved. If practitioners join forces across sectors and professional groups, this enables an exchange regarding diagnostics, indications and treatment planning. This allows an overall treatment plan to be drawn up and, above all, ensures the continuity of relationships. For example, a patient can have a fixed contact person who coordinates treatment, takes care of organisational tasks and supports patients in attending treatment appointments (see KBV 2024). Overall, this should make it easier for patients to live independently and stably, avoid inpatient stays and minimise relationship breakdowns. This is particularly important for patients with severe impairment of personality functioning, as their limited ability to establish and maintain contact and serious deficits in emotion regulation make it difficult to find a place in therapy, especially in the strained situation of outpatient psychotherapeutic psychiatric care (Bundespsychotherapeutenkammer (Federal Chamber of Psychotherapists 2018Goldner et al. 2011). Patients with severe impairment of personality functioning often give up quickly in frustration (e.g. after the first or second call to the doctor or psychotherapist) (Bridler et al. 2013). In some cases, up to 50 calls are necessary before treatment can begin (Wietersheim et al. 2021)), or treatment that has begun is discontinued, which usually leads to increased demoralisation (Benecke et al. 2018). According to experts, if inpatient and outpatient care can be successfully coordinated, inpatient stays can be avoided if patients are unable to find follow-up outpatient treatment. In their distress, patients then often turn to inpatient facilities.

Evidence:

The relevant studies and the assessment of outcomes are presented in the long version of the LL-SBPF.

Conclusion of the evidence for coordinated outpatient and inpatient care for patients with severe impairment of personality functioning:

5.1	Evidence-based statement	New
	The available data do not allow a clear recommendation for or against coordinated outpatient and inpatient care for patients with severe impairment of personality functioning.	

Quality of the evidence:	Systematic literature research; a quasi-experimental longitudinal study:
Psychosocial level of functioning: ⊕⊕⊕⊕	Müller et al. (2016)
Subjective quality of life: ⊕⊕⊕⊕⊕	Müller et al. (2016)
Change in the symptoms: ⊕⊕⊕⊕	Müller et al. (2016)
Treatment adherence: ⊕⊕⊕⊕	Müller et al. (2016)
Frequency of inpatient treatment: ⊕⊕⊕⊕	Müller et al. (2016)
	Consensus strength: 92%

The quality of the evidence and the ambiguous direction of the results alone do not allow for a clear recommendation, but clinical experience clearly points in the direction that patients benefit from coordinated outpatient and inpatient care. It is therefore recommended that patients with severe impairment of personality functioning be offered coordinated outpatient and inpatient care.

5.2	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	If patients with severe impairment of personality functioning receive both outpatient and inpatient care, this care should be coordinated, taking into account the wishes of the patient and, if applicable, their relatives.	
	Consensus strength: 100%	

4.2.6 Key question 4: Do patients with severe impairment of personality functioning who live in "special forms of housing" under one roof have a better outcome than those who receive an unspecified control condition?

In this chapter, the usual terminology of clients is used.. This addresses the fact that this area of care is relevant for a very heterogeneous clientele.

For clients with complex treatment needs, there can be various forms of support that affect the client's living environment. These include inpatient and outpatient support services. There is a lack of precise terminology, which makes comparison of studies (Richter and Hoffmann 2017) and a precise description of different forms of housing difficult. There is also a lack of high-quality studies that analyse the effectiveness of different forms of support (Chilvers et al. 2002, 2006; Speck et al. 2013). Accordingly, the criterion of "special form of housing" was deliberately kept open in the LL-SBPF, which is defined here as a continuum from inpatient residential facilities, long labelled as "homes" and now as "special forms of housing", to outpatient support services in the person's own home (Dehn et al. 2021). The degree of support in the living situation and the degree to which therapeutic services are provided varies. On the one hand, it can be accommodation for clients who would otherwise become homeless, and on the other hand, it can be an intensively social-therapeutically supported therapeutic residential group. Roughly speaking, three forms can be distinguished in Germany: Outpatient assisted living, inpatient

assisted living and assisted living in families (S3 guideline Psychosocial therapies for severe mental illnesses).

On an empirical level, according to Richter and Hoffmann (2017) there are no differences between inpatient and outpatient forms of housing in terms of social and health parameters. Separating one's own home from support services appears to be an ideal that should be maintained or achieved through the interventions (Tabol et al. 2010). An independent form of housing is generally favoured (Richter and Jäger 2021). We are not aware of any studies that examine different forms of housing for clients with severe impairment of personality functioning.

In principle, the social participation of clients with severe impairment of personality functioning is promoted through self-determined, outpatient living close to home, as described, for example, in the S3 guideline Psychosocial therapies for severe mental illnesses (Chapter 10.3, p. 134ff). Only if this is not possible should supported housing be considered, or if clients have a preference for it. The LL-SBPF refers to this special situation. Reasons why self-determined living is not possible may be, for example, a lack of structure in everyday life because clients are unable to do so due to the impairments of personality functioning. A therapeutically managed living environment can promote development in terms of social therapy, as new relationship experiences can be made, self-images can be permanently tested, interactions can receive feedback and interactional functions can be promoted (practising in the community). By living together permanently, an intensive space for exchange can be created. However, the aim should always be to return to a self-determined form of living, as supported forms of living often involve moving away from home and a loss of independence (S3 guideline Psychosocial therapies for severe mental illnesses).

Evidence:

The evidence studies and the assessment of outcomes are presented in the long version of the LL-SBPF.

Conclusion of the evidence for "special forms of housing" for clients with SBPF:

6.1	Evidence-based statement	New
	The available data do not allow a clear recommendation for or against accommodation in a "special form of housing" under one roof for clients with severe impairment of personality functioning.	
Quality of the evidence:	Systematic literature research; two publications from a prospective cohort study:	
Social functioning level: ⊕⊕⊕⊕ Admission to a psychiatric hospital: ⊕⊕⊕⊕⊕ Psychopathological symptom severity: ⊕⊕⊕⊕ Quality of life: ⊕⊕⊕⊕⊕	Dehn et al. (2021) Dehn et al. (2022)	
	Consensus strength: 92%	

Note: A special vote is proposed in the DGPPN statement (see Chapter 3.2 in the guideline report).

Due to the low quality of the evidence, the small number of studies and the lack of certainty of the results, accommodation in a "special form of housing" under one roof cannot be recommended, but neither can a recommendation against it be made. A decision must be made on a case-by-case basis, taking into account individual circumstances and preferences.

If a form of supported living is necessary, it should:

- Enable the greatest possible self-determination for clients
- Promote self-determined living for clients
- Provide therapeutic concepts and qualified staff for clients with severe impairment of personality functioning
- Maintain a connection to the community.

4.2.7 Key question 5: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive outpatient coordinated care have a better outcome than those who receive an unspecified control condition?

Legislation requires coordinated care, particularly in outpatient care. Therefore, the "Directive on cross-professional, coordinated and structured care, especially for severely mentally ill insured persons with complex psychiatric or psychotherapeutic treatment needs (KSVPsych-RL)" was adopted in 2021 (G-BA 2021). This states that there is insufficient "cross-professional, coordinated and structured care, particularly for seriously mentally ill insured persons with complex psychiatric or psychotherapeutic treatment needs".

Well-coordinated care is characterised by the fact that patients with severe impairment of personality functioning have a contact person who:

- has sufficient training in mental disorders,
- is networked across sectors,
- can arrange appointments and initiate further services and assistance,
- can motivate patients to attend appointments,
- can establish and maintain regular (up to weekly) contact with patients,
- integrates the relevant environment if necessary,
- if necessary and with the patient's consent, visits them in their home environment.

Coordination can be carried out by the treating persons themselves or delegated to appropriately qualified personnel. The qualifying description of what constitutes coordinated care is stated in the KSVPsych-RL. It also names professional groups who can provide this coordinated care or to whom tasks can be delegated. However, since not all relevant professional groups, such as general practitioners, are named, only the qualifying description was chosen here. In addition, the directive is often not implemented due to a lack of monetary incentives.

Evidence:

The evidence studies and the assessment of outcomes are presented in the long version of the LL-SBPF.

7.1	Evidence-based recommendation	New
Degree of recommendation: 0	To improve the quality of mental health, patients with severe impairment of personality functioning can be offered coordinated outpatient care.	
Quality of the evidence:	Systematic literature research; a meta-analysis:	

Mental quality of life: ⊕⊕⊕⊕⊕	Lim et al. (2022)
	Consensus strength: 100%

7.2	Evidence-based recommendation	New
Degree of recommendation: B	To improve psychosocial functioning, patients with severe impairment of personality functioning should be offered coordinated outpatient care.	
Quality of the evidence:	Systematic literature research; a Cochrane Review:	
Psychosocial functioning st: ⊕⊕⊕⊕	Dieterich et al. (2017)	
Psychosocial functioning mt: ⊕⊕⊕⊕	Dieterich et al. (2017)	
Psychosocial functioning according to ⊕⊕⊕⊕	Dieterich et al. (2017)	
	Consensus strength: 100%	

The quality of the evidence for psychosocial functioning was assessed according to time periods, st - short term, mt - medium term, lt - long term

7.3	Evidence-based recommendation	New
Degree of recommendation: 0	To reduce unemployment, patients with severe impairment of personality functioning can be offered coordinated outpatient care.	
Quality of the evidence:	Systematic literature research; a Cochrane Review:	
Employment status mt: ⊕⊕⊕⊕	Dieterich et al. (2017)	
Employment status lt: ⊕⊕⊕⊕	Dieterich et al. (2017)	
	Consensus strength: 100%	

The quality of the evidence was analysed for the employment status according to mt - medium term, lt - long term

Note: A special vote is proposed in the DGPPN statement (see Chapter 3.2 in the guideline report).

Conclusion of the evidence for outpatient coordinated care for patients with severe impairment of personality functioning:

Evidence and clinical experience suggest that patients with severe impairment of personality functioning benefit from coordinated outpatient care and this should be recommended.

7.4	Evidence-based recommendation	New
Degree of recommendation: B	If multi-professional outpatient treatment is required, this should be coordinated by a person involved in this treatment.	

Quality of the evidence:	Systematic literature research; a meta-analysis and a Cochrane Review:
Mental quality of life: ⊕⊕⊕⊕⊕	Lim et al. (2022)
Functioning st: ⊕⊕⊕⊕	Dieterich et al. (2017)
Functioning mt: ⊕⊕⊕⊕	Dieterich et al. (2017)
Functioning lt ⊕⊕⊕⊕	Dieterich et al. (2017)
Employment status mt: ⊕⊕⊕⊕	Dieterich et al. (2017)
Employment status according to ⊕⊕⊕⊕	Dieterich et al. (2017)
	Consensus strength: 96%

The quality of the evidence was assessed for the functional capacity according to time periods, st - short term, mt - medium term, lt - long term, the acquisition status according to mt - medium term, lt - long term.

4.2.8 Key question 9: Do patients with severe impairment of personality functioning who have a fixed reference mental health care professional have a better outcome than those who do not?

This chapter deals with the role of the therapeutic relationship in patients with severe impairment of personality functions.

The term therapeutic relationship refers to "the feelings and attitudes that therapist and patient have towards each other and the way in which these are expressed" (Norcross and Lambert 2018, p. 304). It is therefore not a question of individual techniques or interventions, but rather the way in which being with each other takes shape and requires fundamental therapeutic skills and attitudes. Treatment methods and the therapeutic relationship inform and shape each other. In other words, treatment methods are relational acts (Safran and Muran 2000).

A systematic search of meta-analyses was used as the basis for nine further recommendations. The basis of for the search terms for this were primarily based on the the results of the American Psychological Association's Task Force on Evidence-based Relationships and Responsiveness (Norcross & Lambert, 2011; Norcross & Lambert, 2018). The exact search strategy can be found in the guideline report. A total of 17 meta-analyses were included.

4.2.8.1 Relevance and impact of the therapeutic relationship and relationship continuity

The therapeutic relationship and the working alliance between patient and practitioner contribute significantly to the effectiveness of psychotherapeutic and psychosocial measures (Gelso et al. 2018; Norcross and Lambert 2018). Up to 8% of the therapy outcome is attributable to the therapeutic relationship (Barkham et al. 2017).

8.1	Evidence-based statement	New
	A sustainable therapeutic relationship across all phases of the disease contributes significantly to the success of treatment in acute and maintenance therapy.	
Quality of the evidence:	Systematic literature research; three meta-analyses, one meta-synthesis, two systematic reviews:	

<p>Guideline adaptation</p> <p>Relevance from the patient's perspective: ⊕⊕⊕⊕</p> <p>Relevance from a clinician's perspective: ⊕⊕⊕⊕</p> <p>Result of the psychotherapy: ⊕⊕⊕⊕</p> <p>Change in psychiatric symptoms: ⊕⊕⊕⊕</p>	<p>Literature: Gelso et al. (2018); Loughlin et al. (2020); Haw et al. (2023); Troup et al. (2022); Flückiger et al. (2018); Bourke et al. (2021)</p> <p>Comparable guideline recommendation: S3 guideline on the diagnosis and treatment of bipolar disorders [Statement 7, p. 91]. The sentence "and prophylactic therapy" was changed to "and maintenance therapy".</p> <p>Further reading: Barkham et al. (2017); Norcross and Lambert (2018)</p>
	Consensus strength: 100%

Various meta-analyses (Flückiger et al. 2018; Bourke et al. 2021; Browne et al. 2021; Howard et al. 2022) show: If the therapeutic alliance is strong and alliance disorders are well managed (Eubanks et al. 2018), the outcome of psychotherapy is slightly to moderately better. The therapeutic alliance encompasses the holistic co-operative aspects of the therapist-patient relationship. The connection with therapeutic success is well documented. In a meta-analysis of 295 studies with over 30,000 participants (Flückiger et al. 2018) the effect size was $d = 0.58$.

8.2	Evidence-based recommendation	New
<p>Degree of recommendation:</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em;">A</p>	<p>As part of the diagnosis and treatment of patients with severe impairment of personality functioning, a sustainable therapeutic relationship should be established. For people with severe impairment of personality functioning, this should be seen as the basis for all further therapy steps, and depending on the severity of the impairment of personality functioning, even as a treatment goal.</p>	
Quality of the evidence:	<p>Systematic literature research; four meta-analyses, one systematic review:</p>	
<p>Guideline adaptation</p> <p>Result of the psychotherapy: ⊕⊕⊕⊕</p> <p>Change in psychiatric symptoms: ⊕⊕⊕⊕</p> <p>Change in psychotic symptoms: ⊕⊕⊕⊕</p> <p>Change in PTSD symptoms: ⊕⊕⊕⊕</p> <p>Relevance trusting and long-term relationship: ⊕⊕⊕⊕</p>	<p>Formulation originally based on: S3 Guideline on the Diagnosis and Treatment of Eating Disorders [there Expert Consensus, recommendation 3, p.59; "psychotherapy" changed to "therapy". Added as basis of therapy and as therapy goal]. Subsequently de novo research of meta-analyses.</p> <p>new literature: Flückiger et al. (2018); Bourke et al. (2021); Browne et al. (2021); Howard et al. (2022); Haw et al. (2023)</p>	
	Consensus strength: 100%	

It is beneficial for the course of therapy if **positive expectations** are encouraged. However, it must be borne in mind that these expectations should not be so high that they are very difficult to achieve, as this could lead to demotivation and demoralisation. If patients idealise the therapy or the therapist, this can also lead to avoidance of working on problematic behaviour and thought patterns. Instead, a mildly positive expectation is the best way to work therapeutically.

The relationship expectations that patients have are not only related to the real relationship experienced in the here and now (see next section), but also to the experiences that patients have had with previous attachment figures. Their expectations therefore cannot simply be changed. However, therapists should take care not to promote idealisation and to be actively available to help.

8.3	Evidence-based recommendation	New
Degree of recommendation: B	A mildly positive relationship expectation should be established in order to improve the success of the therapy.	
Quality of the evidence:	Systematic literature research; a meta-analysis:	
Result of the psychotherapy: ⊕⊖⊖⊖	Literature: Constantino et al. (2018)	
	Consensus strength: 100%	

Note: A special vote is proposed in the DGPPN statement (see Chapter 3.2 in the guideline report).

If the therapeutic relationship is characterised by positive regard, the outcome of psychotherapy is slightly better (Farber et al. 2018). This effect was particularly strong in individual therapy, in outpatient settings and in anxious and depressed patients. For patients with severe impairment of personality functioning, the specific relationship skills consist of being able to perceive changes appreciatively and communicate appropriately despite their interactional difficulties.

8.4	Evidence-based recommendation	New
Degree of recommendation: B	The therapist should recognise even seemingly small changes in patients with severe impairment of personality functioning and value them as a success of the therapy process and the relationship.	
Quality of the evidence:	Systematic literature research; a meta-analysis:	
Result of the psychotherapy: ⊕⊖⊖⊖	Literature: Farber et al. (2018)	
	Consensus strength: 100%	

4.2.8.2 Relationship skills of practitioners

4.2.8.2.1 General relationship skills

Patients attribute a close therapeutic relationship as a crucial part of recovery by improving agency, interaction and sense of identity (Loughlin et al. 2020). When the therapeutic relationship is characterised by **empathy**, the outcome of psychotherapy is moderately better, as a meta-analysis showed (Elliott et al. 2018). Empathy includes resonant reactions, understanding and the experience of being understood. Another important skill is the ability to establish and maintain a **real relationship**. Working through **relationship breakdowns** contributes significantly to the success of therapy (Eubanks et al. 2018). This is particularly relevant for patients with severe impairment of personality functioning, as relationship breakdowns can occur more frequently due to their impairments.

8.5	Evidence-based recommendation	New
Degree of recommendation: B	Practitioners should be able to support the development of patients with severe impairment of personality functioning appropriately: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Be present (in contact with oneself and patients) ▪ Be able to enter into a relationship ▪ Be emotionally available ▪ Be therapeutically active ▪ Reflect on their expectations of the success of the therapy and their own effectiveness 	
Quality of the evidence:	Systematic literature research; four meta-analyses, one systematic review:	
Result of the psychotherapy: ⊕⊖⊖⊖ Type of relationship design: ⊕⊕⊕⊕	Literature: Elliott et al. (2018); Flückiger et al. (2018); Tryon et al. (2018); Loughlin et al. (2020); Eubanks et al. (2018)	
	Consensus strength: 100%	

Selective self-opening by therapists can strengthen the therapeutic relationship, improve psychological functioning and promote insight, but should be used with caution as it is not always helpful (Hill et al. 2018). Boundary violations should be avoided and sometimes therapeutic abstinence is necessary. Successful countertransference management, in which therapists regulate and utilise their emotional responses to patients, is a strong predictor of therapeutic success (Hayes et al. 2018). Unregulated countertransference can have a negative impact, for example through avoidance of certain topics or over-involvement.

8.6	Evidence-based recommendation	New
Degree of recommendation: B	Therapists should be aware of the polarity of self-opening on the one hand and abstinence on the other and be able to organise this flexibly.	
Quality of the evidence:	Systematic literature research; a meta-analysis, a qualitative meta-analysis:	
Result of the psychotherapy: ⊕⊖⊖⊖	Literature: Hayes et al. (2018); Hill et al. (2018)	
	Consensus strength: 95%	

The socio-cultural context, consisting of role expectations, ethnic norms and religious affiliation, shapes how patients enter into relationships. Successful therapy does not require a match between patient and therapist in terms of cultural characteristics. Patient preference and the therapist's ability to familiarise themselves with the patient's socio-cultural background are crucial. This includes understanding the specific disease model and adapting the therapeutic offer. Therapists should consciously deal with their possible prejudices, use the patient's language, ask about cultural customs and regularly encourage a feedback process.

8.7	Evidence-based recommendation	New
Degree of recommendation: B	The therapist should be able to engage with the "culture" (language, behaviour, values) of the patient with severe impairment of personality functioning and treat them with appreciation and acceptance.	

Quality of the evidence:	Systematic literature research; a systematic review:
Type of relationship design: ⊕⊕⊕⊕	Literature: Loughlin et al. (2020)
	Consensus strength: 100%

4.2.8.2.2 Special relationship skills for long-term relationships

Long-term therapeutic relationships can promote positive effects such as trust and professional competence, but can also be stressful (Tryon et al. 2018). Consensus on goals between therapist and patient improves the therapy outcome and should be developed in a participatory manner. Shared decision making strengthens the therapeutic relationship and communication (Stovell et al. 2016).

8.8	Evidence-based recommendation	New
Degree of recommendation: B	The therapist should regularly enquire about the patient's tasks and goals, reach a participatory consensus and orientate themselves on the current consensus.	
Quality of the evidence:	Systematic literature research; two meta-analyses:	
Result of the psychotherapy: ⊕⊕⊕⊕ Strengthening the therapeutic relationship: ⊕⊕⊕⊕	Literature: Tryon et al. (2018) Literature: Stovell et al. (2016)	
	Consensus strength: 100%	

4.2.8.2.3 Challenges in shaping relationships

From the perspective of professionals, the therapeutic relationship is crucial for the success of patient treatment (Troup et al. 2022). Challenges for therapists are often negative feelings, burn-out and the feeling of being too close. Regular **supervision and intervision** and specific training can reduce negative attitudes towards patients and improve the relationship. Establishing a sustainable therapeutic relationship takes **time and expertise**. Specialities in working with patients with severe impairment of personality functioning require a special **qualification**. Thorough **self-awareness** can be helpful.

8.9	Evidence-based recommendation	New
Degree of recommendation: A	Therapists of patients with severe impairment of personality functioning should pay attention to their ability to work and regularly reflect on the therapeutic relationship and their own behaviour:	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regular supervision or intervision should be used to reflect on whether the therapeutic relationship is serving the patient's development. ▪ When treating people with severe impairment of personality functioning, therapists should pay attention to the limits of their resilience. This applies to both external stress factors and personal dispositions. 	

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintaining professional boundaries is a particular challenge for patients with severe impairment of personality functioning. Therefore, professional closeness and distance should be regularly reflected upon and, if necessary, supervision or intervision should be sought. ▪ Therapists should have sufficient time resources and competences to work on the establishment of attachment, therapy motivation, the coordination of therapy goals and strategies, as well as on self-regulation and overcoming ruptures in the relationship by the therapist.
Quality of the evidence:	Systematic literature research; a meta-synthesis:
Challenges in shaping relationships: ⊕⊕⊕⊕ The need for supervision: ⊕⊕⊕⊕	Literature: Troup et al. (2022)
	Consensus strength: 100%

8.10	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	Training and further education of therapists and members of treatment teams for patients with severe impairment of personality functioning should include at least case-based self-awareness.	
	Consensus strength: 100%	

4.2.8.2.4 Special relationship skills for outreach work

Outreach work offers many opportunities that have so far been little utilised in a psychotherapeutic context. Outreach work requires specific relationship skills, which are related, among other things, to entering the patient's private space. This can lead to embarrassment for those affected and create resistance to change (Aggett et al. 2015).

8.11	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	In outreach work, the therapist should be aware that they are entering the private sphere of other people and should therefore adopt a respectful, interested and open attitude towards the system. The therapist should be aware of the system's ambivalence between change and non-change, be able to perceive the possible shame that prevails in the system and therefore only give impulses for change when the relationship is sustainable.	
	Literature: Aggett et al. (2015)	
	Consensus strength: 100%	

4.2.8.3 Importance of continuity and duration

When therapists work **continuously** with patients, this results in better quality of life and treatment satisfaction (Ådnanes et al. 2019) and often also a more sustainable therapeutic relationship (Klingemann et al. 2020; Schultz et al. 2012).

The role of **treatment coordination** for patients with severe impairment of personality functioning should not be carried out by uninvolved persons, for example employees of health insurance companies, but by persons who are in direct treatment contact with the patients, as otherwise the important function of the therapeutic relationship cannot be effective.

8.12	Evidence-based recommendation	Modified Status 2019
Degree of recommendation: B	For patients with severe impairment of personality functioning, approaches to relationship-orientated treatment coordination should be expanded and then offered. In this context, the aspect of commitment and the need-based offer of follow-up help is of particular importance.	
Guideline adoption Evidence level: 2-SIGN	Guideline adaptation: S3 Guideline on the Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorders [Recommendation Care 3, p. 390] "Case management" changed to "treatment coordination". "Provision of help" changed to "offer of help" to emphasise the aspect of empowerment. Added: by persons in contact with treatment). new, relevant literature: Schöttle et al. 2018	
	Consensus strength: 100%	

8.13	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	Relationship-orientated case management should be offered by people who themselves are in regular contact with those affected.	
	Consensus strength: 96%	

Sometimes it takes longer periods of time for therapy to be successful. A German study (Nolte et al. 2016) showed that symptoms can improve both in the medium and long term. It is important for therapists and patients to agree on the length and frequency of therapy sessions. Outreach support should be considered on a case-by-case basis, as it can be perceived as intrusive, especially for complex traumatised patients.

8.14	Evidence-based recommendation	Modified Status (2019)
Degree of recommendation: A	People with severe impairment of personality functioning should have the opportunity to receive outreach treatment in their familiar living environment, even over a longer period of time and beyond acute phases of illness.	
Guideline adaptation Evidence level: Ia Oxford	Guideline adaptation: S3 Guideline Schizophrenia [Recommendation 151, p. 227, there also Guideline Adaptation of Psychosocial Therapies → there Recommendation No. 12, page 38 and page 124] new literature: Nolte et al. (2016)	
	Consensus strength: 96%	

Long-term courses of treatment can place special demands on the therapeutic relationship and relationship skills.

4.2.8.4 Characteristics of structures or organisations that promote the therapeutic relationship

The quality of the therapeutic relationship is strongly influenced by social and organisational conditions. Patients with severe impairment of personality functioning often experience relationship breakdowns due to system-related factors such as flat share cancellations or discharges. These patients often drop out of clinical trials, which weakens the evidence base, but their care remains complex. Due to their disorder, they rarely receive therapy and place demands on the system through repeated inpatient stays. Access to psychiatric and psychotherapeutic care is difficult, especially in the outpatient sector, which is problematic for these patients and can exacerbate their symptoms. Structures that enable a continuous therapeutic relationship, such as fixed **reference therapists**, are important.

8.15	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	<p>Concepts of clinics, outpatient treatment facilities and participation programmes should:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Take into account the frequent comorbidities of patients with severe impairment of personality functioning (often: substance-related disorders) in order to improve therapeutic continuity; ▪ Anticipate and take into account the specific interactional difficulties of patients with severe impairment of personality functioning in order to ensure the maintenance of the therapeutic relationship within a coordinated treatment structure, even in and after crisis phases (e.g. finding a balance between limiting and tolerating; systematic work on breaks in the relationship; follow-up work). ▪ Offer people with severe impairment of personality functioning a permanent reference therapist who coordinates and networks therapeutic measures and support services in order to avoid disruptions, gaps, duplication or ineffective or harmful interventions. This applies to both individual and team-based treatment. ▪ In the case of integrated, team-based treatment, have one or only a few reference therapists. The therapist in charge of the case must be known to the patient as such and, if possible, be familiar with them. ▪ Determine together with the patient who will lead the case. 	
	Consensus strength: 100%	

4.2.8.5 Relationship work with relatives

Relatives (family members, partners, children and close carers) play an important role in the treatment of people with severe impairment of personality functioning. They can contribute to the development and maintenance of severe impairment of personality functioning, but can also be an important resource in recovery. If relatives have a negative attitude towards therapy, this can trigger conflicts of loyalty. Involving relatives in treatment, with appreciation of their behaviour, can bring about more lasting changes in behaviour than working with individuals alone

8.16	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	<p>If desired by the affected person, relatives should be included in the therapy process. If relatives are included in the therapy, the therapist should:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Treat the different, possibly even conflicting concerns of all those involved with appreciation, without allowing themselves to be instrumentalised for one concern, ▪ Promote taking back responsibility for change in the system, ▪ Treat the system's previous attempts at solutions with respect, ▪ Appreciate even seemingly small changes in the system of the patient's relatives (e.g. in the family) as a success. 	
	For further recommendations regarding the involvement of relatives, see recommendations 67 and 68 of the S3 Guideline Schizophrenia	
	Consensus strength: 100%	

4.3 Key questions and recommendations without a systematic literature review

4.3.1 Key question 6: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive outpatient monitoring have a better outcome than those who receive an unspecified control condition?

4.3.1.1 System interventions

4.3.1.1.1 Early intervention and early detection

Mental illnesses in adulthood that lead to significant social impairments often have their origins in adolescence and young adulthood (cf. Giertz et al. 2021; Giertz et al. 2022; Kessler et al. 2005; Kim-Cohen et al. 2003). Secondary consequences of illness such as dropping out of school and addiction problems often contribute to a poorer outcome and long-term dependence on psychiatric services (cf. Giertz et al. 2021). Compared to physical illnesses, mental illnesses lead to poorer educational and occupational outcomes and increase the risk of unemployment in adulthood (Hale et al. 2015). Early interventions can reduce the risk of chronicity and secondary consequences (see Correll et al. 2018; Karow et al. 2013; Lambert et al. 2019).

4.3.1.1.2 Community psychiatric treatment/care

In Germany, care for people with severe impairment of personality functioning is provided in the inpatient and outpatient sector and falls under various social codes (SGB). The federal states, local authorities and numerous service providers are responsible, whereby care is divided into medical (SGB V) and rehabilitative and participation care (SGB IX). For older people with care needs, long-term care insurance offers compensatory benefits. People with severe impairment of personality functioning often require protracted psychiatric help and complex services from specialists in various therapeutic fields. The ICD-11 classification focuses on functional impairments in everyday life, which makes it necessary to link and coordinate various support services. The initial diagnosis and treatment planning is often carried out by GPs, supported by specialists and psychotherapists. Outpatient interventions such as home psychiatric nursing, occupational therapy and sociotherapy are particularly important. Psychiatric home nursing care aims to stabilise patients and promote their independence in everyday life. Access to care

is particularly difficult for people with low levels of personal functioning, which tends to exacerbate the symptoms. It is important to consider the specific interactional problems of these patients and to develop appropriate structures and concepts to enable a sustainable therapeutic relationship.

9.1	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	Outpatient psychiatric care can be offered as help in times of crisis, as medium and long-term support for functional limitations, to establish/promote self-management and disease management and to promote individual recovery processes. As the need for help does not depend on the diagnosis, outpatient psychiatric care can be offered for all diagnosis groups.	
Guideline adaptation	Literature: S3 Guideline Psychosocial Therapies for Severe Mental Illnesses See also Jacobi et al. (2021); Herpertz et al. (2022); G-BA (2023, 8,9); S3 Guideline Borderline Personality Disorder (p. 84)	
	Consensus strength: 96%	

4.3.1.1.3 Professional participation

4.3.1.1.3.1 Mental disorders and work

Severe mental disorders are often accompanied by considerable negative consequences for the professional situation of those affected, such as dropping out of education and training programmes, job losses and early retirement (Reker and Eikelmann 2004). Many sufferers remain completely excluded from the labour market, although most of them wish to work. Studies show an above-average unemployment rate among people with mental illness, particularly schizophrenia. The Federal Government's "Participation report on the situation of people with disabilities" (BMAS 2013) shows that 50% of employable people with chronic mental disorders do not work, 21% work in sheltered workshops for disabled people (WfbM) and 15% use support services such as day centres. Support for the transition to the general labour market is limited. People with mental disorders are less integrated and earn less than those with somatic illnesses (Richter et al. 2006). In 2021, almost 42% of early retirements were due to mental illnesses (DRV 2022). Early rehabilitation is important, as many days of absence due to illness make professional (re)integration more difficult. Unemployment has negative consequences such as loss of daily structure, social isolation and financial difficulties. Work improves the mental health, quality of life and autonomy of those affected, especially in the primary labour market. Measures to promote professional participation are therefore essential.

4.3.1.1.3.2 Approaches to vocational rehabilitation

The terms "work rehabilitation" and "vocational rehabilitation" refer here to psychosocial interventions to improve the work and employment situation of people with mental disorders (Reker and Eikelmann 2004). The right to occupational participation has been enshrined in law in Germany since 2009. There are two main methods: pre-vocational training and supported employment (SE). Pre-vocational training prepares those affected for the labour market with vocational preparation measures. Supported employment places those affected directly on the labour market and provides them with long-term support. In Germany, programmes based on

the "first-train-then-place" approach (pre-vocational training) dominate, but there is a trend towards the integration of SE elements.

The S3 guideline Psychosocial therapies for severe mental illnesses emphasises early and person-centred vocational rehabilitation in coordination with various service providers. Measures should take into account the aptitude and inclination of those affected and be available close to their place of residence. However, SE approaches are not suitable for all those affected. There is a need for further research into these rehabilitation measures in Germany.

9.2	Evidence-based recommendation	Modified status 2018
Degree of recommendation: A	People with severe impairment of personality functioning who wish to work in the general labour market should be offered programmes as part of the promotion of vocational participation with the aim of rapid placement directly in a job in the general labour market and the necessary support (supported employment).	
Guideline adaptation Quality of evidence: ⊕⊕⊕⊖ (downgraded due to indirectness)	S3 Guideline Psychosocial Therapies for Severe Mental Illness (Recommendation 18, p. 192)	
	Consensus strength: 100%	

9.3	Evidence-based recommendation	Modified status 2018
Degree of recommendation: B	People with severe impairment of personality functioning should also be offered programmes that follow the "train first, place later" principle. These are particularly important for the subgroup of severely mentally ill people without a preference for immediate employment on the general labour market. The aim is to place them on the general labour market with support.	
Guideline adoption Quality of the evidence: ⊕⊕⊖⊖ (downgraded due to indirectness)	S3 Guideline Psychosocial Therapies for Severe Mental Illness (Recommendation 19, p. 192)	
	Consensus strength: 100%	

9.4	Evidence-based recommendation	Modified status 2018
Degree of recommendation: B	The effectiveness of approaches based on the principles of supported employment can be increased by accompanying training interventions. These should therefore be offered depending on individual needs.	

Guideline adaptation Quality of the evidence: ⊕⊕⊕⊖ (downgraded due to indirectness)	S3 guideline Psychosocial Therapies for Severe Mental Illness (Recommendation 20, p. 192)
	Consensus strength: 100%

9.5	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	<p>The promotion of occupational participation for people with severe impairment of personality functioning should be aimed at preventing job loss. This requires the early involvement of appropriate services and assistance when mental illness occurs.</p> <p>The availability of completed training is of enormous importance for people with severe impairment of personality functioning as a basis for participation in working life. Regular school, academic, in-company and special training programmes should therefore be available close to home and with appropriate accompanying support services. People with severe impairment of personality functioning should be given early access to tailored vocational training and rehabilitation programmes to promote their vocational participation, taking into account their right to choose.</p>	
Guideline adaptation	S3 Guideline Psychosocial Therapies for Severe Mental Illnesses	
	Consensus strength: 96%	

4.3.1.2 Individual interventions

4.3.1.2.1 Psychoeducation

Psychoeducation can be integrated into both inpatient and outpatient treatment contexts and is a component of most psychotherapeutic procedures. Psychoeducation involves informing patients and their relatives about the illness, its causes, course and treatment options and is also carried out by non-medical professionals such as carers and social workers. There are simple and detailed forms of psychoeducation. Simple psychoeducation is limited in time and adapted to the patient's needs, can take place in an individual or group setting and comprises up to ten sessions. Detailed and interactive psychoeducation, such as for bipolar disorders, includes information about the disorder, self-observation, promotion of a stable everyday structure, reduction of stress and recognition of early symptoms.

Psychoeducation does not replace psychotherapy, but can be used as part of psychotherapeutic procedures and sensitise people to psychotherapy. Despite the lack of specific studies on psychoeducation for people with severe impairment of personality functioning, it is assumed that psychoeducation can contribute to coping with everyday problems and counteract stigmatisation and the consequences of the illness.

9.6	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	People with severe impairment of personality functioning and their relatives should be offered detailed, structured and interactive psy-	

	choeducation. This can be offered individually or in groups. The duration, content and structure should be adapted to the emotional and communicative needs and their individual preferences.
	Literature: S3 Guideline Diagnostics and Therapy of Bipolar Disorders; S3 Guideline Psychosocial Therapies for Severe Mental Illnesses
	Consensus strength: 100%

4.3.1.2.2 Trialogue

"Trialogue" describes the equal cooperation of patients, relatives and professionals in different treatment contexts (S3 guideline on the diagnosis and treatment of bipolar disorders (p. 27ff)). The characteristics and effects of this collaboration are characterised by the following aspects, among others:

- Patients are "experts in their own affairs".
- Relatives are included. They can play an important role in coping with everyday life and preventing relapses.
- Individual and family resources can be utilised.
- It can lead to more responsibility.
- It can bring about active self-determination and an improvement in self-management skills.
- An open, trusting and successful cooperation between patients, relatives and professionals can develop.
- Common interests and treatment goals can be pursued.
- Shared skills can be used in a three-way exchange.

This can have a positive effect on the course of the disease. The S3 guideline on the diagnosis and treatment of bipolar disorders emphasises the importance of trialogue forums, training courses and conferences as a mediation platform and for anti-stigma work. Well-coordinated and continuous care by reference therapists is recommended in order to promote trust and respect and support trialogue.

The S3 guideline Psychosocial therapies for severe mental illness (p. 200) emphasises the importance of trialogical cooperation for the provision of information and relationship work in the support system. It promotes open, trusting cooperation and has an impact on the representation of the interests of patients and their relatives in public and in politics, the promotion of quality and the further development of care structures.

9.7	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	Trialogue cooperation between patients with severe impairment of personality functioning, their relatives and professionals should be offered. The trialogue aspect should be taken into account in professional training and seminars, e.g. through the direct participation of those affected and their relatives. Trialogue forums should be offered to patients with severe impairment of personality functioning and their relatives.	
	Literature: S3 Guideline Diagnostics and Therapy of Bipolar Disorders; S3 Guideline Psychosocial Therapies for Severe Mental Illnesses	
	Consensus strength: 100%	

4.3.1.2.3 Further psychosocial therapies

Art therapies¹

The specialist areas of art therapies include art, music, dance and theatre therapy. These therapies utilise artistic media in diagnostics and therapy and are applied in various contexts such as clinical, rehabilitative, outpatient and educational settings. They are based on psychotherapeutic models and other scientific concepts. Art therapies are person-centred and promote self-actualisation, self-efficacy and personal responsibility in patients. They correspond to psychotherapeutic approaches in many effective factors, such as the quality of the therapeutic relationship and the activation of resources. A key feature is the creation of an artistic product that can be reflected on within the therapeutic relationship. Contraindications are acute psychotic phases and a lack of willingness to actively participate.

Occupational therapy

Occupational therapy is a client-centred health profession that promotes health and well-being through activity. It supports people whose ability to act is restricted in carrying out activities in their personal environment. The goals of occupational therapy are self-determined participation in social life and a satisfactory quality of life. This is achieved through occupational therapy interventions such as practising specific activities, environmental adaptation and counselling, etc. Occupational therapy is a recognised, legally established remedy and a scientifically based form of therapy. It uses various methods to promote skills and build up activity.

Exercise and sports therapies

The effects of sport and exercise on severe impairment of personality functioning can be differentiated by physiological and psychological explanations. The release of endorphins and other neurotransmitters can improve mood and well-being. Sport and exercise can also increase self-esteem and self-confidence and help to break negative thought patterns. Sports can promote social integration and interaction. However, it is important to note that sports and exercise therapy should not be seen as the main therapy, but as part of a wider treatment plan that also includes psychotherapeutic interventions. The exact application should be under the guidance of qualified professionals.

9.8	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	<p>Art therapies should be offered to patients with severe impairment of personality functioning as part of an overall treatment plan in both inpatient and outpatient settings.</p> <p>Occupational therapy should be offered to people with severe impairment of personality functioning as part of an overall treatment plan in both inpatient and outpatient settings and should be orientated towards individual needs and preferences.</p> <p>Sports and exercise therapy should be offered to people with severe impairment of personality functioning as part of an overall treatment plan and based on the individual needs and preferences of patients in both outpatient and inpatient settings.</p>	

¹ Art therapies are comprehensively recognised in the German Society for Psychiatry and Psychotherapy, Psychosomatics and Neurology (DGPPN) e.V. 2018 described. The explanations here are based on chapter 11.3.1 of the German Society for Psychiatry and Psychotherapy, Psychosomatics and Neurology (DGPPN) e.V. 2018 (p. 254ff) back.

Guideline adaptation	Literature: S3 Guideline Psychosocial Therapies for Severe Mental Illnesses See also: Lindström et al. 2012; Ercan Doğu et al. 2021; Mashimo et al. 2020; Wasmuth et al. 2021; Ikiugu et al. 2017
	Consensus strength: 100%

4.3.1.2.4 Health-promoting interventions

The S3 guideline Psychosocial therapies for severe mental illness (p. 311ff) emphasises the importance of health-promoting interventions, particularly in relation to diet and exercise. People with severe impairment of personality functioning often have comorbidities. For example, according to a study by Greggerson et al. (2011), women with borderline personality disorder in particular have an increased risk of cardiovascular disease compared to women who do not suffer from a borderline personality disorder. Not only pharmacological interventions are recommended for this, but also, for example, lifestyle modifications (e.g. S3 guideline on general practitioner risk counselling for cardiovascular prevention (p. 37)).

9.9	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	People with severe impairment of personality functioning should be counselled on their somatic health and disease risks and offered health-promoting interventions tailored to them.	
	Consensus strength: 96%	

4.3.2 Key question 7: Is psychotherapy with a treatment contract more effective for patients with severe impairment of personality functioning than without a treatment contract?

4.3.2.1 Use of treatment contracts

While intentions or agreements are usually verbal agreements between therapist and patient, treatment contracts are usually written agreements. General treatment contracts are used in therapy for the organisation of framework conditions (appearance in therapy, general rules of conduct, etc.). In terms of patient rights, numerous explanations (e.g. desired and possible undesired effects of treatment) must be communicated to the patient when starting outpatient psychotherapy in the sense of guideline psychotherapy. "The therapist should document all information provided in the patient file. The information should be confirmed in writing by the patient with a list of the topics discussed, if the treatment contract has not already been recorded in writing anyway" (Faber and Haarstrick 2021, p. 111). More specific contracts concern therapeutic content and topics, e.g. suicide risk (life or anti-suicide contracts), therapy-damaging behaviour, self-harm, behavioural excesses (addictive behaviour, eating behaviour, etc.) and the development of functional behaviour such as planning activities or overcoming procrastination (Fehm and Helbig-Lang 2020; Siegl and Wendler 2019).

A contract is unilateral if the patient commits to certain actions independently of the involvement of other persons. Bilateral contracts concern reciprocal agreements with other persons (e.g. partnership, therapeutic relationship).

10.1	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	Patients with severe impairment of personality functioning should be offered a specific treatment contract in the context of psychotherapy.	
	Consensus strength: 100%	

Justification of the recommendation/specification

Treatment, therapy and behavioural contracts in verbal and/or written form can be used without contraindications if they are used prudently (precisely defined, well embedded, closely monitored, adapted to the patient and the problem as well as the goals) and ensure a good balance between consideration of the patient's autonomy and therapeutic support by the therapist. Where possible, the patient's care system or trusted persons should be involved according to the principle of participatory decision-making. Ideally, the contracts should also be available in plain language. Even though specific studies on the effectiveness of contracts are lacking, there are clear indications that contracts are effective and helpful in establishing stable changes. Experience to date suggests that behavioural, therapy and treatment contracts can contribute to person-centred and patient-oriented treatment and care. Prior to the contract meeting, the patient's ability to enter into a contract must be assessed and/or suitable framework conditions for the patient's active participation in the contract meeting must be established (e.g. sufficient time, involvement of a trusted person, interpreter).

In behavioural therapy, both general treatment contracts and specific behavioural contracts are frequently used and their use is explicitly described in the literature (Siegl and Wendler 2019). Epstein and Wing (1979) and Kirschenbaum and Flanery (1983) report in overview articles on the successful use of contract management for numerous comorbid problems such as addiction, eating disorders or depression. For eating disorders Solanto et al. (1994) found behavioural contracts to be effective in changing behaviour. In the treatment of substance dependence, an increase in compliance and a reduction in relapse rates were achieved through contract management (Calsyn et al. 1994). A Cochrane review of 30 studies found significantly better results for at least one outcome measure in half of the studies with behavioural contract conditions (Bosch-Capblanch et al. 2007). However, behavioural contracts have rarely been evaluated as stand-alone interventions as they are usually part of more complex programmes and there is still a lack of good quality studies explicitly investigating contracts.

In principle, psychodynamic psychotherapy does not require specific written treatment contracts to be concluded in addition to verbal agreements between therapist and patient. This is certainly due to the fact that analytical therapy in particular aims to offer an opening space in a very clear setting for the "realisation of unconscious neurotic psychodynamics and integration of 'split-off' personality parts to eliminate or change intrapsychic and interpersonal conflict fields" (Faber and Haarstrick 2021, p. 45). In the context of modified analytical therapy methods and especially in the context of depth psychology-based psychotherapy, an explicitly consensual formulation of therapy goals and content - often in the form of treatment contracts - is common practice due to the specific goal/focus. On the one hand, treatment contracts refer to general and specific content (e.g. focus when working on changing symptoms and complaints, intrapsychic attitudes, attitudes and feelings, interpersonal behaviour and experiences, see e.g. Boll-Klatt et al. 2021, p. 543). It should be particularly emphasised that the majority of manualised and evidence-based psychodynamic developments explicitly intend specific treatment contracts. For example, in the manualised procedures for the treatment of personality disorders and in Supportive-Expressive Therapy, which is fundamental to most disorder-specific manuals

(Luborsky and Crits-Christoph 1990, Albani et al. 2008), the understanding of the problem and objectives is defined and written down in the course of defining the central relationship conflict issue.

In systemic therapy, the "clarification of the assignment", which ideally results in a "contract", always plays a central role. Such contracts are usually only recorded in writing if there are different goals and mandates (cf. Schweitzer and Schlippe 2015, p. 180) and conflicts of interest are to be expected, which is often the case with BPD, eating disorders and addiction, for example. The authors are not aware of any studies that have investigated a connection between the treatment contract/contract in systemic therapy and its effectiveness.

The handling of treatment contracts in manualised procedures for the treatment of personality disorders, special contracts (e.g. for anti-suicide contracts) and open research questions are described in the long version of the guideline.

4.3.3 Key question 8: When should patients with severe impairment of personality functioning be admitted as (partial) inpatients?

This chapter deals with the indications for (partial) hospitalisation of patients with severe impairment of personality functioning.

For this question, reference was made to related national and international guidelines, recommendations, meta-analyses and reviews as well as literature known to the authors. The following statements and recommendations are based on a thorough review of the aforementioned literature.

4.3.3.1 (Partial) inpatient admission

4.3.3.1.1 General information on (partial) inpatient admission

Germany has around 40,000 inpatient psychotherapeutic treatment places, which treat around 450,000 patients a year, a third of whom are in rehabilitation centres. The main difference between hospital and rehabilitation treatment lies in the therapy goal: curative therapy vs. averting incapacity to work. According to SGB V, insured persons are entitled to necessary medical treatment, including psychotherapeutic treatment. Full inpatient treatment is required if partial inpatient or outpatient treatment is not sufficient. At present, no evidence-based statements or recommendations can be derived from the literature for specific indications for (partial) inpatient treatment for the treatment of the heterogeneous core symptoms of severe impairment of personality functioning. There are different indications and contraindications between and within the specialisms. For example, a comorbid addiction disorder is an indication for inpatient addiction treatment, but a contraindication for inpatient psychosomatic treatment. The treatment goals must match the inpatient options available at the clinic.

4.3.3.1.2 General indication criteria for (partial) inpatient treatment

Regardless of the diagnosis according to ICD-10/ICD-11 or HiTOP spectra, there are general indications for (partial) inpatient treatment that also apply to people with severe impairment of personality functioning. These include emergency indications such as acute danger to self or others, as well as situations in which outpatient therapy is not sufficient to ensure multidisciplinary and close-meshed care or to prevent decompensation. Serious psychosocial factors such as family conflicts, domestic violence or the threat of losing one's job or home can also make

inpatient treatment necessary. The indication for inpatient treatment for patients with severe impairment of personality functioning results from the assessment and linking of the interaction between the clinical picture, personality functions, psychosocial circumstances, treatment goals and the reality of care. Patients should be admitted to somatic clinics if the treatment of somatic comorbidity is the main focus. The recommendation is based on safety aspects and good clinical practice and is orientated towards other guidelines mentioned.

11.1	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	<p>If severe impairment of personality functioning is present, inpatient or day-care treatment may be appropriate for diagnostic and/or therapeutic reasons. The principle of outpatient treatment before partial inpatient treatment before full inpatient treatment should be followed while maintaining participatory decision-making. When determining the indication for hospital treatment, it should be carefully examined together whether the desired therapeutic goals are in line with the respective treatment options of the institution.</p> <p>Hospitalisation should be carried out in accordance with the indications listed Table 6 or in an emergency.</p>	
	<p>Literature: S3 Guideline National Care Guideline Unipolar Depression; S3-Guideline Schizophrenia; S3 Guideline Obsessive-Compulsive Disorder; S3-Guideline Diagnostics and Therapy of Bipolar Disorders; S3-Guideline Borderline Personality Disorder; S3 Guideline Psychosocial Therapies for Severe Mental Illnesses; S3-Guideline Diagnostics and Treatment of Eating Disorders; S3-Guideline Functional Body Complaints; S2k Guideline Emergency Psychiatry; S3-Guideline Posttraumatic Stress Disorders</p>	
	Consensus strength: 100%	

Table 6: Indications for inpatient treatment

Emergency indication¹
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acute danger to self or others ▪ Stupor, catatonia and other syndromes and disorders relevant to emergency psychiatry
Check briefings
<ul style="list-style-type: none"> ▪ If medical care is required after a suicide attempt ▪ If a sufficiently reliable assessment of the continued existence of suicidal behaviour is not possible ▪ If the establishment of a sustainable therapeutic relationship is not successful and the person remains suicidal despite initial treatment ▪ In case of resistance to therapy despite guideline-compliant outpatient therapy ▪ In cases of severe psychopathology that cannot be adequately treated on an outpatient basis ▪ In the event of temporary inability to provide nutrition and/or care due to illness

- In the event of a high risk of (further) chronification despite guideline-compliant outpatient therapy
- In the case of such serious illnesses that outpatient treatment options are not sufficient
- In the event of imminent isolation due to illness, neglect and other serious psychosocial factors
- In the case of external circumstances that severely hinder the success of therapy (e.g. domestic violence or maintaining abstinence in the case of severe addiction and the resulting necessary change of environment) or
- In the case that the patient's life circumstances are pathogenetically significant for the development and maintenance of the disorder
- If the therapy goals within the framework of an overall treatment plan can only be achieved with the resources of the hospital
- In the case of comorbid addictions, if abstinence cannot be ensured on an outpatient basis or in the case of unclear somatic comorbidities
- If diagnostic clarification is required, especially for psychosomatic and somato-psychological clinical pictures
- To build up adequate motivation for therapy and to develop a psychosocial understanding of the illness
- If a comorbid somatic illness is present

¹ If there is no indication of an emergency and the patient is not willing to be admitted as an inpatient and is unable to agree, the patient may or must be admitted as an inpatient against their will

4.3.3.1.3 Specific indication criteria for (partial) inpatient treatment

The central treatment element for patients with severe impairment of personality functioning is psychotherapy. A meta-analysis concludes that inpatient psychotherapy is effective (Doering et al. 2023; Liebherz and Rabung 2013). The greatest effects were found in psychological symptom burden and general well-being, the least in the area of social communication. These findings are independent of the basic psychotherapeutic orientation. Group psychotherapeutic approaches can increase the success of treatment (Kösters et al. 2006). In future, the concept of severe impairment of personality functioning could help to characterise populations that are not reached by the traditional medical care system.

11.2	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	<p>For the inpatient admission of patients with severe impairment of personality functioning and disorders from the somatoform spectrum, mixed symptoms from the internalising and externalising spectrum and the spectrum of thought disorders according to HiTOP, the same criteria should also be taken into account as described in the corresponding guidelines:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Somatoform spectrum: S3 Guideline Functional Body Complaints, Version 2.0 from 18/07/2018 [Recommendation 21 (p. 182f)] ▪ Mixed pictures from the internalising and externalising spectrum: S3 Guideline Borderline Personality Disorder Version 2.0 from 14 November 2022 [Recommendation 32.2, 32.3 & 33 (p. 82)] 	

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mental disorders: S3 Guideline Schizophrenia Version 2.0 of 15 March 2019 [Recommendation 156 (p. 233); 157 (p. 234); 155 (p. 233); 152 (p. 230); 153 (p. 230); 150 (p. 227); 151 (p. 227)] and S3 Guideline Psychosocial Therapies for Severe Mental Illnesses version 2.0 from 02/10/2018 [p. 365ff]
	Consensus strength: 87%

4.3.3.1.4 (Partial) inpatient rehabilitation

Medical rehabilitation is based on the biopsychosocial model and ICF, not primarily on categorical diagnoses. The aim is to improve participation in social life, particularly in the family and at work, not to cure the illness. The indication for psychosomatic or psychiatric rehabilitation is when participation is jeopardised or impaired and there is a threat of loss of independent living.

According to SGB IX, there is an indication for inpatient or all-day outpatient rehabilitation if the therapy goals include consolidating the success of treatment, treating the consequences of illness, improving the handling of chronic illnesses or regaining the ability to work. Prerequisites are a proven need for rehabilitation (significantly jeopardised or reduced earning capacity), the ability to undergo rehabilitation following adequate acute treatment and a positive rehabilitation prognosis. It is often difficult to return to work after a long period of incapacity for work, especially if the daily structure has been lost and symptoms of illness threaten independent living. Medical rehabilitation can improve social participation here. Patients who strictly refuse to be unable to work can also benefit from rehabilitation in order to avoid decompensation and even suicidal behaviour.

11.3	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	<p>Patients with severe impairment of personality functioning should be recommended (partial) inpatient rehabilitation if they are capable of rehabilitation (motivation/motivability, resilience) and have a positive rehabilitation prognosis if one or more of the following criteria are met:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (Imminent) significant risk or reduction in earning capacity ▪ (Impending) loss of the ability to lead a self-determined and independent life, ▪ (Impending) impairment of participation or increase in impairment of participation <p>Exclusion criteria are:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acute danger to self or others ▪ Insufficient resilience for rehabilitation treatment, e.g. due to a pronounced inability to control themselves ▪ Primarily substance-related addiction disorders (possibly with indication for qualified withdrawal treatment) ▪ Pronounced cognitive impairments (e.g. dementia) ▪ Severe acute somatic diseases Pronounced psychopathology, e.g. delusional symptoms 	
	Cf. Literature: S3 Guideline National Care Guideline Unipolar Depression (Recommendation 13-1, p.193)	
	Consensus strength: 94.4%	

In inpatient psychosomatic or psychiatric rehabilitation centres, patients receive psychotherapeutic services, psychosocial interventions such as occupational therapy or art therapies as well as sports and exercise therapies, supplemented by clinical social work and psychoeducational measures.

The treatment goals of acute and rehabilitation treatments differ fundamentally, although both are based on multimodal, multiprofessional approaches in an interdisciplinary team:

- Acute treatments (outpatient or inpatient) focus on curative therapy, i.e. healing and alleviation, based on the cause and development of the disease.
- Medical rehabilitation treatments aim to prevent, reduce, improve or avoid impairments caused by functional disorders. The aim is successful rehabilitation in terms of participation in social life, particularly in family, work and career.

In the future, outpatient and outreach rehabilitation programmes could also be a good alternative, although there is still a need for further research.

4.3.3.1.5 Problematic aspects of (partial) inpatient treatment

Partial and full inpatient treatment is only one component in the complex care of patients with severe impairment of personality functioning, which requires many players in the healthcare system. This makes it possible to fulfil a wide range of care needs, but also poses the challenge of efficient collaboration across treatment settings and care sectors. Good coordination is important both across the healthcare system and in individual cases. Integrated treatment plans and structured forms of care such as case management can help to avoid uncoordinated and fragmented care. The role of (partial) inpatient treatment should be developed together with those affected as part of participatory decision-making in order to overcome problematic interfaces during admission and discharge and to ensure continuity of care.

11.4	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	In order to ensure continuous care for patients with severe impairment of personality functioning, the measures listed in Table 7 should be implemented in good time before discharge from (partial) inpatient treatment as part of inter-professional discharge management. All stakeholders and professions involved in the care of patients with severe impairment of personality functioning should familiarise themselves with the respective regional care options.	
Guideline adaptation	Literature: S3 Guideline National Care Guideline Unipolar Depression (Recommendation 14-5, p.208; 14-1 p.201), S3 Guideline on the Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorders, S3 Guideline Borderline Personality Disorder	
	Consensus strength: 100%	

Table 7: Measures on discharge of patients with severe impairment of personality functioning from (partial) inpatient treatment

The table can be found in the long version of the guideline

Appropriate structural and treatment quality is central to the (partial) inpatient treatment of patients with severe impairment of personality functioning. However, studies show that there is a

lack of the necessary structural quality in routine care, particularly in terms of staffing and training (Bohus et al. 2016; Klein et al. 2016; Mehl et al. 2016; Berger et al. 2015; Schnell et al. 2016; Wiegand et al. 2020). This can lead to deterioration and chronicity.

If (partial) inpatient treatment is considered as a curative measure, it should take place in facilities with specific treatment programmes that offer a clear structure, treatment focus and discharge orientation in order to counteract hospitalisation risks and tendencies to abdicate responsibility.

There is a great need for research into the effects, side effects and long-term effects of (partial) inpatient treatment as well as concepts for the outpatientisation of these treatments. It is important to research how the advantages of intensive, multimodal therapeutic programmes can be maintained and how disadvantages such as high costs and the breakdown of therapeutic relationships can be avoided. Innovative concepts such as inpatient-equivalent treatments are necessary in order to overcome sector boundaries and utilise resources more efficiently.

4.3.4 Key question 10: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive long-term/continuous care from General Practitioners have a better outcome than those who do not receive consultations?

The majority of people with mental disorders, including those with severe impairment of personality functioning, are treated by general practitioners (Linden et al. 1996; Linden 2001; Wittchen 2000; Linden 2004; Linden et al. 2000; Wittchen and Jacobi 2001; Dittmann et al. 1997; Wittchen et al. 1999). Conversely, many patients undergoing general practitioner treatment have mental disorders (Linden et al. (Linden et al. 1996; Wittchen and Jacobi 2001; Jacobi et al. 2014). Many people with severe mental illnesses receive long-term or permanent treatment predominantly from GPs (Linden et al. 1996; Linden et al. 2016; Heuft et al. 2014; Herzog et al. 2012). GP care is characterised by long-term, continuous support that covers all aspects of health and illness. Therefore, the importance of this care for the outcome of patients with severe impairment of personality functioning is significant.

12.1	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	<p>Patients with severe impairment of personality functioning should be recommended continuous long-term monitoring by a general practitioner.</p> <p>The treatment of patients with severe impairment of personality functioning should be carried out cooperatively with the involvement of long-term support from the GP.</p> <p>The conscious, reliable, active and structuring organisation of the patient-physician relationship and patient-treatment team relationship is a decisive factor in the long-term care of patients with severe impairment of personality functioning. This should be addressed in GP research, further education and training.</p>	
	Consensus strength: 100%	

All German care guidelines that deal with the care of severe mental disorders associated with severe impairment of personality functioning emphasise the importance of GP involvement in early detection and coordination and the importance of interdisciplinary and interprofessional

cooperation and coordination across settings (see Table 8; Linden et al. 2016; Muschalla and Linden 2019). This is all the more urgent the more severe the existing disorders are. Looking at the mortality of people with severe mental illnesses in Germany, their significantly shortened lifespan, in line with international data, is primarily due to their increased somatic disease and mortality risks, which emphasises the importance of interdisciplinary cooperation (Schneider et al. 2019; Basu et al. 2019).

In this context, it must be critically assessed that newly established care models such as complex outpatient care in accordance with the KSVPsych-RL (G-BA 2021) do not include GPs at all.

Table 8: Topic-relevant German guidelines:

The table can be found in the long version of the guideline

12.2	Consensus-based recommendation	New
Expert consensus	<p>The continuous observation of patients and their interaction with the entire GP practice team provides a basis for recognising severe impairment of personality functioning. Complaints, problems, interpersonal conflicts and dysfunctional relationships can then be further explored in dialogue and, if necessary, a differential diagnosis can be initiated.</p> <p>For the successful management of acute crises in particular (suicidal crises, psychotic crises, relationship crises, crises in the context of acute traumatisation, etc.), knowledge of local support services and active networking and (e.g. case-related) exchange between local and regional service providers is helpful and relieving.</p>	
	Consensus strength: 100%	

GP care is characterised by low-threshold access, a wide variety of almost unlimited and unselected reasons for seeking advice and, ideally, long-term continuity as part of long-term support. Diagnostics is also a sometimes lengthy longitudinal process and is characterised by a mixture of structured and experienced anamnesis, which also includes settings such as home visits. In psychosomatic primary care, it is possible to work together longitudinally and in a focussed manner in more regular, planned contacts lasting around 15 minutes (Reddemann et al. 2022; Reddemann 2023).

Complex structured interviews are generally not practicable in the GP care setting. In addition, the clinical validity of structured interviews that are valuable in a research context is not necessarily given (Linden and Muschalla 2012). The presence of an impairment caused by severe impairment of personality functioning will therefore initially be indicated by other criteria, as listed in Table 9.

Table 9: Possible indications of relevant impairments of personality functioning in the GP setting that make a more detailed clarification worth considering:

- Number of diagnoses? Also with regard to comorbid somatic diseases? Chronic pain?
- Frequent visits to the GP practice? Constant life-time events?
- History of many "critical life events"?
- Repeated relationship problems and breakdowns, including with doctors? E.g. number of previous practitioners and cancelled treatments? Which practitioners do patients return to after all?

- Repeated problems with keeping appointments, following medical recommendations, combined with annoying or back-biting interactions with the practice team?
- Observation of strong own emotional reactions to the interaction behaviour of patients?

For diagnostic categorisation in the GP practice, the criteria of the abbreviated "Level of Personality Functioning Scale" (Hummelen et al. 2021) are helpful. A more precise categorisation is usually carried out with specialists. Early indications of limitations in personality functioning are important for treatment planning. Long-term therapeutic relationships are also important in the GP setting. Further research is needed, as the implementation in GP practices may be different to that in psychotherapeutic practices (Reddemann et al. 2022). The practice team must recognise patients' structural deficits and take responsibility for the framework, course of the conversation and conflict management. Techniques such as mirroring, mentalising and careful confrontation help to facilitate healing relationship experiences. Slow developments in the relationship are reflected upon and appreciated. Knowledge of the local care situation and one's own network require personal commitment. GPs can prescribe outpatient psychiatric nursing care for up to six weeks in crises. Sociotherapy requires GPs to have an additional qualification in psychotherapy.

Table 10: Umbrella organisations and nationwide aid services for help in acute crises

The table can be found in the long version of the guideline

4.3.5 Key question 12: Are there indications for psychopharmacological therapy in severe impairment of personality functioning and if so, which ones?

No literature search was conducted for this question, but reference was made to neighbouring national and international guidelines. The following statements and recommendations are based on a thorough review of whether conclusions on the drug treatment of people with severe impairment of personality functioning can be derived from the literature research and the recommendations of these guidelines. Furthermore, it was discussed whether the recommendations could be transferred into a dimensional model based on the 2 axes severe impairment of personality functioning and HiTOP.

The following guidelines were analysed:

- S3 Guideline Borderline Personality Disorder
- S3 Guideline Schizophrenia
- S3 Guideline National Care Guideline Unipolar Depression
- S3 Guideline on the Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorders
- S3 Guideline Post-traumatic stress disorders
- S3 Guideline Functional Body Complaints
- S3 Guideline on the Diagnosis and Treatment of Eating Disorders
- S3 Guideline Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

In principle, no medication recommendations can be derived from these guidelines in relation to a possible disorder of personality functions (and possibly in addition to the primary disorder according to ICD-10 to which the source guideline refers).

Attempts to translate the guideline recommendations based on categorical diagnostic concepts into a dimensional model based on the two axes SBPF and HiTOP currently harbour the risk of extending indications that are not covered by evidence.

5 Open research questions

See long version of the guideline

6 Evidence tables

See long version of the guideline

7 Bibliography

Ådnanes, M.; Kalseth, J.; Ose, S. O.; Ruud, T.; Rugkåsa, J.; Puntis, S. (2019): Quality of life and service satisfaction in outpatients with severe or non-severe mental illness diagnoses. In: *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 28 (3), pp. 713-724. DOI: 10.1007/s11136-018-2039-5.

Adu, M. K.; Shalaby, R.; Eboreime, E.; Sapara, A.; Lawal, M. A.; Chew, C. et al. (2023): Apparent Lack of Benefit of Combining Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation with Internet-Delivered Cognitive Behaviour Therapy for the Treatment of Resistant Depression: Patient-Centered Randomized Controlled Pilot Trial. In: *Brain sciences* 13 (2). DOI: 10.3390/brainsci13020293.

Aggett, P.; Swainson, M.; Tapsell, D. (2015): 'Seeking permission': an interviewing stance for finding connection with hard to reach families. In: *Journal of Family Therapy* 37 (2), pp. 190-209. DOI: 10.1111/j.1467-6427.2011.00558.x.

Ahmed, A. O.; Green, B. A.; Goodrum, N. M.; Doane, N. J.; Birgenheir, D.; Buckley, P. F. (2013): Does a latent class underlie schizotypal personality disorder? Implications for schizophrenia. In: *Journal of abnormal psychology* 122 (2), pp. 475-491. DOI: 10.1037/a0032713.

Albani, C.; Blaser, G.; Kächele, H.; Pokorny, D. (2008): Relationship patterns and relationship conflicts. Theory, clinic and research. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Althobaiti, S.; Kazantzis, N.; Ofori-Asenso, R.; Romero, L.; Fisher, J.; Mills, K. E.; Liew, D. (2020): Efficacy of interpersonal psychotherapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. In: *Journal of affective disorders* 264, pp. 286-294. DOI: 10.1016/j.jad.2019.12.021.

American Psychiatric Association (1987): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed., revised (DSM-III-R). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF)-Standing Commission on Guidelines (2020): AWMF guidelines. Version 2.1. Available online at <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>, last checked on 27/05/2024.

Arntz, A.; Jacob, G. A.; Lee, C. W.; Brand-de Wilde, O. M.; Fassbinder, E.; Harper, R. P. et al. (2022): Effectiveness of Predominantly Group Schema Therapy and Combined Individual and Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomised Clinical Trial. In: *JAMA psychiatry* 79 (4), pp. 287-299. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2022.0010.

Aslinger, E. N.; Manuck, S. B.; Pilkonis, P. A.; Simms, L. J.; Wright, A. G. C. (2018): Narcissist or narcissistic? Evaluation of the latent structure of narcissistic personality disorder. In: *Journal of abnormal psychology* 127 (5), pp. 496-502. DOI: 10.1037/abn0000363.

- Asmundson, G. J. G.; Thorisdottir, A. S.; Roden-Foreman, J. W.; Baird, S. O.; Witcraft, S. M.; Stein, A. T. et al. (2019): A meta-analytic review of cognitive processing therapy for adults with posttraumatic stress disorder. In: *Cognitive behaviour therapy* 48 (1), pp. 1-14. DOI: 10.1080/16506073.2018.1522371.
- Bach, B.; Sellbom, M.; Kongerslev, M.; Simonsen, E.; Krueger, R. F.; Mulder, R. (2017): Deriving ICD-11 personality disorder domains from DSM-5 traits: initial attempt to harmonise two diagnostic systems. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 136 (1), pp. 108-117. DOI: 10.1111/acps.12748.
- Bach, B.; Tracy, M. (2022): Clinical utility of the alternative model of personality disorders: A 10th year anniversary review. In: *Personality disorders* 13 (4), pp. 369-379. DOI: 10.1037/per0000527.
- Barkham, M.; Lutz, W.; Lambert, M. J.; Saxon, D. (2017): Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In: Castonguay, L. G. and Hill, C. E. (eds.): *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects*. First edition. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 13-36.
- Basu, S.; Berkowitz, S. A.; Phillips, R. L.; Bitton, A.; Landon, B. E.; Phillips, R. S. (2019): Association of Primary Care Physician Supply With Population Mortality in the United States, 2005-2015. In: *JAMA internal medicine* 179 (4), pp. 506-514. DOI: 10.1001/jamainternmed.2018.7624.
- Bender, D. S.; Morey, L. C.; Skodol, A. E. (2011): Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. In: *Journal of personality assessment* 93 (4), pp. 332-346. DOI: 10.1080/00223891.2011.583808.
- Bender, D. S.; Skodol, A. E. (2007): Borderline personality as a self-other representational disturbance. In: *Journal of personality disorders* 21 (5), pp. 500-517. DOI: 10.1521/pedi.2007.21.5.500.
- Bender, D. S.; Skodol, A. E.; First, M. B.; Oldham, J. M. (2018): Module I: Structured Clinical Interview for the Level of Personality Functioning Scale. In: First, M. B., Skodol, A. E., Bender, D. S. and Oldham, J. M. (eds.): *Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders (SCID- AMPD)*: American Psychiatric Association Publishing.
- Benecke, C.; Remmers, C.; Henkel, M.; Zimmermann, J. (2018): Oops, I did it again: The role of motivational conflicts and impaired psychological capacities in explaining the persistence of maladaptive behaviour. In: *Eur J Pers* 32 (5), pp. 525-624. DOI: 10.1002/per.2174.
- Berger, M.; Wolff, J.; Normann, C.; Godemann, F.; Schramm, E.; Klimke, A. et al. (2015): Guideline-compliant psychiatric-psychotherapeutic hospital treatment : Normative staff assessment using the example of depression. In: *Nervenarzt* 86 (5), pp. 542-548. DOI: 10.1007/s00115-015-4310-0.
- Birkhölzer, M.; Schmeck, K.; Goth, K. (2021): Assessment of Criterion A. In: *Current opinion in psychology* 37, pp. 98-103. DOI: 10.1016/j.copsy.2020.09.009.
- Blümle, A.; Gechter, D.; Nothacker, M. J.; Schaefer, C.; Motschall, E.; Boeker, M. et al. (2020): *Manual systematic search for evidence syntheses and guidelines*. 2.1 edition. Cochrane Germany Foundation, Institute for Evidence in Medicine, Institute for

Medical Biometry and Statistics, Freiburg, Association of the Scientific Medical Societies - Institute for Medical Knowledge Management, Medical Centre for Quality in Medicine 12.12.2020. DOI: 10.6094/UNIFR/174468.

BMAS (2013): Participation Report of the Federal Government on the living situation of people with disabilities. Participation - impairment - disability. Federal Ministry of Labour and Social Affairs. Available online at <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-13-teilhabebericht.html>, last checked on 20.01.2024.

Bohus, M.; Schmahl, C.; Herpertz, S. C.; Lieb, K.; Berger, M.; Roepke, S. et al. (2016): Guideline-compliant inpatient psychiatric-psychotherapeutic treatment of borderline personality disorder: normative staffing needs assessment. In: *Der Nervenarzt* 87 (7), pp. 739-745. DOI: 10.1007/s00115-016-0132-y.

Boll-Klatt, A.; Storck, T.; Strauß, B.; Taubner, S. (2021): The family of psychodynamic methods. In: Rief, W., Schramm, E., Strauß, B., Auszra, L., Bachem, R., Backenstraß, M. et al. (eds.): *Psychotherapie. A competence-orientated textbook*. 1st edition. Munich: Elsevier, pp. 515-546.

Bone, C.; Delgadoillo, J.; Barkham, M. (2021): A systematic review and meta-analysis of the good-enough level (GEL) literature. In: *Journal of counselling psychology* 68 (2), pp. 219-231. DOI: 10.1037/cou0000521.

Bosch-Capblanch, X.; Abba, K.; Prictor, M.; Garner, P. (2007): Contracts between patients and healthcare practitioners for improving patients' adherence to treatment, prevention and health promotion activities. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 2007 (2), CD004808. DOI: 10.1002/14651858.CD004808.pub3.

Bourke, E.; Barker, C.; Fornells-Ambrojo, M. (2021): Systematic review and meta-analysis of therapeutic alliance, engagement, and outcome in psychological therapies for psychosis. In: *Psychology and psychotherapy* 94 (3), pp. 822-853. DOI: 10.1111/papt.12330.

Bridler, R.; Orosz, A.; Cattapan, K.; Stassen, H. H. (2013): In need of psychiatric help-leave a message after the beep. In: *Psychopathology* 46 (3), pp. 201-205. DOI: 10.1159/000341729.

Browne, J.; Wright, A. C.; Berry, K.; Mueser, K. T.; Cather, C.; Penn, D. L.; Kurtz, M. M. (2021): The alliance-outcome relationship in individual psychosocial treatment for schizophrenia and early psychosis: A meta-analysis. In: *Schizophrenia research* 231, pp. 154-163. DOI: 10.1016/j.schres.2021.04.002.

Bruijniks, S. J. E.; Lemmens, L. H. J. M.; Hollon, S. D.; Peeters, F. P. M. L.; Cuijpers, P.; Arntz, A. et al. (2020): The effects of once- versus twice-weekly sessions on psychotherapy outcomes in depressed patients. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 216 (4), pp. 222-230. DOI: 10.1192/bjp.2019.265.

German Medical Association (BÄK); National Association of Statutory Health Insurance Physicians (KBV) (1997): Assessment criteria for guidelines in medical care. Resolutions of the Boards of the German Medical Association and the National Association of Statutory Health Insurance Physicians. In: *Deutsches Ärzteblatt* (94(33)).

German Medical Association (BÄK); National Association of Statutory Health Insurance Physicians (KBV); Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF): Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung Version 3.2 2022, last reviewed on 15 January 2024. DOI: 10.6101/AZQ/000493. www.leitlinien.de/depression.

Federal Chamber of Psychotherapists (2018): One year after the reform of the psychotherapy guideline. Waiting times 2018.

Calsyn, D. A.; Wells, E. A.; Saxon, A. J.; Jackson, T. R.; Wrede, A. F.; Stanton, V.; Fleming, C. (1994): Contingency management of urinalysis results and intensity of counselling services have an interactive impact on methadone maintenance treatment outcome. In: *Journal of addictive diseases* 13 (3), pp. 47-63. DOI: 10.1300/j069v13n03_05.

Chilvers, R.; Macdonald, G. M.; Hayes, A. A. (2002): Supported housing for people with severe mental disorders. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 2002. DOI: 10.1002/14651858.CD000453.

Chilvers, R.; Macdonald, G. M.; Hayes, A. A. (2006): Supported housing for people with severe mental disorders. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 2006. DOI: 10.1002/14651858.CD000453.pub2.

Clark, L. A.; Cuthbert, B.; Lewis-Fernández, R.; Narrow, W. E.; Reed, G. M. (2017): Three Approaches to Understanding and Classifying Mental Disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). In: *Psychological science in the public interest: a journal of the American Psychological Society* 18 (2), pp. 72-145. DOI: 10.1177/1529100617727266.

Constantino, M. J.; Višlă, A.; Coyne, A. E.; Boswell, J. F. (2018): A meta-analysis of the association between patients' early treatment outcome expectation and their post-treatment outcomes. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), pp. 473-485. DOI: 10.1037/pst0000169.

Conway, C.; Hammen, C.; Brennan, P. (2012): A comparison of latent class, latent trait, and factor mixture models of DSM-IV borderline personality disorder criteria in a community setting: implications for DSM-5. In: *Journal of personality disorders* 26 (5), pp. 793-803. DOI: 10.1521/pedi.2012.26.5.793.

Deegan (1995): Recovery as a journey of the heart. Recovery from psychiatric suffering: Suggestions for the education and training of mental health professionals, 1995.

Dehn, L. B.; Beblo, T.; Richter, D.; Wienberg, G.; Kremer, G.; Steinhart, I.; Driessen, M. (2022): Effectiveness of supported housing versus residential care in severe mental illness: a multicentre, quasi-experimental study. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 57 (5), pp. 927-937. DOI: 10.1007/s00127-021-02214-6.

Dehn, L. B.; Beblo, T.; Wienberg, G.; Driessen, M.; Steinhart, I. (2021): How effective is housing support? A comparison of support services in one's own home and those in special housing. In: *Kerbe* (4), pp. 24-26.

German Society for General Practice and Family Medicine (DEGAM) (2016): S3 guideline on general practitioner risk counselling for cardiovascular prevention. Long version

1.1, 2016, last reviewed on 22 January 2024. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/053-024>.

German Society for Bipolar Disorders (DGBS) e.V.; German Society for Psychiatry and Psychotherapy, Psychosomatics and Neurology (DGPPN) e.V. (2019): S3 guideline on the diagnosis and treatment of bipolar disorders. Long version 2019, last reviewed on 26 February 2023. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-019>.

German Society for Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy (DGKJP); German Society for Psychiatry and Psychotherapy, Psychosomatics and Neurology (DGPPN) e.V.; German Society for Social Paediatrics and Adolescent Medicine (DGSPJ) (2017): S3 guideline Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children, adolescents and adults, long version 2017, last reviewed on 27 February 2023. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-045>.

German Society for Psychiatry and Psychotherapy, Psychosomatics and Neurology (DGPPN) e.V. (2018): S3 Guideline Psychosocial Therapies for Severe Mental Illness - Long Version 2018. Berlin, Heidelberg. DOI: 10.1007/978-3-662-58284-8.

German Society for Psychiatry and Psychotherapy, Psychosomatics and Neurology (DGPPN) e.V. (2019): S3 guideline schizophrenia. Long version 2019, version 1.0, last reviewed on 26 June 2023. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html>.

German Society for Psychiatry and Psychotherapy, Psychosomatics and Neurology (DGPPN) e.V. (2022): S3 guideline Borderline personality disorder. Long version 2022, version 2.0, last reviewed on 15 January 2024. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-015>.

German Society for Psychiatry and Psychotherapy, Psychosomatics and Neurology (DGPPN) e.V. (2022): S3 guideline on obsessive-compulsive disorder. Long version 2022, version 2.0, last reviewed on 26 February 2023. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-017>.

German Society for Psychiatry and Psychotherapy, Psychosomatics and Neurology (DGPPN) e.V.; German Society for Interdisciplinary Emergency and Acute Medicine (DGINA); German Interdisciplinary Association for Intensive Care and Emergency Medicine (DIVI) (2019): S2k Guideline Emergency Psychiatry - long version 2019, last reviewed on 15 January 2024. https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-023I_S2k_Notfallpsychiatrie_2019-05_1.pdf.

German Society for Psychosomatic Medicine and Medical Psychotherapy e.V. (DGPM); German College of Psychosomatic Medicine e.V. (DKPM) (2018): S3 Guideline Functional Body Complaints - Long Version 2018, last reviewed on 26 February 2023. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-001k_S3_Funktionelle_Koerperbeschwerden_2019-08.pdf.

German Society for Psychosomatic Medicine and Medical Psychotherapy (DGPM); German Society for Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy (DGKJP) (2020): S3 guideline on the diagnosis and treatment of eating disorders, long version 2020, version 2.2, last reviewed on 27 February 2023. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026I_S3_Esstoeerung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf.

German-speaking Society for Psychotraumatology e.V. (DeGPT) (2019): S3 Guideline Posttraumatic Stress Disorder, long version 2019. Berlin, Heidelberg, last reviewed on 26 February 2023. DOI: 10.1007/978-3-662-59783-5. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>.

Dieterich, M.; Irving, C. B.; Bergman, H.; Khokhar, M. A.; Park, B.; Marshall, M. (2017): Intensive case management for severe mental illness. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 1 (1), CD007906. DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub3.

Doering, S.; Herpertz, S.; Pape, M.; Hofmann, T.; Rose, M.; Imbierowicz, K. et al. (2023): The multicentre effectiveness study of inpatient and day hospital treatment in departments of psychosomatic medicine and psychotherapy in Germany. In: *Front. Psychiatry* 14, p. 1155582. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1155582.

DRV (2022): Pension insurance in figures 2022: German Pension Insurance. Available online at https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Zahlen-und-Fakten/Statistiken-und-Berichte/statistiken-und-berichte_node.html, last checked on 20.01.2024.

Ehrenthal, J. C.; Benecke, C. (2019): Tailored Treatment Planning for Individuals With Personality Disorders. In: Kramer, U. (ed.): *Case Formulation for Personality Disorders. Tailoring Psychotherapy to the Individual Client*. San Diego: Elsevier Science & Technology, pp. 291-314.

Elliott, R.; Bohart, A. C.; Watson, J. C.; Murphy, D. (2018): Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), pp. 399-410. DOI: 10.1037/pst0000175.

Recommendation Rec (2001)13 of the Council of Europe (2001): Development of a methodology for the development of guidelines for best medical practice. German edition.

Epstein, L.-H.; Wing, R. R. (1979): Behavioural contracting: Health behaviors. In: *Clinical Behaviour Therapy Review* (1), pp. 2-21.

Ercan Doğu, S.; Kayıhan, H.; Kokurcan, A.; Örsel, S. (2021): The effectiveness of a combination of Occupational Therapy and Social Skills Training in people with schizophrenia: A rater-blinded randomised controlled trial. In: *British Journal of Occupational Therapy* 84 (11), pp. 684-693. DOI: 10.1177/03080226211022953.

Eubanks, C. F.; Muran, J. C.; Safran, J. D. (2018): Alliance rupture repair: A meta-analysis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), pp. 508-519. DOI: 10.1037/pst0000185.

Faber, F. R.; Haarstrick, R. (eds.) (2021): Faber/Haarstrick commentary on psychotherapy guidelines. In collaboration with Michael Dieckmann, Manuel Becker, Martin Neher, Alessandro Cavicchioli, Hans Lieb and Annette Streeck-Fischer. Elsevier GmbH; Urban-&-Fischer-Verlag. 12th edition. Munich: Elsevier.

Falkai, P.; Wittchen, H.-U.; Döpfner, M.; Gaebel, W.; Maier, W.; Rief, W. et al. (eds.) (2018): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5®*. American Psychiatric Association; Hogrefe Verlag. 2nd corrected edition. Göttingen: Hogrefe.

Farber, B. A.; Suzuki, J. Y.; Lynch, D. A. (2018): Positive regard and psychotherapy outcome: A meta-analytic review. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), pp. 411-423. DOI: 10.1037/pst0000171.

Flückiger, C.; Del Re, A. C.; Wampold, B. E.; Horvath, A. O. (2018): The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), pp. 316-340. DOI: 10.1037/pst0000172.

G-BA (2021): Directive of the Federal Joint Committee on cross-professional, coordinated and structured care, in particular for severely mentally ill insured persons with complex psychiatric or psychotherapeutic treatment needs (KSVPsych-RL). In: *BAnz AT 17.12.2021 B3*. Available online at https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2668/KSVPsych-RL_2021-09-02_iK-2021-12-18.pdf, last checked on 19/10/2023.

G-BA (2023): Directive of the Federal Joint Committee on the prescription of home nursing care (Home Nursing Care Directive) in the version of 17 September 2009, published in the Federal Gazette No. 21a (supplement) of 9 February 2010, entered into force on 10 February 2010, last amended on 19 January 2023, published in the Federal Gazette (BAnz AT 10.03.2023 B4), entered into force on 11 March 2023 Joint Federal Committee.

G-BA (2024): Guideline of the Federal Joint Committee on the provision of inpatient psychiatric and psychosomatic facilities with the therapeutic staff required for treatment in accordance with Section 136a (2) sentence 1 of the Fifth Book of the German Social Code (SGB V) (Psychiatry and Psychosomatics Staffing Guideline/PPP Guideline), in the version dated 19 September 2019 published in the Federal Gazette (BAnz AT 31. September 2019 published in the Federal Gazette (BAnz AT 31.12.2019 B6) entered into force on 1 January 2020, last amended on 19 October 2023 published in the Federal Gazette (BAnz AT 05.02.2024 B4) entered into force with effect from 1 January 2024 Joint Federal Committee.

Gelso, C. J.; Kivlighan, D. M.; Markin, R. D. (2018): The real relationship and its role in psychotherapy outcome: A meta-analysis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), pp. 434-444. DOI: 10.1037/pst0000183.

Goldner, E. M.; Jones, W.; Fang, M. L. (2011): Access to and waiting time for psychiatrist services in a Canadian urban area: a study in real time. In: *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 56 (8), pp. 474-480. DOI: 10.1177/070674371105600805.

Grawe, K. (2000): Psychological therapy. 2nd, corrected ed. Göttingen, Bern: Hogrefe Publ. for Psychology.

Greggersen, W.; Rudolf, S.; Brandt, P.-W.; Schulz, E.; Fassbinder, E.; Willenborg, B. et al. (2011): Intima-media thickness in women with borderline personality disorder. In: *Psychosomatic medicine* 73 (7), pp. 627-632. DOI: 10.1097/PSY.0b013e3182231fe2.

Haslam, N.; McGrath, M. J.; Viechtbauer, W.; Kuppens, P. (2020): Dimensions over categories: a meta-analysis of taxometric research. In: *Psychol. Med.* 50 (9), pp. 1418-1432. DOI: 10.1017/S003329172000183X.

- Haw, R.; Hartley, S.; Trelfa, S.; Taylor, P. J. (2023): A systematic review and meta-ethnography to explore people's experiences of psychotherapy for self-harm. In: *The British journal of clinical psychology* 62 (2), pp. 392-410. DOI: 10.1111/bjc.12414.
- Hayes, J. A.; Gelso, C. J.; Goldberg, S.; Kivlighan, D. M. (2018): Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), pp. 496-507. DOI: 10.1037/pst0000189.
- Hedman, E.; Axelsson, E.; Andersson, E.; Lekander, M.; Ljótsson, B. (2016): Exposure-based cognitive-behavioural therapy via the internet and as bibliotherapy for somatic symptom disorder and illness anxiety disorder: randomised controlled trial. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 209 (5), pp. 407-413. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.181396.
- Henkel, M.; Zimmermann, J.; Künecke, J.; Remmers, C.; Benecke, C. (2018): Same same but different: The potential of Operationalised Psychodynamic Diagnostics for a differentiated understanding of personality disorders. In: *Journal of Psychiatry, Psychology and Psychotherapy* 66 (2), pp. 107-117. DOI: 10.1024/1661-4747/a000346.
- Herpertz, S. C. (in preparation): What is the difference between personality traits and personality disorder symptoms/functioning? In: Hopwood, C. J. and Sharp, C. (eds.): *Dimensional Diagnosis: Practical and Conceptual Issues in the Integration of Personality and Psychopathology*. New York, NY: Guilford Press.
- Hill, C. E.; Knox, S.; Pinto-Coelho, K. G. (2018): Therapist self-disclosure and immediacy: A qualitative meta-analysis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), pp. 445-460. DOI: 10.1037/pst0000182.
- Hopwood, C. J. (2018): A framework for treating DSM-5 alternative model for personality disorder features. In: *Personality and mental health* 12 (2), pp. 107-125. DOI: 10.1002/pmh.1414.
- Hörz-Sagstetter, S.; Mokros, A.; Zimmermann, J. (2024): Structured Clinical Interview for the DSM-5 - Alternative Model for Personality Disorders (SCID-5-AMPD): Hogrefe.
- Hörz-Sagstetter, S.; Ohse, L.; Kampe, L. (2021): Three Dimensional Approaches to Personality Disorders: a Review on Personality Functioning, Personality Structure, and Personality Organisation. In: *Current psychiatry reports* 23 (7), p. 45. DOI: 10.1007/s11920-021-01250-y.
- Howard, R.; Berry, K.; Haddock, G. (2022): Therapeutic alliance in psychological therapy for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. In: *Clinical psychology & psychotherapy* 29 (2), pp. 373-399. DOI: 10.1002/cpp.2642.
- Hummelen, B.; Braeken, J.; Buer Christensen, T.; Nysaeter, T. E.; Germans Selvik, S.; Walther, K. et al. (2021): A Psychometric Analysis of the Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders Module I (SCID-5-AMPD-I): Level of Personality Functioning Scale. In: *Assessment* 28 (5), pp. 1320-1333. DOI: 10.1177/1073191120967972.
- Hutsebaut, J. (2023): Isn't criterion A rather than B the language of psychotherapy?: Comment on Sauer-Zavala et al. (2022). In: *Personality disorders* 14 (4), pp. 385-387. DOI: 10.1037/per0000543.

- Hutsebaut, J.; Kamphuis, J. H.; Feenstra, D. J.; Weekers, L. C.; Saeger, H. de (2017): Assessing DSM-5-oriented level of personality functioning: Development and psychometric evaluation of the Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1). In: *Personality disorders* 8 (1), pp. 94-101. DOI: 10.1037/per0000197.
- Ijaz, S.; Davies, P.; Williams, C. J.; Kessler, D.; Lewis, G.; Wiles, N. (2018): Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 5 (5), CD010558. DOI: 10.1002/14651858.CD010558.pub2.
- Ikiugu, M. N.; Nissen, R. M.; Bellar, C.; Maassen, A.; van Peurse, K. (2017): Clinical Effectiveness of Occupational Therapy in Mental Health: A Meta-Analysis. In: *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association* 71 (5), 7105100020p1-7105100020p10. DOI: 10.5014/ajot.2017.024588.
- Jacobi, F.; Grafiadeli, R.; Volkmann, H.; Schneider, I. (2021): Burden of illness of borderline personality disorder: medical costs, somatic comorbidity and mortality. In: *Nervenarzt* 92 (7), pp. 660-669. DOI: 10.1007/s00115-021-01139-4.
- KBV (2024): Psychiatric and psychotherapeutic complex treatment. Available online at https://www.kbv.de/html/themen_58817.php, last updated on 16.01.2024, last checked on 31.01.2024.
- Kerber, A.; Ehrenthal, J.; Zimmermann, J.; Remmers, C.; Nolte, T.; Wendt, L. et al. (2024): Examining the role of personality functioning in a hierarchical taxonomy of psychopathology using two years of ambulatory assessed data. In: *Preprint*. DOI: 10.21203/rs.3.rs-3854842/v1.
- Kirschenbaum, D. S.; Flanery, R. C. (1983): Behavioural contracting: outcomes and elements. In: *Progress in behaviour modification* 15, pp. 217-275. DOI: 10.1016/B978-0-12-535615-2.50010-3.
- Klein, J. P.; Zurowski, B.; Wolff, J.; Godemann, F.; Herpertz, S. C.; Berger, M. et al. (2016): Guideline-compliant inpatient psychiatric-psychotherapeutic treatment of obsessive-compulsive disorder : Normative determination of staffing requirements. In: *Nervenarzt* 87 (7), pp. 731-738. DOI: 10.1007/s00115-016-0112-2.
- Klingemann, J.; Welbel, M.; Priebe, S.; Giacco, D.; Matanov, A.; Lorant, V. et al. (2020): Personal continuity versus specialisation of care approaches in mental healthcare: experiences of patients and clinicians-results of the qualitative study in five European countries. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 55 (2), pp. 205-216. DOI: 10.1007/s00127-019-01757-z.
- Kool, M.; Van, H. L.; Bartak, A.; Maat, S. C. M. de; Arntz, A.; van den Eshof, J. W. et al. (2018): Optimizing psychotherapy dosage for comorbid depression and personality disorders (PsyDos): a pragmatic randomized factorial trial using schema therapy and short-term psychodynamic psychotherapy. In: *BMC psychiatry* 18 (1), p. 252. DOI: 10.1186/s12888-018-1829-1.
- Kösters, M.; Burlingame, G. M.; Nachtigall, C.; Strauss, B. (2006): A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy. In: *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 10 (2), pp. 146-163. DOI: 10.1037/1089-2699.10.2.146.

- Kotov, R.; Krueger, R. F.; Watson, D.; Achenbach, T. M.; Althoff, R. R.; Bagby, R. M. et al. (2017): The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. In: *Journal of abnormal psychology* 126 (4), pp. 454-477. DOI: 10.1037/abn0000258.
- Kotov, R.; Krueger, R. F.; Watson, D.; Cicero, D. C.; Conway, C. C.; DeYoung, C. G. et al. (2021): The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Quantitative Nosology Based on Consensus of Evidence. In: *Annual review of clinical psychology* 17, pp. 83-108. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-093304.
- Laws, K. R.; Darlington, N.; Kondel, T. K.; McKenna, P. J.; Jauhar, S. (2018): Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia - outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis. In: *BMC psychology* 6 (1), p. 32. DOI: 10.1186/s40359-018-0243-2.
- Le Corff, Y.; Aluja, A.; Rossi, G.; Lapalme, M.; Forget, K.; García, L. F.; Rolland, J.-P. (2022): Construct Validity of the Dutch, English, French, and Spanish LPFS-BF 2.0: Measurement Invariance Across Language and Gender and Criterion Validity. In: *Journal of personality disorders* 36 (6), pp. 662-679. DOI: 10.1521/pedi.2022.36.6.662.
- Leamy, M.; Bird, V.; Le Boutillier, C.; Williams, J.; Slade, M. (2011): Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 199 (6), pp. 445-452. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.083733.
- Li, J.-M.; Zhang, Y.; Su, W.-J.; Liu, L.-L.; Gong, H.; Peng, W.; Jiang, C.-L. (2018): Cognitive behavioural therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis. In: *Psychiatry research* 268, pp. 243-250. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.07.020.
- Liebherz, S.; Rabung, S. (2013): Effectiveness of psychotherapeutic hospital treatment in German-speaking countries: A meta-analysis. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 63 (9-10), pp. 355-364. DOI: 10.1055/s-0033-1337909.
- Lim, C. T.; Caan, M. P.; Kim, C. H.; Chow, C. M.; Leff, H. S.; Tepper, M. C. (2022): Care Management for Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 73 (2), pp. 180-187. DOI: 10.1176/appi.ps.202000473.
- Linden, M.; Muschalla, B. (2012): Standardised diagnostic interviews, criteria, and algorithms for mental disorders: garbage in, garbage out. In: *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 262 (6), pp. 535-544. DOI: 10.1007/s00406-012-0293-z.
- Lindström, M.; Hariz, G.-M.; Bernspång, B. (2012): Dealing with Real-Life Challenges: Outcome of a Home-Based Occupational Therapy Intervention for People with Severe Psychiatric Disability. In: *OTJR: Occupation, Participation and Health* 32 (2), pp. 5-14. DOI: 10.3928/15394492-20110819-01.
- Little, H.; Tickle, A.; das Nair, R. (2018): Process and impact of dialectical behaviour therapy: A systematic review of perceptions of clients with a diagnosis of borderline personality disorder. In: *Psychology and psychotherapy* 91 (3), pp. 278-301. DOI: 10.1111/papt.12156.

- Loughlin, M.; Bucci, S.; Brooks, J.; Berry, K. (2020): Service users' and carers' experiences of engaging with early intervention services: A meta-synthesis review. In: *Early intervention in psychiatry* 14 (1), pp. 26-36. DOI: 10.1111/eip.12803.
- Luborsky, L.; Crits-Christoph, P. (1990): Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method (2nd ed.). DOI: 10.1037/10250-000.
- Markon, K. E.; Chmielewski, M.; Miller, C. J. (2011): The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: A quantitative review. In: *Psychological bulletin* 137 (5), pp. 856-879. DOI: 10.1037/a0023678.
- Mashimo, I.; Yotsumoto, K.; Fujimoto, H.; Hashimoto, T. (2020): Effects of Home-visit Occupational Therapy Using a Management Tool for Daily Life Performance on Severe Mental Illness: A Multicenter Randomized Controlled Trial. In: *The Kobe journal of medical sciences* 66 (4), E119-E128.
- McCabe, G. A.; Widiger, T. A. (2020): A comprehensive comparison of the ICD-11 and DSM-5 section III personality disorder models. In: *Psychological assessment* 32 (1), pp. 72-84. DOI: 10.1037/pas0000772.
- McLaughlin, S. P. B.; Barkowski, S.; Burlingame, G. M.; Strauss, B.; Rosendahl, J. (2019): Group psychotherapy for borderline personality disorder: A meta-analysis of randomised-controlled trials. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 56 (2), pp. 260-273. DOI: 10.1037/pst0000211.
- Mehl, S.; Falkai, P.; Berger, M.; Löhr, M.; Rujescu, D.; Wolff, J.; Kircher, T. (2016): Guideline-compliant psychiatric-psychotherapeutic treatment for patients with schizophrenia : A normative calculation of staffing requirements. In: *Nervenarzt* 87 (3), pp. 286-294. DOI: 10.1007/s00115-015-0056-y.
- Mehl, S.; Werner, D.; Lincoln, T. M. (2019): Corrigendum: Does Cognitive Behaviour Therapy for psychosis (CBTp) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis. In: *Frontiers in psychology* 10, p. 1868. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01868.
- Merz, J.; Schwarzer, G.; Gerger, H. (2019): Comparative Efficacy and Acceptability of Pharmacological, Psychotherapeutic, and Combination Treatments in Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Network Meta-analysis. In: *JAMA psychiatry* 76 (9), pp. 904-913. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0951.
- Milinkovic, M. S.; Tiliopoulos, N. (2020): A systematic review of the clinical utility of the DSM-5 section III alternative model of personality disorder. In: *Personality disorders* 11 (6), pp. 377-397. DOI: 10.1037/per0000408.
- Müller, H.; Haag, I.; Jessen, F.; Kim, E. H.; Klaus, J.; Konkol, C.; Bechdolf, A. (2016): Cognitive behavioural therapy and assertive community treatment reduce the number of inpatient days and extend the time to inpatient admission in severe psychotic disorders. In: *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 84 (2), pp. 76-82. DOI: 10.1055/s-0042-102055.
- Natoli, A. P.; Bach, B.; Behn, A.; Cottin, M.; Gritti, E. S.; Hutsebaut, J. et al. (2022): Multinational evaluation of the measurement invariance of the Level of Personality Functioning Scale-brief form 2.0: Comparison of student and community samples across seven countries. In: *Psychological assessment* 34 (12), pp. 1112-1125. DOI: 10.1037/pas0001176.

NICE (2009): Borderline personality disorder: recognition and management, last reviewed 21/02/2024. www.nice.org.uk/guidance/cg78.

Nolte, S.; Erdur, L.; Fischer, H. F.; Rose, M.; Palmowski, B. (2016): Course of self-reported symptoms of 342 outpatients receiving medium- versus long-term psychodynamic psychotherapy. In: *BioPsychoSocial medicine* 10, p. 23. DOI: 10.1186/s13030-016-0074-4.

Norcross, J. C.; Lambert, M. J. (2018): Psychotherapy relationships that work III. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), pp. 303-315. DOI: 10.1037/pst0000193.

Oltmanns, J. R.; Widiger, T. A. (2019): Evaluating the assessment of the ICD-11 personality disorder diagnostic system. In: *Psychological assessment* 31 (5), pp. 674-684. DOI: 10.1037/pas0000693.

Rabung, S.; Leichsenring, F.; Jaeger, U.; Streeck, U. (2005): Treatment outcomes of psychoanalytic-interactional and analytically orientated inpatient group therapy. In: *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* (41), pp. 130-152.

Reddemann, O. (2023): Complex consequences of psychotrauma and psychosomatic primary care. In: *Ärztliche Psychotherapie* 18 (3), pp. 180-185. DOI: 10.21706/aep-18-3-180.

Reddemann, O.; Herrmann, M.; Veit, I. (2022): Psychosomatic primary care. In: Chenot, J.-F., Scherer, M. and Angelow, A. (eds.): *Allgemeinmedizin*. 1st edition. Munich: Elsevier, pp. 883-891.

Government commission for modern and needs-based hospital care (29/09/2023): Psychiatry, psychosomatics and child and adolescent psychiatry ("psych subjects"): Reform and further development of hospital care. Bschor, Tom, 11055 Berlin, Mail: Krankenhauskommission@bmg.bund.de. Available online at www.bundesgesundheitsministerium.de/regierungskommission-krankenhausversorgung.

Reker, T.; Eikermann, B. (2004): Occupational integration as a goal of psychiatric therapy. In: *Psychiatrische Praxis* 31, S251-5. DOI: 10.1055/s-2004-828478.

Remmers, C.; Zimmermann, J. (2022): Anxiety problems: Dimensional consideration and embedding in the personality. In: *PiD - Psychotherapie im Dialog* 23 (03), pp. 40-44. DOI: 10.1055/a-1686-1628.

Richter, D.; Eikermann, B.; Reker, T. (2006): Work, income, partnership: The social exclusion of mentally ill people. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 68 (11), pp. 704-707. DOI: 10.1055/s-2006-927288.

Richter, D.; Hoffmann, H. (2017): Independent housing and support for people with severe mental illness: systematic review. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 136 (3), pp. 269-279. DOI: 10.1111/acps.12765.

Richter, D.; Jäger, M. (2021): Housing and psychiatric care. A contribution on the state of research. In: *Notch* (4).

Rodante, D. E.; Kaplan, M. I.; Olivera Fedi, R.; Gagliesi, P.; Pascali, A.; José Quintero, P. S. et al. (2022): CALMA, a Mobile Health Application, as an Accessory to Therapy

for Reduction of Suicidal and Non-Suicidal Self-Injured Behaviors: A Pilot Cluster Randomised Controlled Trial. In: *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research* 26 (2), pp. 801-818. DOI: 10.1080/13811118.2020.1834476.

Rönnau-Böse, M.; Fröhlich-Gildhoff, K.; Bengel, J.; Lysenko, L. (2022): Resilience and protective factors. In: Federal Centre for Health Education (BZgA) (ed.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossary of concepts, strategies and methods*.

Safran, J. D.; Muran, J. C. (2000): *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. paperback edition. New York: Guilford Press.

Schneider, F.; Erhart, M.; Hewer, W.; Loeffler, L. A.; Jacobi, F. (2019): Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally Ill. In: *Deutsches Ärzteblatt international* 116 (23-24), pp. 405-411. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0405.

Schnell, K.; Hochlehnert, A.; Berger, M.; Wolff, J.; Radtke, M.; Schramm, E. et al. (2016): Guideline-compliant inpatient psychiatric-psychotherapeutic treatment of chronic depression : Normative determination of staffing requirements. In: *Nervenarzt* 87 (3), pp. 278-285. DOI: 10.1007/s00115-016-0084-2.

Schöttle, D.; Schimmelmann, B. G.; Ruppelt, F.; Bussopulos, A.; Frieling, M.; Nika, E. et al. (2018): Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia-spectrum and bipolar I disorders: Four-year follow-up of the ACCESS II study. In: *PloS one* 13 (2). DOI: 10.1371/journal.pone.0192929.

Schultz, K.; Delva, D.; Kerr, J. (2012): Emotional effects of continuity of care on family physicians and the therapeutic relationship. In: *Canadian family physician Medecin de famille canadien* 58 (2), pp. 178-185.

Schweitzer, J.; Schlippe, A. von (2015): *The disorder-specific knowledge*. 6th, uned. ed. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Sharp, C.; Wall, K. (2021): DSM-5 Level of Personality Functioning: Refocusing Personality Disorder on What It Means to Be Human. In: *Annual review of clinical psychology* 17, pp. 313-337. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-105402.

Shefler, G.; Abargil, M.; Yonatan-Leus, R.; Finkenberg, R.; Amir, I. (2023): Empirical examination of long-term and intensive psychodynamic psychotherapy for severely disturbed patients. In: *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, pp. 1-16. DOI: 10.1080/10503307.2023.2263810.

Sheridan Rains, L.; Echave, A.; Rees, J.; Scott, H. R.; Lever Taylor, B.; Broeckelmann, E. et al. (2021): Service user experiences of community services for complex emotional needs: A qualitative thematic synthesis. In: *PloS one* 16 (4), e0248316. DOI: 10.1371/journal.pone.0248316.

Shorey, H. S.; Snyder, C. R.; Yang, X.; Lewin, M. R. (2003): The Role of Hope as a Mediator in Recollected Parenting, Adult Attachment, and Mental Health. In: *Journal of Social and Clinical Psychology* 22 (6), pp. 685-715. DOI: 10.1521/jscp.22.6.685.22938.

- Siegl, J.; Wendler, S. (2019): Behavioural therapy interventions. In: Leibing, E., Hiller, W. and Sulz, S. K. D. (eds.): *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen Psychotherapeutin/en und für die ärztliche Weiterbildung*. 2nd edition. Gießen: CIP-Medien im Psychosozial-Verlag, pp. 125-163.
- Snyder, C. R.; Lopez, S. J. (2002): *Handbook of Positive Psychology*: Oxford University Press.
- Solanto, M. V.; Jacobson, M. S.; Heller, L.; Golden, N. H.; Hertz, S. (1994): Rate of weight gain of inpatients with anorexia nervosa under two behavioural contracts. In: *Pediatrics* 93 (6 Pt 1), pp. 989-991.
- Sonis, J.; Cook, J. M. (2019): Medication versus trauma-focused psychotherapy for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. In: *Psychiatry research* 282, p. 112637. DOI: 10.1016/j.psychres.2019.112637.
- Speck, A.; Steinhart, I.; Freyberger, H. (2013): Once again everything said ... on the "black box" of closed homes? In: *Psychiat Prax* 40 (01), pp. 49-50. DOI: 10.1055/s-0032-1321452.
- Spitzer, C.; Müller, S.; Kerber, A.; Hutsebaut, J.; Brähler, E.; Zimmermann, J. (2021): The German version of the Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0 (LPFS-BF): Factor structure, convergent validity and norm values in the general population. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 71 (7), pp. 284-293. DOI: 10.1055/a-1343-2396.
- Stovell, D.; Morrison, A. P.; Panayiotou, M.; Hutton, P. (2016): Shared treatment decision-making and empowerment-related outcomes in psychosis: systematic review and meta-analysis. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 209 (1), pp. 23-28. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.158931.
- Tabol, C.; Drebing, C.; Rosenheck, R. (2010): Studies of "supported" and "supportive" housing: a comprehensive review of model descriptions and measurement. In: *Evaluation and programme planning* 33 (4), pp. 446-456. DOI: 10.1016/j.evalprogplan.2009.12.002.
- Thompson, C. T.; Vidgen, A.; Roberts, N. P. (2018): Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. In: *Clinical psychology review* 63, pp. 66-79. DOI: 10.1016/j.cpr.2018.06.006.
- Troup, J.; Lever Taylor, B.; Sheridan Rains, L.; Broeckelmann, E.; Russell, J.; Jeynes, T. et al. (2022): Clinician perspectives on what constitutes good practice in community services for people with complex emotional needs: A qualitative thematic meta-synthesis. In: *PLoS one* 17 (5). DOI: 10.1371/journal.pone.0267787.
- Tryon, G. S.; Birch, S. E.; Verkuilen, J. (2018): Meta-analyses of the relation of goal consensus and collaboration to psychotherapy outcome. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), pp. 372-383. DOI: 10.1037/pst0000170.
- Turner, D. T.; Burger, S.; Smit, F.; Valmaggia, L. R.; van der Gaag, M. (2020): What Constitutes Sufficient Evidence for Case Formulation-Driven CBT for Psychosis? Cumulative Meta-analysis of the Effect on Hallucinations and Delusions. In: *Schizophrenia bulletin* 46 (5), pp. 1072-1085. DOI: 10.1093/schbul/sbaa045.

- Tyrer, P.; Mulder, R.; Kim, Y.-R.; Crawford, M. J. (2019): The Development of the ICD-11 Classification of Personality Disorders: An Amalgam of Science, Pragmatism, and Politics. In: *Annual review of clinical psychology* 15, pp. 481-502. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095736.
- van Bronswijk, S.; Moopen, N.; Beijers, L.; Ruhe, H. G.; Peeters, F. (2019): Effectiveness of psychotherapy for treatment-resistant depression: a meta-analysis and meta-regression. In: *Psychol. Med.* 49 (3), pp. 366-379. DOI: 10.1017/S003329171800199X.
- Wasmuth, S.; Wilburn, V. G.; Hamm, J. A.; Chase, A. (2021): Comparing narrative-informed occupational therapy in adult outpatient mental health to treatment as usual: A quasi-experimental feasibility study with preliminary treatment outcomes. In: *Occupational therapy in mental health* 37 (1), pp. 56-71. DOI: 10.1080/0164212x.2020.1845276.
- Wei, Y.; Chen, S. (2021): Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. In: *Psychological trauma: theory, research, practice and policy* 13 (8), pp. 877-884. DOI: 10.1037/tra0000922.
- Wendt, L. P.; Engesser, D.; Dotzauer, L.; van Haaren, Y.; Benecke, C.; Singer, S.; Zimmermann, J. (2024a): Guideline mapping of LL-SBPF - diagnostics, therapy and rehabilitation of patients with severe impairment of personality functions. Available online at <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/Q2FKJ>.
- Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr.
- Wendt, L. P.; Wright, A. G. C.; Pilkonis, P. A.; Nolte, T.; Fonagy, P.; Montague, P. R. et al. (2019): The latent structure of interpersonal problems: Validity of dimensional, categorical, and hybrid models. In: *Journal of abnormal psychology* 128 (8), pp. 823-839. DOI: 10.1037/abn0000460.
- WHO (2022): International Classification of Diseases Eleventh Revision. (ICD-11). Geneva. Available online at <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>, last checked on 08/08/2023.
- Widiger, T. A.; Bach, B.; Chmielewski, M.; Clark, L. A.; DeYoung, C.; Hopwood, C. J. et al. (2019): Criterion A of the AMPD in HiTOP. In: *Journal of personality assessment* 101 (4), pp. 345-355. DOI: 10.1080/00223891.2018.1465431.
- Wiegand, H. F.; Saam, J.; Marschall, U.; Chmitorz, A.; Kriston, L.; Berger, M. et al. (2020): Challenges in the Transition from In-Patient to Out-Patient Treatment in Depression. In: *Deutsches Arzteblatt international* 117 (27-28), pp. 472-479. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0472.
- Wietersheim, J. von; Seitz, B.; Rottler, E.; Köppelmann, N.; Gündel, H. (2021): Effort, success and failure in the search for an outpatient psychotherapy place - results of a prospective study. In: *Gesundheitswesen (Federal Association of Physicians of the Public Health Service (Germany))* 83 (1), pp. 40-46. DOI: 10.1055/a-1005-6958.
- Woll, C. F. J.; Schönbrodt, F. D. (2020): A Series of Meta-Analytic Tests of the Efficacy of Long-Term Psychoanalytic Psychotherapy. In: *European Psychologist* 25 (1), pp. 51-72. DOI: 10.1027/1016-9040/a000385.

Zettl, M.; Volkert, J.; Vögele, C.; Herpertz, S. C.; Kubera, K. M.; Taubner, S. (2020): Mentalisation and criterion a of the alternative model for personality disorders: Results from a clinical and nonclinical sample. In: *Personality disorders* 11 (3), pp. 191-201. DOI: 10.1037/per0000356.

Zimmermann, J.; Hopwood, C. J.; Krueger, R. F. (2023): The DSM-5 level of personality functioning scale. In: Krueger, R. F. and Blaney, Paul, H. (eds.): *Oxford Textbook of Psychopathology* 4th ed.

Zimmermann, J.; Müller, S.; Bach, B.; Hutsebaut, J.; Hummelen, B.; Fischer, F. (2020): A Common Metric for Self-Reported Severity of Personality Disorder. In: *Psychopathology* 53 (3-4), pp. 168-178. DOI: 10.1159/000507377.

Zimmermann, J.; Witthöft, M.; Cicero, D. C.; Forbes, M. K.; Hopwood, C. J.; Kotov, R. et al. (2024): Hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): a new model for describing mental health problems. DOI: 10.31234/osf.io/kp8yx .

Guideline report

S3- Guideline Diagnostics, therapy and rehabilitation of patients with severe impairment of personality functioning

Version 1.0

Keywords (German): Persönlichkeitsfunktionen, Leitlinie, Versorgung

Keywords (English): Personality Functioning, Guideline, Health care

The project on which this publication is based was funded by the Innovation Committee of the Federal Joint Committee under the funding code 01VSF21013.

Date of the last content revision: 24.07.2024

Valid until: 24.07.2029

The long and short versions of the guideline can be found at:
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001>

Contents

Guideline report S3- Guideline Diagnostics, therapy and rehabilitation of patients with severe impairment of personality functioning	1
1. Scope and purpose	8
1.1. Justification for the selection of the guideline topic.....	8
1.2. Goal orientation of the guideline	8
1.3. Target population (e.g. patients, population)	8
1.4. Areas of care.....	9
1.5. User target group/addressees.....	9
2. Composition of the guideline group: participation of interest groups	9
2.1. Representativeness of the guideline group: professional groups involved	9
Developing group	9
Professional societies	10
Steering group	12
2.2. Representativeness of the guideline group: Consideration of the views and preferences of the target population (e.g. patients/population).....	13
3. Accuracy of guideline development.....	13
3.1. Research, selection and evaluation of scientific evidence (evidence-base)	13
3.1.1. Formulation of clinically relevant questions, prioritization of endpoints	13
Key questions with systematic literature research	13
Key questions without systematic literature research.....	14
Care context	15
Expert survey.....	15
3.1.2. Systematic research.....	16
Guidelines	16
Systematic search.....	17
3.1.3. Selection of publications to be evaluated	22
Key questions 1-5	22
Key question 9	25
Key question 11	26
3.1.4. Critical evaluation of the evidence and preparation of evidence summaries	27
Quality assessment criteria	27
Evidence tables.....	31
3.1.5. Linking evidence and recommendation	119
3.2. Formulation and graduation of recommendations and structured consensus building	119
3.2.1. Structured consensus building: procedure and implementation	119
1st consensus conference	119

2nd consensus conference	120
3rd consensus conference.....	120
Procedure	122
3.2.2. Consideration of benefits, side effects and risks.....	122
3.2.3. Formulation of recommendations and assignment of evidence and/or recommendation grades	122
4. External review and approval.....	123
4.1. External assessment	123
4.2. Adoption by the boards of the issuing professional societies.....	123
Special votes	123
5. Editorial independence	137
5.1. Financing of the guideline	137
5.2. Disclosure of interests and handling of conflicts of interest.....	137
Guideline-specific definition and classification of conflicts of interest.....	137
Digital health applications.....	137
Psychotherapy methods, forms of treatment.....	137
Psychotherapy	137
Concept of the guideline	138
Disclosure of conflicts of interest.....	139
6. Dissemination and implementation	139
6.1. Concept for dissemination and implementation	139
6.2. Supporting materials for the application of the guideline	140
6.3. Discussion of possible facilitating and hindering factors for the application of the guideline	140
6.4. Measurement criteria for evaluating the process and/or outcome quality of the guideline: quality objectives, quality indicators.....	140
7. Validity period and updating procedure	143
7.1. Date of the last content revision and status	143
7.2. Updating procedure	143
Appendix.....	144
Bibliography.....	254

List of tables

Table 1: Composition of the developing group.....	10
Table 2: Composition of the steering group.....	12
Table 3: Number of hits in the systematic literature search for key questions 1-5 - Abstract screening	19
Table 4: Number of hits in the systematic literature search for key questions 1-5 - Full-text screening	20
Table 5: Number of hits in the systematic literature search for key question 9 - Abstract screening..	21
Table 6: Number of hits in the systematic literature search for key question 9 - Full-text screening..	21
Table 7: Number of hits in the systematic literature search for key question 11 - Abstract screening	22
Table 8: Number of hits in the systematic literature search for key question 11 - Full-text screening	22
Table 9: Evidence table for key question 1 – outcome: functioning - comparison with treatment as usual	32
Table 10: Evidence table for key question 1 - outcome: functioning - comparison with active control group	33
Table 11: Evidence table for key question 1 - outcome: disorder-specific symptoms - comparison with treatment as usual	34
Table 12: Evidence table for key question 1 - outcome: disorder-specific symptoms - comparison with active control group	41
Table 13: Evidence table for key question 1 - outcome: disorder-specific symptoms - comparison with inactive control condition	49
Table 14: Evidence table for key question 1 - outcome: utilization of healthcare system - comparison with treatment as usual	52
Table 15: Evidence table for key question 2 - outcome: functional capacity - comparison with waiting list	55
Table 16: Evidence table for key question 2 - outcome: disorder-specific symptoms - comparison with waiting list	57
Table 17: Evidence table for key question 2 - outcome: disorder-specific symptoms - comparison with transcranial magnetic stimulation.....	59
Table 18: Evidence table for key question 2 - outcome: disorder-specific symptoms - comparison with dialectical behavior therapy.....	60
Table 19: Evidence table for key question 2 - outcome: health-related quality of life - comparison with transcranial magnetic stimulation.....	64
Table 20: Evidence table for key question 3 - outcome: psychosocial functioning - comparison with standard care.....	66
Table 21: Evidence table fo key question 3 - outcome: subjective quality of life - comparison with standard care.....	67
Table 22: Evidence table for key question 3 - outcome: change in symptoms - comparison with standard care.....	69
Table 23: Evidence table for key question 3 - outcome: treatment adherence - comparison with standard care.....	72
Table 24: Evidence table for key question 3 - outcome: frequency of inpatient treatment - comparison with standard care.....	73
Table 25: Evidence table for key question 4 - outcome: social functioning - comparison with support in own home.....	75
Table 26: Evidence table for key question 4 - outcome: admission to psychiatric hospital - comparison with support in own home	77

Table 27: Evidence table for key question 4 - outcome: psychopathological symptom severity - comparison with support in the patient's own home.....	79
Table 28: Evidence table for key question 4 - outcome: quality of life - comparison with support in own home.....	81
Table 29: Evidence table for key question 5 - outcome: functioning - comparison with standard care	84
Table 30: Evidence table for key question 5 - outcome: mental quality of life - comparison with standard care.....	86
Table 31: Evidence table for key question 5 - outcome: employment status - comparison with standard care.....	87
Table 32: Evidence table for key question 9 - patient and family experiences with early intervention services.....	90
Table 33: Evidence table for key question 9 - patients' experiences with psychotherapy for self-harm	91
Table 34: Evidence table for key question 9 - clinicians' experiences in dealing with patients with severe impairment of personality functioning.....	93
Table 35: Evidence Table for key question 9 - Effect of Shared Decision Making on Therapeutic Relationship.....	95
Table 36: Evidence table for key question 9 - Interpersonal dynamics and therapeutic relationship .	96
Table 37: Evidence table for key question 9 - self-opening and immediacy.....	97
Table 38: Evidence table for key question 9- impact factor target consensus and cooperation.....	98
Table 39: Evidence table for key question 9 - impact factor expectations of the treatment outcome	100
Table 40: Evidence table for key question 9 - impact factor empathy	102
Table 41: Evidence table for key question 9 - impact factor positive appreciation.....	104
Table 42: Evidence table for key question 9 - impact factor real relationship	106
Table 43: Evidence table for key question 9 - impact factor countertransference management	108
Table 44: Evidence table for key question 9 - impact factor alliance and repair of alliance ruptures	110
Table 45: Evidence table for key question 11, recommendation 1.1	115
Table 46: Evidence table for key question 11, recommendation 1.2	116
Table 47: Evidence table for key question 11, recommendation 1.3	118
Table 48: Summary of conflict of interest management.....	139
Table 49: Measurement criteria for the implementation of the guideline.....	142
Table 50: Professional societies invited to participate (n=49)	144
Table 51: Participating professional societies and elected mandate holders.....	147
Table 52: Syntax search strategy key question 1	149
Table 53: Syntax search strategy key question 2 (systematic reviews/meta-analyses)	155
Table 54: Syntax search strategy key question 2 (de novo search)	162
Table 55: Syntax search strategy key questions 3+5.....	170
Table 56: Syntax search strategy key question 4	178
Table 57: Syntax search strategy key question 9	187
Table 58: Syntax search strategy key question 11	190
Table 59: Key question-specific inclusion and exclusion criteria	191
Table 60: Information on evidence key question 1.....	202
Table 61: Information on evidence key question 2.....	211
Table 62: Information on evidence key question 3.....	215
Table 63: Information on evidence key question 4.....	216
Table 64: Information on evidence key question 5.....	219

Table 65: Information on evidence key question 9.....	221
Table 66: Information on evidence key question 11.....	227
Table 67: Comments Consultation phase.....	232
Table 68: Summary of declarations of conflicts of interest	240

List of figures

Figure 1: Conceptual facilitating (green) and hindering (red) factors.....	140
Figure 2: Flowchart hit numbers key question 1.....	195
Figure 3: Flowchart number of hits key question 2.....	196
Figure 4: Flowchart hit numbers key question 2 de novo search	197
Figure 5: Flowchart hit numbers key question 3 and 5.....	198
Figure 6: Flowchart number of hits key question 4.....	199
Figure 7: Flowchart hit numbers key question 9.....	200
Figure 8: Flowchart number of hits key question 11.....	201

List of abbreviations

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (a list of all professional societies in German and English can be found in table 50)
CERQual	Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
HiTOP	Hierarchical taxonomy of psychopathology
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

1. Scope and purpose

1.1. Justification for the selection of the guideline topic

From January 2022, a new standard in the diagnosis of personality disorders will apply as ICD-11 comes into effect. In ICD-11, the system of categorical diagnoses will be replaced by a dimensional system, similar to DSM-5 Part III. This guideline is also intended to establish the diagnosis and treatment of severe impairments of personality functions in the sense of DSM-5.

1.2. Goal orientation of the guideline

The overarching aim of the guideline is to improve the care of patients with severe impairment of personality functioning.

The specific objectives of the guideline are

- the conception of a diagnostic that takes dimensional approaches into account while aiming to determine the presence of severe impairment of personality function.
- the development of recommendations for needs-based and, if necessary, cross-sectoral treatment.

The general benefit of the guideline for psychotherapeutic and psychiatric care is the provision of decision-making aids for patients with severe impairment of personality functions that meet current standards. The guideline shows how the existing evidence is to be evaluated from a dimensional point of view and which recommendations result from this for the diagnostics and treatment of these patients.

Patients with severe impairment of personality functions should benefit from the guideline by receiving access and needs-based care through accurate diagnostics.

1.3. Target population (e.g. patients, population)

The guideline refers to adult (≥ 18 years) patients of any gender with severe impairment of personality functions. The degree of severity is important here, as mild or temporary impairments are not addressed by the guideline. Personality functions include basic mental abilities that are needed to cope with a wide range of life demands (Bender et al. 2011). The DSM-5 divides personality functions into the areas of the self (identity and self-direction) and interpersonal relationships (empathy and intimacy), which can be regarded as stable core components of the intrapsychic system (Sharp and Wall 2021). Disorders in personality functioning can be both a general risk or vulnerability factor and a consequence of mental illness, which is often associated with increased comorbidity and chronicity (Sharp and Wall 2021; Zimmermann et al. 2023).

Due to the novelty of the personality functioning construct and the tendency in clinical research to focus on categorical diagnostic systems, there is not yet a sufficient evidence base of intervention studies that explicitly focus on populations with severe personality functioning impairment. This guideline addresses this research gap by estimating the expected proportion of individuals with severe impairment of personality functioning in established diagnostic categories and using populations with a particularly high expected proportion of severe impairment of personality functioning as a surrogate. However, this carries the risk that the effects observed in such surrogate populations are partly related to the specific characteristics and therefore cannot be generalized without restriction to the actual target population of the guideline. The generalizability is therefore supported by the consideration of a large number of heterogeneous diagnostic categories, so that irrelevant specific proportions of the surrogate populations are leveled out.

Persons with dementia or intellectual disability as well as children and adolescents are not part of the target population of this guideline.

1.4. Areas of care

The guideline applies to outpatient psychotherapeutic and psychiatric care. This includes not only treatment in psychotherapeutic or psychiatric practices, but also home care and explicitly also the interaction of different professions (psychotherapists, psychiatrists, occupational therapists, nurses, social workers) in cross-sectoral care.

1.5. User target group/addressees

The guideline provides recommendations for the diagnosis and treatment of patients with severe impairments of personality functioning and is therefore aimed at doctors of psychiatry and psychotherapy, doctors of psychosomatic medicine and medical psychotherapy as well as psychological psychotherapists, occupational therapists, social workers, general practitioners, nursing staff, patients and their relatives. All of the target groups mentioned were involved in the creation of the guideline.

2. Composition of the guideline group: participation of interest groups

2.1. Representativeness of the guideline group: professional groups involved

Developing group

The developing group consists of scientists from the University of Kassel (guideline coordination, diagnostics) and the University Medical Center of the Johannes Gutenberg University Mainz (methodology, guideline secretariat).

Table 1: Composition of the developing group

Prof. Dr. Cord Benecke	Professor of Clinical Psychology and Psychotherapy
	University of Kassel
	Guideline coordination
	Scientific collaboration: M.Sc.-Psych. Yannik van Haaren
Prof. Dr. Susanne Singer	Professor of Epidemiology and Health Services Research
	University Medical Center of Johannes Gutenberg University Mainz
	Evidence-base, methodology, guideline secretariat
	Scientific collaboration: M.Sc.-Psych. Lena Dotzauer, M.Sc. Deborah Engesser, Dr. Katherine J. Taylor
Prof. Dr. Johannes Zimmermann	Professor of Differential and Personality Psychology
	University of Kassel
	Head of Differential Psychology, Diagnostics
	Scientific collaboration: M.Sc.-Psych. Leon Wendt

Professional societies

A total of 49 professional societies were contacted by post or email and were invited to collaborate on the guideline. The professional societies were asked to nominate a mandate holder and, if applicable, a deputy by March 1, 2021. The date of the kick-off meeting was also communicated.

The professional societies contacted in December 2021 included all those listed with the AWMF under the keyword "Psychosocial Subjects"

(<https://www.awmf.org/fachgesellschaften/mitgliedsgesellschaften.html> (as of 03.01.2022)) with the exception of the professional societies that only deal with children and adolescents, as the guideline is aimed at adults. The Deutsche Gesellschaft für Epileptologie e.V., the Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie e.V. and the Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. were also not contacted, as the diseases or treatment situations these professional societies deal with do not correspond to the patients addressed in the guideline. The list of professional societies to be contacted was supplemented in consultation with the lead professional society (DGPT), the guideline coordinator and the guideline secretariat to include other specialist societies that seemed appropriate and important in terms of content, but which are not members of the AWMF (e.g. occupational therapists, psychiatric nursing). Furthermore, the Bundespsychotherapeutenkammer (BpTK) was contacted after consultation with the AWMF. In January 2023, the Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) and the Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) were also contacted by the guideline coordinators. At the steering group meeting on March 22, 2022, it was decided to continue contacting the Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie (DGPs). After the kick-off meeting, the Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG), the Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP e.V.), the Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE), the Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische

Therapien e. V. (BAG KT), the Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.(BApK), the Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG), the Deutsche Arbeitskreis für Konzentrative Bewegungstherapie e.V. (DAKBT), and individual experts from the DDPP e.V. (Christiane Montag, Dorothea Haebler, Günter Lempa) were contacted. The complete list of the professional societies contacted can be found in Table 50 in the Appendix.

A total of 33 professional societies nominated one or more mandate holders. A list of all mandate holders can be found in Table 51 in the Appendix.

All addressees of the guideline are represented by mandate holders of the participating professional societies:

Doctors for psychiatry and psychotherapy

- Dachverband deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.

Doctors for psychosomatic medicine and medical psychotherapy

- Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V.

(Psychological) psychotherapists

- Bundespsychotherapeutenkammer
- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.
- Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V.
- Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/Psychodynamische Psychotherapie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V., Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie
- Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft e.V.
- Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V.
- Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V.
- Systemische Gesellschaft - Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V.

Social workers

- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.

General practitioners

- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.

Nursing staff

- Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V.

Occupational therapists, art therapies

- Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V.
- Deutscher Verband Ergotherapie e.V.

Patients and relatives

- Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.
- Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.

Multidisciplinary professional societies

- Arbeitsgemeinschaft Psychodynamischer Professorinnen und Professoren e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation e.V.
- Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen e.V.

Steering group

People with different areas of expertise were also represented in the steering group:

Table 2: Composition of the steering group

Dipl.-Psych. Georg Schäfer	Leading professional society
Prof. Dr. Cord Benecke	Guideline coordination
Prof. Dr. Susanne Singer	Evidence-base, methodology, Secretariat
Dipl.-Psych. Jürgen Matzat	Patient perspective
Dr. Christian Dürich	Outpatient psychotherapy
Prof. Dr. Johannes Kruse	Psychosomatic medicine
Prof. Dr. Johannes Zimmermann	Differential psychology, diagnostics
Prof. Dr. Sabine Herpertz	Psychiatry and psychotherapy
Hauke Felix Wiegand MD/PhD	Psychiatric care research
Jacqueline Rixe	Psychiatric care
Prof. Dr. Reinhard Lindner	Social work
Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers	Medical psychotherapy

At the steering group meeting on March 22, 2022, it was considered that behavioral therapy should be even more strongly represented. Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers was therefore initially appointed to the steering group, but he withdrew his mandate for personal reasons in June 2022. His professional society was contacted several times and asked to name alternative contacts, but this did not happen. He was able to resume his work in the steering group in April 2023.

2.2. Representativeness of the guideline group: Consideration of the views and preferences of the target population (e.g. patients/population)

Patients and relatives were represented in the guideline group by three people.

Jürgen Matzat was already involved as a cooperation partner during the project development and application process and was also active both as a voting mandate holder for the Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen and as a member of the steering group.

Jurand Daszkowski and Kaveh Tarbiat were each active as mandate holders for the Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. and the Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. respectively.

The mandate holders contributed the views of patients and relatives, particularly during the discussions at the consensus conferences. As a result, appropriate adjustments were made to the recommendations, and additions were made to the background texts.

3. Accuracy of guideline development

3.1. Research, selection and evaluation of scientific evidence (evidence-base)

3.1.1. Formulation of clinically relevant questions, prioritization of endpoints

For the evidence research, key questions were drafted by the development group, revised by the steering group and then discussed and agreed by the mandate holders.

Key questions with systematic literature research

A systematic literature review was carried out for the following key questions:

Key question 1:

Do patients with severe impairment of personality functioning who receive outpatient psychotherapy have a better outcome than those who receive an unspecified control condition?

This question was answered with regard to two criteria: Dose/duration/frequency of treatment and treatment as individual/group therapy or both.

This question was answered on the basis of studies with forms of psychotherapy that are billable as health insurance benefits in Germany.

Key question 2:

Do patients with severe impairment of personality functioning who receive online interventions without continuous face-to-face medical-therapeutic support have a worse outcome than those who receive an unspecified control condition?

Key question 3:

Do patients with severe impairment of personality functioning who receive coordinated outpatient and inpatient care have a better outcome than those who receive an unspecified control condition?

Key question 4:

Do patients with severe impairment of personality functioning who live under one roof in

"special forms of housing" have a better outcome than those who receive an unspecified control condition?

In order to adequately reflect the reality of care in Germany and to avoid difficulties with the transferability of international studies to the German care context, this question was answered on the basis of studies conducted in Germany.

Key question 5:

Do patients with severe impairment of personality functioning who receive outpatient coordinated care have a better outcome than those who receive an unspecified control condition?

"Unspecified control condition" here means that no specific comparison group was defined. Instead, the study results were reported separately according to the comparison groups available in the studies. Similarly, the unspecified "outcome" means that the study results are reported separately according to the outcomes investigated in the studies. For this purpose, relevant outcomes were defined for each key question and prioritized by the mandate holders (see 3.1.3).

The following two key questions were systematically researched by the working groups.

Key question 9:

Do patients with severe impairment of personality functioning who have a regular mental health care professional have a better outcome than those who do not?

Working group leader: Prof. Dr. Susanne Singer

Collaboration: Dr. Wolfgang Dillo, Benedikt Waldherr, Prof. Dr. Wolfgang Milch, Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers, PD Dr. Christiane Montag, Prof. Dr. Dorothea von Haebler, Jacqueline Rixe

Key question 11:

Does dimensional diagnostics have an advantage over non-dimensional diagnostics for patients and/or providers (e.g. better doctor-patient communication, greater satisfaction with treatment, reduced experience of stigmatization)?

Working group leader: Prof. Dr. Johannes Zimmermann and Leon Wendt, M.Sc.

Collaboration: Prof. Dr. Thomas Kubiak, Prof. Dr. Sabine C. Herpertz, Prof. Dr. Gabriele Helga Franke, Karsten Giertz

[Key questions without systematic literature research](#)

Further key questions were not systematically researched; instead, the recommendations were developed based on narrative reviews by working groups consisting of mandate holders with expertise in the individual subject areas. To this end, the mandate holders were asked on the 12 and 24 October, 2022, to assign themselves to the various key questions.

Key question 6:

Do patients with severe impairment of personality functioning who receive outpatient support have a better outcome than those who receive an unspecified control condition?

Working group leader: Jacqueline Rixe, M.Sc. and Prof. Dr. Sabine Weißflog

Collaboration: Cornelia Schumacher, Hannah Eversmann, Prof. Dr. Judith Ommert, Karsten Giertz, Claudia Engel-Diouf, Jurand Daszkowski

(Initially, there were separate key questions on outreach care, psychosocial care and outpatient psychiatric care. Due to overlapping content, these questions were combined on

27 September, 2022, in consultation with Jacqueline Rixe and Prof. Dr. Sabine Weißflog to form the key question on outpatient care).

Key question 7:

Is psychotherapy with a treatment contract more effective for patients with severe impairment of personality functioning than without a treatment contract?

Working group leader: Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter

Collaboration: Prof. Dr. Klaus Michael Reininger, Jurand Daszkowski, Karsten Giertz, Dr. Judith Siegl

Key question 8:

When should patients with severe impairment of personality functioning be admitted as (partial) inpatients? Working group leaders: Prof. Dr. Carsten Spitzer, Hauke Felix Wiegand MD/PhD, Prof. Dr. Johannes Kruse

Collaboration: Dr. Wolfgang Kupsch, Dr. Christian Dürich, Prof. Dr. Katja Wingenfeld, Dr. Eva Fassbinder

Collaboration: Dr. Wolfgang Kupsch, Dr. Christian Dürich, Prof. Dr. Katja Wingenfeld, Dr. Eva Fassbinder

Key question 10:

Do patients with severe impairment of personality functioning who receive long-term/continuous general practice care have a better outcome than those who do not receive consultations?

Working group leaders: Olaf Reddemann and Dr. Thomas Steger

Collaboration: Prof. Dr. Beate Muschalla, Prof. Dr. Reinhard Lindner, Kaveh Tarbiat

Key question 12:

Are there indications for psychopharmacological therapy in cases of severe impairment of personality functioning and if so, which ones?

Working group leader: Hauke Felix Wiegand MD/PhD

Collaboration: Dr. Christian Dürich

There were no objections from the AWMF (Dr. Monika Nothacker) to the participation of both a mandate holder and his/her deputy in the working groups.

Care context

The questions are embedded in the care context by taking the complex treatment needs of this patient group into account. This is implemented by examining the treatment by different professions and the potential for cooperation between different professions in questions 3, 4, 5, 6, 8, 9 and 10.

The focus of the examination of certain forms of care was on psychotherapy with questions 1 and 7 and less on drug treatment (question 12). On the other hand, with questions 2 and 11, the guideline also refers to current trends and innovations in care as well as new scientific findings on diagnostics.

Expert survey

As part of the guideline, an online survey was also conducted among 346 professionals from the field of mental healthcare, including specialists in psychosomatic medicine and psychotherapy, psychiatry and psychotherapy, psychological psychotherapists, psychotherapists in training and professionals from related fields such as social work, art therapy, occupational therapy, systemic therapy and nursing (Wendt et al. 2024b). The aim of this survey for the guideline was to estimate the distribution of impairments of personality functions in patients for certain diagnostic categories in order to enable a "translation" and at the same time to empirically

validate the selection of the target populations as part of the systematic literature research on key questions 1-5 and 9.

The professionals provided information on their demographic data, their professional experience and at least one (current or former) patient. Recruitment took place on a voluntary basis via e-mail distribution lists of German professional societies in the field of mental health care and state-recognized psychotherapeutic training institutions.

The professionals were presented with 38 diagnostic categories of mental and behavioral disorders according to ICD-10 (and in some cases ICD-11) and were asked to select a patient for at least one randomly chosen diagnostic category whom they knew well from their clinical work and who was highly likely to meet the diagnostic criteria. This patient was then described, among other things, with regard to the impairment of personality functions at the start of treatment using the German-language short form of the Level of Personality Functioning Scale. In addition, questions were asked about the course of treatment and other treatment-relevant characteristics such as prognosis and actual and optimal treatment components.

Categorical diagnoses to describe patients were included if severe impairment of personality functioning was assumed or their prevalence rate in Germany was substantial (Jacobi et al. 2014). When selecting the persons to be described, the professionals were free to choose between patients for whom the diagnosis was made as a primary or secondary diagnosis, for whom the diagnosis was a suspected diagnosis, for whom the diagnosis was not formally recorded or for whom the diagnostic criteria were no longer met in the course of therapeutic treatment (e.g. due to an improvement in symptoms). The selected patients were then described, with information provided on demographics, personality functioning level, (optimal) treatment decisions and treatment outcomes (e.g. prognosis, optimal treatment modalities).

After the complete description of a patient, the professionals were free to describe any number of other patients in other (randomly selected) diagnostic categories. A total of 1403 patients were described by the 346 professionals.

3.1.2. Systematic research

Guidelines

In consultation with the AWMF, international guidelines were not searched. Instead, all topic-relevant guidelines listed in the AWMF guideline register were taken into account. To this end, the content and limitations of related S2 and S3 guidelines were first discussed at a meeting of the development group on July 20, 2022.

Guidelines that were presented and discussed are:

- 038 - 009, Schizophrenia
- 038 - 015, Borderline personality disorder, planned completion 31 March, 2021
- 038 - 017, Obsessive-compulsive disorders
- 038 - 019, Diagnosis and therapy of bipolar disorders
- 038 - 020, Psychosocial therapies for severe mental illnesses
- 038 - 022, Prevention of coercion: prevention and therapy of aggressive behavior in adults
- 051 - 028, Anxiety disorders
- 051 – 030, Depersonalization-derealization syndrome, diagnosis and treatment
- Nvl – 005, National care guideline for depression (as of 30 June, 2022)
- 051 – 001, Functional body complaints

In addition, the authors of the S3 guideline "Psychosocial therapies for severe mental illness" were contacted for consultation and several detailed discussions took place. Our key questions were passed on to them.

After their meeting on the 20 July., 2022, the development group decided that

1. all recommendations and statements of the related guidelines should be extracted and assigned to our key questions
2. further guidelines from the AWMF register should be included.

The AWMF guideline register was then searched again. All guidelines that indicated a possible thematic reference to severe impairment of personality functioning were included and their recommendations and statements extracted. From this, a "guideline mapping" (Wendt et al., 2024a) was created to provide an overview of the recommendations contained therein. For this purpose, the recommendations were listed in an Excel table. Each recommendation was checked for relevance to the key questions. In addition, the recommendations were categorized according to their characteristics (diagnosis, publication date, level of recommendation) and their relevance to various criteria (e.g. participatory decision-making, comorbidity, somatic therapy procedures).

The Excel spreadsheet was made available to all working groups.

The guidelines included in the guideline mapping are:

- S3 Guideline Schizophrenia
- S3 Guideline Borderline Personality Disorder
- S3 Guideline Psychosocial therapies for severe mental disorders
- S3 Guideline on the diagnosis and treatment of bipolar disorders
- National Care Guideline Unipolar Depression
- S2k Guideline for the diagnosis and treatment of depersonalization-derealization syndrome
- S3 Guideline Functional Body Complaints
- S3 Guideline treatment of anxiety disorders
- S3 Guideline "Prevention of coercion: prevention and treatment of aggressive behavior in adults"
- S3 Guideline Obsessive-Compulsive Disorder
- S3 Guideline on the diagnosis and treatment of eating disorders
- S3 Guideline ADHD in children, adolescents and adults
- S3 Guideline Screening, diagnosis and treatment of alcohol-related disorders
- S3 Guideline Non-restorative sleep/sleep disorders chapter "Insomnia in adults", update 2016
- S3 Guideline Post-traumatic stress disorder
- S3 Guideline Autism Spectrum Disorders in Children, Adolescents and Adults, Part 1: Diagnostics
- S3 Guideline Autism Spectrum Disorders in Children, Adolescents and Adults. Part 2: Therapy

Systematic search

First, key questions 1-5 were systematically researched as described below. As the research for all five key questions was developed jointly, they are also described together below in order to avoid redundancies.

At the consensus conference on February 14, 2024, it was decided on the advice of the AWMF that Working Groups 9 and 11 should also systematically research key questions 9 and 11 retrospectively. They are therefore described separately from key questions 1-5 below. The research for key question 9 was based on the research for key questions 1-5. Key question 11 was also based on key questions 1 to 5, but the procedure for research, description and evidence grading had to be adapted in some respects. The background to this is that the methods

designed for intervention studies (e.g. PICO scheme, GRADE criteria) are only transferable to research on diagnostic instruments to a very limited extent. This usually follows separate approaches.

Key questions 1-5

Databases

The search for key questions 1, 2, 3 and 5 was conducted in the PubMed/MEDLINE, Cochrane, Web of Science and PsycInfo databases.

For key question 4 and the de novo search for key question 2 (see 3.1.3 Study designs), the bibnet and Psynindex databases were also searched. As this search did not yield any clearly applicable studies for key question 4. The references of all applicable studies after the abstract screening were also searched here.

Development of the search strategy

To prepare the search strategy, the keyword database "MeSH" of the PubMed database was reviewed and relevant terms for patients and interventions were extracted. Subsequently, relevant publications were screened in PubMed and their keywording was checked for consistency with the keywords already found in the first step. Furthermore, relevant synonyms for patient characteristics and interventions were identified.

The search strategy was first developed in PubMed and then translated for the other databases. The complete syntax can be found in Tables 52-56 in the Appendix. Filters were applied to the search to exclude publications related to children (filters from (Ket et al. 2019; Leclercq et al. 2013)) and to limit the search to systematic reviews and meta-analyses (filter from Salvador-Oliván et al. 2021; CADTH Search Filters Database 2022).

For key question 4, a filter according to Pieper et al. 2015 was used to identify German studies. An additional 16 publications were contributed by the expert group on social work.

For the de novo search at an individual study level for key question 2, the search strategy was adapted by formulating the lack of medical/therapeutic support more specifically in the syntax. The German databases were specifically searched for "digital health applications", which by definition are unaccompanied.

Key questions 3 and 5 were searched together with a search strategy and a differentiation according to outpatient or outpatient-inpatient coordinated care was only made in the full-text screening, as precise information was required for the differentiation. The search result for key question 4 also contained relevant studies for key questions 3+5. These were used for the full-text screening of key question 3+5. In the same way, if studies relevant to other key questions were included in the search result, these were marked.

A graphical representation of the number of hits can be found in Figures 2-6 in the Appendix.

Table 3: Number of hits in the systematic literature search for key questions 1-5 - Abstract screening

Key question 1 - outpatient psychotherapy	
Search period	01.01.2015 - 31.08.2022
PubMed	515
Cochrane	103
PsycInfo	456
Web of Science	668
Total number	1742
Duplicates	422
non-German/English title	3
Total number minus duplicates	1320
Key question 2 - online interventions without continuous personal medical-therapeutic support (systematic reviews/meta-analyses)	
Search period	01.01.2015 - 31.08.2022
PubMed	84
Cochrane	32
PsycInfo	48
Web of Science	119
Total number	283
Duplicates	71
Total number minus duplicates	212
Key question 2 - online interventions without continuous personal medical-therapeutic support (de novo research of individual studies)	
Search period	01.01.2015 - 01.05.2023
PubMed	12
Cochrane	23
PsycInfo	3
Web of Science	7
bibnet	1
Psyndex	169
Total number	215
Duplicates	30
Total number minus duplicates	185
Key question 3 + 5 - outpatient and inpatient coordinated care + outpatient coordinated care	
Search period	01.01.2015 - 31.08.2022
PubMed	177
Cochrane	33
PsycInfo	172
Web of Science	393
Total number	775
Duplicates	159
Total number minus duplicates	616
Key question 4 - "special forms of housing" under one roof	
Search period	01.01.2015 - 31.08.2022
PubMed	9
Cochrane	0

PsycInfo	9
Web of Science	2
bibnet	0
Psyndex	141
Social work expert group	16
Total number	177
Duplicates	8
Total number minus duplicates	169

Table 4: Number of hits in the systematic literature search for key questions 1-5 - Full-text screening

Key question 1 - outpatient psychotherapy	
Total number of full texts to be screened after abstract screening	352
Applicable studies after full-text screening	13
Key question 2 - online interventions without continuous personal medical-therapeutic support	
Total number of full texts to be screened after abstract screening (systematic reviews/meta-analyses)	71
Applicable studies after full-text screening (systematic reviews/meta-analyses)	0
Total number of full texts to be screened (individual studies)	19
Applicable studies after full-text screening (individual studies)	3
Key question 3 +5 - outpatient and inpatient coordinated care + outpatient coordinated care	
Total number of full texts to be screened after abstract screening	86 + 2 for key question 3+5 relevant studies from the search for key question 4
Applicable studies after full-text screening	3 (of which 2 for key question 5, 1 for key question 3)
Key question 4 - "special forms of housing" under one roof	
Total number of full texts to be screened after abstract screening	21
Applicable studies after full-text screening	0
Screening of all references of the studies in the full-text screening: number of abstracts from references	499
Total number of full texts to be screened after abstract screening of the references	35
Applicable studies after screening the references	2

Key question 9

Databases

Key question 9 was searched in the PubMed/MEDLINE and Web of Science databases.

Development of the search strategy

The search strategy was developed based on the strategies of key questions 1-5, i.e. the search terms for the definition of patients were retained, supplemented by the terms "psychotherapy" and "psychotherapist" in order to achieve a more sensitive search.

The addition terms for the "interventions" were developed on the basis of effective elements of the therapeutic relationship by the "Evidence-based relationships and responsiveness" task force of the American Psychological Association (Norcross & Lambert, 2011; Norcross & Lambert, 2018).

Filters were used in the same way as for key questions 1-5, but only meta-analyses were included.

The search terms can be found in the Appendix, Table 57.

A graphical representation of the number of hits can be found in Figure 7 in the Appendix.

Table 5: Number of hits in the systematic literature search for key question 9 - Abstract screening

Key question 9 - therapeutic relationship	
Search period	01.01.2015 - 17.04.2024
PubMed	23
Web of Science	20
Total number	43
Duplicates	9
non-German/English title	0
Total number minus duplicates	35

Table 6: Number of hits in the systematic literature search for key question 9 - Full-text screening

Key question 9 - therapeutic relationship	
Total number of full texts to be screened after abstract screening	26
applicable meta-analyses after reading the full texts	17

Key question 11

Databases

Key question 11 was searched in the PubMed/MEDLINE, Cochrane, Web of Science and PsycInfo databases.

Development of the search strategy

Synonyms for the personality functions were used as search terms. In addition, the search within the database was limited to reviews and meta-analyses and the publication period 2015 to 2023.

In addition, the primary studies known to the working group from 2023 were included if they had not already been identified in databases as part of the search strategy. The search strategy can be found in Table 58 in the Appendix.

A graphical representation of the number of hits can be found in Figure 8 in the Appendix.

Table 7: Number of hits in the systematic literature search for key question 11 - Abstract screening

Key question 11 - dimensional diagnostics	
Search period	2015-2023
PubMed	19
Cochrane	0
PsycInfo	1
Web of Science	16
Total number	36
Duplicates	13
non-German/English title	0
Total number minus duplicates	23

Table 8: Number of hits in the systematic literature search for key question 11 - Full-text screening

Key question 11 - dimensional diagnostics	
Total number of full texts to be screened after abstract screening	14
Applicable studies after full-text screening	10

3.1.3. Selection of publications to be evaluated

Key questions 1-5

Since the concept of (dimensional) personality functions was only recently introduced in the ICD and DSM, it was foreseeable that the evidence research could not refer to this concept when defining the patients (P in the PICO scheme), but rather to studies that still used categorical diagnostics.

The inclusion and exclusion criteria for the patients (P in the PICO scheme) were therefore defined in the systematic literature search based on ICD and DSM diagnoses. The development group made a proposal for this, which was approved at the kick-off meeting and subsequently supplemented by the steering group.

Inclusion criteria

Target population (P)

Severe impairment of personality functioning is particularly expected in patients with the following diagnosed illnesses:

- Treatment-resistant/chronic depression, double depression
- Severe/complex post-traumatic stress disorder
- Schizophrenia
- Psychotic disorders
- Psychotic affective disorders

- Paranoid disorders
- Personality disorders (all forms)
- Dissociative identity disorders
- Somatization disorders

If an early stage is explicitly mentioned in studies for one of these diseases, it no longer meets the inclusion criteria.

If no duration of illness is reported, severe impairment of personality functioning was assumed for the above-mentioned illnesses (depression without the addition of "treatment-resistant", "chronic" or similar was not counted as severe impairment. Post-traumatic stress disorder was counted as a severe impairment without the addition).

If the study samples consisted of **patients with different diagnoses**, the following procedure was used. Samples with patients with schizophrenia and bipolar disorder were considered applicable. In all other cases, it was calculated whether > 70% of the patients had one of the above-mentioned disorders. If yes, the patient definition was considered applicable.

Patients with several mental illnesses are considered **multimorbid**. Somatically ill patients were also included in the evidence search. People with "only" one mental illness were not considered multimorbid in this guideline.

For key questions 1, 2 and 5, which deal with **outpatient care**, studies whose samples consisted of inpatients or also included inpatients were excluded. If there was no indication of whether they were inpatients or outpatients, the studies were included.

During the screening, further inclusion and exclusion criteria were defined specifically for the individual key questions. These can be found in Appendix Table 59.

It is assumed that the results of the research are transferable (with a certain degree of uncertainty) to persons with a severe impairment of personality functioning. Based on the results of the expert survey (Wendt et al. 2024b) it was determined and presented in the evidence tables which proportion of patients in the included studies can be assumed to have a severe impairment of personality functioning.

Intervention (I)

The definition of the intervention was based on the respective key question.

For reviews that included studies with different interventions, the criterion of > 70 % was applied in the same way as for the target population. To be included, the intervention had to apply to > 70% of the patients in a study.

Comparison condition (C)

"Unspecified control condition" here means that no specific comparison group was defined. Instead, the study results were reported separately according to the comparison groups present in the studies. However, comparisons with an intervention of the same dose/duration/frequency, a pre-post comparison without a control group and comparisons between drug-assisted psychotherapy with psychotherapy only and drug A-assisted psychotherapy with drug B were excluded.

As a limitation, it should be noted here that the titles of the control groups in the included studies were not always comparable or clear-cut. For example, medication was sometimes regarded as "treatment as usual" and sometimes as an "active control group". If there were precise references to the control group in the meta-analyses, the evidence tables indicated what was meant by "treatment as usual" or "active control group" in each case.

Outcomes (O)

Studies that did not report effect estimates or did not report effect estimates separately for different comparison groups were excluded. This did not apply for qualitative studies.

All outcomes that reported effect estimates separately for different treatment groups and - in the case of the meta-analyses for key questions 1 and 5 - contained meta-estimators were extracted from the applicable studies after full-text screening. In an online survey, the mandate holders and the steering group were asked to prioritize the outcomes for key questions 1, 2, 3 and 5 on a scale of importance. The highest prioritized outcomes were then used to create the evidence tables (see below for details).

For key question 4, such a limited number of outcomes were already available after screening so that they did not have to be selected, i.e. all outcomes were used for the evidence tables.

For key questions 1, 2 and 5, the 3 highest-priority outcomes were selected.

These were:

Key question 1:

- Functioning
- Disorder-specific symptoms
- Utilization of the healthcare system

Key question 2:

- Functioning
- Disorder-specific symptoms
- Health-related quality of life

Key question 5:

- Functioning
- Mental quality of life
- Employment status

For the "disorder-specific symptoms", those outcomes from the meta-analyses that were defined as "primary outcomes" were included in the evidence tables. The reasons for this approach were:

- This made it possible to achieve a neutral selection of the sometimes numerous outcomes.
- The "main" symptoms for the respective patient population under investigation were integrated into the evidence tables.
- The most statistically significant results were thereby selected, as the calculation of the number of cases in the meta-analyses on which the studies were based was usually designed for the corresponding outcomes.

As only one individual study was available for each of key questions 3 and 4, all (key question 4) or the 5 highest-priority (key question 3) outcomes were used for the evidence tables:

Key question 3:

- Psychosocial level of functioning
- Subjective quality of life
- Change in the symptoms
- Treatment adherence
- Frequency of inpatient treatment

Key question 4:

- Social functioning level
- Admissions to psychiatric hospital
- Psychopathological symptom severity
- Quality of life

Study design

For key questions 1, 2, 3, and 5, we searched for systematic reviews and meta-analyses from 2015 onwards.

Original studies from 2015 onwards were sought; there was no restriction to specific study designs, but to Germany (see context).

For key question 2, after the initial search, which was limited to systematic reviews and meta-analyses, a de novo search was conducted at the individual study level, as too few hits were obtained in the search for aggregated evidence.

Language

German or English

Context

Outpatient care and cooperation between outpatient and inpatient care.

The guideline focuses on outpatient care and therefore only includes the inpatient sector in the context of cross-sectoral care.

For key question 1 (outpatient psychotherapy), we only included studies that examined psychotherapy procedures billable via health insurance in Germany.

For key question 4 (special forms of housing under one roof), we only included studies carried out in Germany, as it was pointed out by mandate holders with relevant expertise that international studies are difficult to transfer to the German care context.

Exclusion criteria

Target population (P)

The following illnesses do not constitute a severe impairment of personality functioning:

- Dementia,
- Intellectual disability,
- Temporary or mild impairment of personality functions

Selection process

The titles/abstracts and full texts were reviewed by the researcher in Mainz and a research assistant. Two people always voted independently of each other for inclusion or exclusion. Differing assessments were then discussed and a consensus reached.

If there were unresolved issues in reaching a consensus between the two reviewers, a clinical expert opinion was obtained and a consensus reached by involving the scientific staff in Kassel and during the monthly project meetings of the guideline group.

Key question 9

The criteria were largely based on the systematic research of key questions 1-5.

Inclusion criteria

Target population (P)

Analogous to key questions 1-5: Severe impairment of personality functioning is expected in patients with the following diagnosed disorders:

- Treatment-resistant/chronic depression, double depression
- Severe/complex post-traumatic stress disorder
- Schizophrenia
- Psychotic disorders
- Psychotic affective disorders
- Paranoid disorders
- Personality disorders (all forms)
- Dissociative identity disorders
- Somatization disorders

Intervention (I)

The intervention is the therapeutic relationship.

Comparison condition (C)

Analogous to key questions 1-5: "Unspecified control condition" here means that no specific comparison group was defined. Instead, the study results were reported separately according to the comparison groups present in the studies.

Outcomes (O)

As this key question was only systematically researched retrospectively, the outcomes were not prioritized by the mandate holders.

Study design

For key question 9, we searched for systematic reviews and meta-analyses from 2015 onwards.

Language

German or English

Context

This key question was not limited to the German healthcare context.

Exclusion criteria

Target population (P)

Analogous to key questions 1-5: The following illnesses do not constitute a severe impairment of personality functions:

- Dementia,
- Intellectual disability,
- Temporary or mild impairment of personality functions

Selection process

The review of the titles/abstracts and full texts was carried out by the head of Working Group 9. The evaluation of the evidence was carried out in consultation with the scientific staff in Mainz in the same way as for key questions 1-5.

Key question 11

As already mentioned, a slightly different approach to key questions 1-5 was chosen here due to the specifics of research on diagnostic instruments.

Inclusion criteria

Target population (P)

Target populations included both the general population and clinical populations (e.g. patients; treatment seekers), as clinical diagnostics are performed in these populations.

Intervention (I)

Diagnostic instruments can be understood as interventions. The literature search was limited to diagnostic instruments that are suitable for measuring personality functions according to the concept of the Level of Personality Functioning Scale (DSM-5 Part III). Accordingly, only studies that discuss such instruments in the context of this concept were searched for.

Comparison condition (C)

Not applicable.

Outcomes (O)

As this key question was only retrospectively systematically researched, the outcomes were not prioritized by the mandate holders.

Three criteria are considered central for the evaluation of instruments in the field of clinical diagnostics (see e.g. (Mullins-Sweatt and Widiger 2009):

- Validity
- Reliability
- Clinical usefulness

Study design

For search databases: (narrative or systematic) reviews; meta-analyses

For information from the working group: Primary studies (from 2023).

Language

German or English

Context

Not applicable.

Exclusion criteria

Target population (P)

See target population.

Selection process

The review of the titles/abstracts and full texts as well as the evaluation of the evidence was carried out by Working Group 11 in Kassel.

3.1.4. Critical evaluation of the evidence and preparation of evidence summaries

Quality assessment criteria

Key questions 1-5

The evidence assessment for the systematically searched key questions 1-5 was performed according to the GRADE methodology. For key questions 6-12 (with the exception of the subsequent systematic literature search for questions 9 and 11), the working groups were instructed to use Oxford or SIGN for the "translation" of evidence assessments from other guidelines whenever referenced guidelines had been produced using Oxford or SIGN, as a "translation" into GRADE is not possible.

The evidence assessment according to GRADE in the context of the systematically researched key questions 1-5 was carried out by the scientific staff in Mainz using the dual control principle. In order to reach a consensus regarding the procedure for the quality criteria listed below, the scientific staff from Kassel on behalf of the clinical expert consensus, the AWMF or guideline-experienced colleagues in Mainz were consulted. The guideline group was then informed of the specifications.

For the evidence assessment, the quality level was set at "high" or "low" depending on the study design (Meerpohl et al. 2012a) and the extent to which the GRADE criteria "risk of bias" (Meerpohl et al. 2012b), "inconsistency" (Perleth et al. 2012), "indirectness" (Rasch et al. 2012), "Lack of precision" (Kulig et al. 2012), "publication bias" (Nolting et al. 2012) as well as "large effect", "dose-response relationship" and "plausible confounding" (Kien et al. 2013) require an upgrading or downgrading of the level of evidence. With regard to the following criteria, a consensus was reached on the approach described below.

Depending on the available evidence, the Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011), the AMSTAR checklist (Coenen et al. 2013) or the associated GRADE criteria (Meerpohl et al. 2012b) was used. This means:

If the authors had already assessed the included studies using the Cochrane Risk of Bias Tool as part of a meta-analysis (The Cochrane Collaboration 2011) this assessment was used as a decision criterion for possible downgrading. It was downgraded as soon as there was a high risk of bias for at least 1 of the primary studies relevant to the respective outcome.

If no assessment of the included studies was carried out as part of a meta-analysis, the meta-analysis was assessed using the AMSTAR checklist. Here, a downgrade was made if 7 or fewer criteria were met in full.

If it was not a meta-analysis but a primary study, the GRADE criteria for the risk of bias (Meerpohl et al. 2012b) were used.

The following procedure was used with regard to the "**lack of precision**" criterion: If the confidence interval indicated a trivial effect (corresponding to standardized mean difference > -0.2 to < 0.2 (Cohen 1969)), it was downgraded. For example, if the different ends of a confidence interval implied a trivial to small effect, it was downgraded for lack of precision. However, if the confidence interval did not contain a trivial effect, it was not downgraded. If, for example, the two ends of a confidence interval indicated a low to medium effect, no downgrade was made. For the interpretation of effect sizes from meta-analyses, the indicated effect estimates were rounded to one decimal place: between $0 - < 0.2$ were regarded as trivial, between $0.2 - < 0.5$ as small, between $0.5 - < 0.8$ as moderate and ≥ 0.8 as a significant effect (Cohen 1969).

The following procedure was used with regard to the "**inconsistency**" criterion: If more than 50% of the variance between the results of the individual studies within a meta-analysis was due to heterogeneity between the studies (I^2 statistic $> 50\%$), it was downgraded, regardless of the p-value of the test for heterogeneity.

The following procedure was used with regard to the "**publication bias**" criterion: If a test within the study (e.g. funnel plot, Egger's test) showed a clear indication of publication bias, the quality was downgraded. If the results of these tests were ambiguous or contradictory or if no test was carried out, the quality was not downgraded.

Key question 9

For this key question, the criteria were largely defined in the same way as for key questions 1-5. The following changes and additions were made:

- The "**inconsistency**" criterion was only downgraded if the inconsistency was strong (I^2 statistic $>75\%$, based on Higgins (2003) *Measuring inconsistency in meta-analyses*. BMJ, 327(7414), 557-560) and was not controlled by meta-regression or moderator analysis.
- For the "**lack of precision**" criterion, thresholds for correlation coefficients r were defined in addition to the thresholds for Cohen's d and Hedge's g mentioned above, as these were frequently used in the meta-analyses. In doing so, we were guided by Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge Academic, New York. The thresholds were:
 - $0 - <0.1$ = trivial effect
 - $0.1 - <0.3$ = small effect
 - $0.3 - <0.5$ = medium effect
 - ≥ 0.5 = large effect

For **qualitative meta-analyses**, we used the evaluation criteria according to "Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research (GRADE-CERQual)".

Key question 11

Diagnostic procedures are often evaluated with regard to the quality criteria of reliability, validity and clinical usefulness, which are named as outcome variables for key question 11.

Methodological approaches developed specifically for this purpose are generally used to examine these criteria (e.g. methods of construct validation; Cronbach & Meehl, 1954). The GRADE criteria are designed for the evaluation of intervention studies and can therefore only be transferred to the methodologies established in psychological diagnostics to a limited extent.

Risk of bias: Downgraded if a systematic bias in the estimation of the outcome (reliability, validity, clinical usefulness) is to be expected for unspecified reasons. No tool was used to record the risk of bias due to a lack of transferability to the outcomes relevant here (reliability, validity, clinical usefulness).

Lack of precision: A downgrade is made if the estimator is subject to substantial uncertainty with regard to the qualitative characteristics of the outcome (reliability, validity, clinical usefulness).

Inconsistency: Downgraded if the empirical results for the outcome (reliability, validity, clinical usefulness) are so heterogeneous that they cannot be plausibly explained by sampling errors.

Indirectness: Downgraded if a systematic bias in the estimation of the outcome (reliability, validity, clinical usefulness) is to be expected, in particular because there are discrepancies between the research question and the evidence.

Publication bias: If a systematic bias in the estimation of the outcome (reliability, validity, clinical usefulness) is to be expected, in particular because negative empirical events have a lower chance of being published.

The GRADE criteria large **effect, dose-response relationship** and **plausible confounding** were not considered due to lack of transferability to the outcomes relevant for key question 11 (reliability, validity, clinical usefulness)

Evidence tables

The evidence tables for each systematically researched key question are shown below. Within a key question, the different tables represent different outcomes or different comparison groups.

Key question 1: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive outpatient psychotherapy have a better outcome than those who receive an unspecified control condition?

For this purpose, 12 meta-analyses and 1 Cochrane Review were included (Althobaiti et al. 2020; Asmundson et al. 2019; Ijaz et al. 2018; Laws et al. 2018; Li et al. 2018; McLaughlin et al. 2019; Mehl et al. 2015, 2019; Merz et al. 2019; Sonis and Cook 2019; Thompson et al. 2018; Turner et al. 2020; van Bronswijk et al. 2019; Wei and Chen 2021) .

A detailed description of the results can be found in the background text (long version, section 4.2.3). More detailed information on the evidence can be found in Table 60 in the Appendix. As there was insufficient evidence for statements on dose/duration/frequency of treatment and treatment as individual/group therapy or both in the applicable meta-analyses, these aspects were also described in the background text (long version, section 4.2.3).

The study designs considered here are exclusively meta-analyses. The methodological weaknesses of the meta-analyses were taken into account in the evidence assessment and are noted as footnotes in the evidence tables. The outcomes considered are all to be regarded as relevant, as they were given high priority by the mandate holders (see 3.1.3).

Consistency of results/direction of results across studies

The results of the meta-analyses are consistent, but subject to uncertainty and heterogeneity between outcomes.

A meta-analysis was available for the **outcome "functioning"**, whereby the quality of the outcomes ranged from very low to low. The results showed that psychotherapy had a low to generally low effect across the outcomes. The direction of the results is therefore the same here, but to varying degrees.

Twelve meta-analyses were available for the **outcome "disorder-specific symptoms"**, with the quality of the outcomes ranging from very low to moderate. The results showed a trivial to strong effect of psychotherapy across the outcomes.

A meta-analysis was available for the **outcome "utilization of the healthcare system"**, whereby the quality of the outcomes was assessed as low. The result showed a low to trivial effect of psychotherapy across the outcomes.

Extent of the benefit compared to the damage

No meta-analysis reported a direct harmful effect of psychotherapy. Harm to patients could therefore indirectly consist of a lack of effectiveness. Of 26 sub-endpoints (rows in the evidence tables), four showed a trivial effect, 13 showed a small effect or a tendency towards a small effect and nine showed a moderate or strong effect. A potential benefit therefore clearly predominated here.

Applicability in a clinical context

The key question focused on psychotherapy in the outpatient setting. Possible problem areas in applicability are described under 6.3.

Table 9: Evidence table for key question 1 – outcome: functioning - comparison with treatment as usual

Key question 1: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive outpatient psychotherapy have a better "outcome" than those who receive an unspecified control condition?						
Functioning						
Comparison with treatment as usual						
Outcome	Risk control group	Risk Intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality per outcome
Functional capability after intervention¹	not specified	not specified	Hedge`s g 0.26 (95% confidence interval 0.08 - 0.43) Immediately after the intervention, psychotherapy (cognitive behavioral therapy) had a smaller ² effect on functioning compared to treatment as usual.	Laws et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 1155 • Meta-analysis of k = 19 randomized controlled trials • (early) psychosis (4 studies), schizophrenia (15 studies) • HiTOP Spectrum of mental disorders • It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 91% of patients.^{3,4} 	⊕⊕⊖⊖ ^{5,6}

¹Measurement using various survey instruments

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences (1st ed.)

³Based on the results of the expert survey on the impairment of personality functions in various F diagnoses (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

⁴Assessment of personality functions based on the assumption that all patients have a corresponding diagnosis. However, the inclusion criterion for the meta-analysis was only that the majority of patients in the respective individual studies had a corresponding diagnosis.

⁵High quality level, as it is a meta-analysis of randomized controlled trials. Downgraded due to risk of bias (6 of 11 AMSTAR criteria fully met, e.g. no assessment of included studies).

⁶Downgrading due to lack of precision of the 95% confidence interval.

Table 10: Evidence table for key question 1 - outcome: functioning - comparison with active control group

Key question 1: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive outpatient psychotherapy have a better "outcome" than those who receive an unspecified control condition?						
Functioning						
Comparison with active control group						
Outcome	Risk control group	Risk Intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality per outcome
Functional capability after intervention¹	not specified	not specified	Hedge's g 0.22 (95% confidence interval -0.07 - 0.52) Immediately after the intervention, there was a tendency towards a small ² effect of psychotherapy (cognitive behavioral therapy) compared with an active control group (befriending, social activity therapy, cognitive remediation) on functioning.	Laws et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 549 • Meta-analysis of k = 7 randomized controlled trials • early psychosis (1 study), schizophrenia (6 studies) • HiTOP Spectrum of mental disorders • It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 91% of patients.^{3,4} 	⊕⊕⊕⊕ ^{5,6,7}

¹Measurement using various survey instruments

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences (1st ed.)

³Based on the results of the expert survey on the impairment of personality functions in various F diagnoses (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

⁴Assessment of personality functions based on the assumption that all patients have a corresponding diagnosis. However, the inclusion criterion for the meta-analysis was only that the majority of patients in the respective individual studies had a corresponding diagnosis.

⁵High quality level, as it is a meta-analysis of randomized controlled trials. Downgraded due to risk of bias (6 of 11 AMSTAR criteria fully met, e.g. no assessment of included studies).

⁶downgrading, as there was a high proportion of variance between the point estimates of the individual studies ($I^2 > 50\%$) that could be explained by study differences.

⁷Downgrading due to lack of precision of the 95% confidence interval.

Table 11: Evidence table for key question 1 - outcome: disorder-specific symptoms - comparison with treatment as usual

Key question 1: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive outpatient psychotherapy have a better "outcome" than those who receive an unspecified control condition?						
Disorder-specific symptoms						
Comparison with treatment as usual						
Outcome	Risk control group	Risk Intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality per outcome
Conditions from the schizophrenia spectrum						
Auditory hallucinations after intervention¹	not specified	not specified	Hedge`s g 0.35 (95% confidence interval 0.18 - 0.52) Immediately after the intervention, there was a small ² effect of psychotherapy for psychosis (cognitive behavioral therapy) compared with treatment as usual on auditory hallucinations. <i>If only the 14 studies with a low risk of bias were included, there was no significant change in the effect estimate (Hedge`s g 0.41, 95% confidence interval 0.19 - 0.63).</i>	Turner et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> n = 1833 Meta-analysis of k = 22 randomized controlled trials Psychosis / psychotic symptoms / psychotic spectrum unspecified (13 studies), schizophrenia / spectrum unspecified (7 studies), hallucinations (1 study), delusions (1 study) HiTOP Spectrum of mental disorders It can be assumed that the personality functioning of 88% of patients is severely impaired.³ 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,7}
Delusions after intervention¹	not specified	not specified	Hedge`s g 0.36 (95% confidence interval 0.20 - 0.52) Immediately after the intervention, there was a small ² effect of psychotherapy for psychosis (cognitive behavioral therapy) compared with treatment as usual on delusions. <i>If only the 16 studies with a low risk of bias were included, there was no significant change in the effect</i>	Turner et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> Meta-analysis of k = 22 randomized controlled trials, no information on total number of cases available Psychotic illness HiTOP Spectrum of mental disorders It can be assumed that the personality functioning of 85% of patients is severely impaired.³ 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,7,9}

			<i>estimate (Hedge's g 0.32, 95% confidence interval 0.15 - 0.49).</i>			
Delusions after intervention¹	not specified	not specified	Mean population effect size 0.27 (95% confidence interval 0.08 - 0.47) Immediately after the intervention, psychotherapy (cognitive behavioral therapy) had a smaller ² effect on delusions compared to treatment as usual. <i>A trim-and-fill analysis to account for publication bias resulted in a reduction of the effect estimate to mean population effect size 0.14.</i>	Mehl et al. (2015) and Mehl et al. (2019) (Corrigendum)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 1227 • Meta-analysis of k = 13 randomized controlled trials • Schizophrenia (13 studies), schizoaffective disorder (13 studies), delusional disorder (12 studies), psychosis/psychotic disorder (5 studies), schizophrenia-type disorder (1 study) • HiTOP Spectrum of mental disorders • It can be assumed that the personality functioning of 89% of patients is severely impaired.^{3,4} 	⊕⊕⊕⊕ ^{5,8,9}
Delusions after 47 weeks¹	not specified	not specified	Mean population effect size 0.16 (95% confidence interval -0.03 - 0.35) After 47 weeks, there was a tendency towards a small ² effect of psychotherapy (cognitive behavioral therapy) compared with treatment as usual on delusions.	Mehl et al. (2015) and Mehl et al. (2019) (Corrigendum)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 1524 • Meta-analysis of k = 12 randomized controlled trials • Schizophrenia (12 studies), schizoaffective disorder (11 studies), delusional disorder (10 studies), psychosis (4 studies), schizophrenia-type disorder (1 study) • HiTOP Spectrum of mental disorders • It can be assumed that the personality functioning of 94% of patients is severely impaired.^{3,4} 	⊕⊕⊕⊕ ^{5,8}
Borderline personality disorder						
Borderline personality	not specified	not specified	Hedge's g 0.72 (95% confidence interval 0.41 - 1.04)	McLaughlin et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 962 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,7,9}

disorder symptoms after intervention¹			Immediately after the intervention, there was a moderate ² effect of group therapy compared with treatment as usual on borderline symptoms. <i>A trim-and-fill analysis to account for publication bias resulted in a reduction of the effect estimate on Hedge's g 0.44 and thus a small² effect.</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Meta-analysis of k = 13 randomized controlled trials • Borderline personality disorder • Antagonistic externalizing HiTOP spectrum • It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 90% of patients.^{3,4} 	
Para/suicidity after intervention¹	not specified	not specified	Hedge`s g 0.46 (95% confidence interval 0.22 - 0.71) Immediately after the intervention, there was a moderate ² effect of group therapy compared with treatment as usual on para-/suicidality. In addition, a moderate ² effect of group therapy compared with treatment as usual was reported 6 months after the end of treatment (Hedge's g 0.52, 95% confidence interval 0.01 - 1.02, based on 6 randomized controlled trials, without information on the number of study participants).	McLaughlin et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 1258 • Meta-analysis of k = 19 randomized controlled trials • Borderline personality disorder • Antagonistic externalizing HiTOP spectrum • It can be assumed that the personality functioning of 90% of patients is severely impaired.^{3,4} 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,7,9}
Treatment-resistant depression						
Change in symptom severity after intervention¹	not specified	not specified	Hedge`s g -0.13 (95% confidence interval -0.30 - 0.05) Immediately after the intervention, there was a trivial, non-statistically significant effect of psychotherapy (cognitive behavioral therapy or Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy) compared to treatment as usual (here: medication) on the	van Bronswijk et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 636 • Meta-analysis of k = 3 randomized controlled trials • Treatment-resistant depression • Internalizing HiTOP spectrum • It can be assumed that the personality functioning of 51% of patients is severely impaired.^{3,4} 	⊕⊕⊕⊕ ⁸

			<p>change in symptom severity of depression.</p> <p><i>A sensitivity analysis, in which only studies with a low risk of bias were included, showed no change in the effect estimate.</i></p>			
<p>Change in symptom severity after intervention¹</p>	not specified	not specified	<p>Hedge`s g 0.42 (95% confidence interval 0.29 - 0.54)</p> <p>Immediately after the intervention, there was a small² effect of psychotherapy (cognitive behavioral therapy, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, interpersonal psychotherapy, psychodynamic psychotherapy, body-oriented psychotherapy, dialectical behavioral therapy, brief supportive psychotherapy) in addition to treatment as usual compared with treatment as usual (here: medication) alone on the symptom severity of depression. This means that there was a moderately greater change in the depression severity score between before and after the intervention in people who received treatment as usual and additional psychotherapy than in people without additional psychotherapy.</p> <p><i>A sensitivity analysis, in which only studies with a low risk of bias were included, showed no change in the effect estimate.</i></p>	van Bronswijk et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 2883 • Meta-analysis of k = 20 randomized controlled trials • Treatment-resistant depression • Internalizing HiTOP spectrum • It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 51% of patients. ^{3,4} 	⊕⊕⊕⊖ ⁷

Symptom severity after 12 months¹	not specified	not specified	<p>Standardized Mean Difference -0.29 (95% confidence interval -0.43 - -0.16) After 12 months, psychotherapy (cognitive behavioral therapy) had a smaller² effect on the symptom severity of depression compared to treatment as usual.</p>	Li et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 863 • Meta-analysis of k = 2 randomized controlled trials • Treatment-resistant depression • Internalizing HiTOP spectrum • It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 51% of patients.³ 	⊕⊕⊕⊖ ⁶
Depressive symptoms short term measurement after less than 6 months	not specified	not specified	<p>Mean difference -4.07 (95% confidence interval -7.07 - -1.07) After up to 6 months, people who received psychotherapy (cognitive behavioral therapy, dialectical behavioral therapy, interpersonal psychotherapy) in addition to usual care had an average score reduction of 4 points on the Beck Depression Inventory¹⁰ compared to people who only received usual care. <i>A sensitivity analysis, in which only studies with a low risk of bias were included, showed no change in the effect estimate (mean difference -4.66, 95% confidence interval -7.94 - -1.37).</i></p>	Ijaz et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 575 • Meta-analysis of k = 5 randomized controlled trials • Treatment-resistant depression • Internalizing HiTOP spectrum • It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 51% of patients.³ 	⊕⊕⊖⊖ ^{6,8}
Depressive symptoms short term measurement after less than 6 months	not specified	not specified	<p>Mean difference -4.66 (95% confidence interval -8.72 - -0.59) After up to 6 months, people who received psychotherapy (cognitive behavioral therapy, intensive short-term dynamic psychotherapy) in addition to usual care had an average reduction of 5 points in the Patient Health</p>	Ijaz et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 482 • Meta-analysis of k = 2 randomized controlled trials • Treatment-resistant depression • Internalizing HiTOP spectrum • It can be assumed that the personality functioning of 51% of patients is severely impaired.³ 	⊕⊖⊖⊖ ^{6,7,8}

			Questionnaire 9 ¹¹ score compared with people who received only usual care.			
Depressive symptoms short term¹ Measurement after less than 6 months	not specified	not specified	Standardized mean difference -0.4 (95% confidence interval -0.65 - -0.14) After up to 6 months, there was a small ² effect of psychotherapy (cognitive behavioral therapy, dialectical behavioral therapy, interpersonal psychotherapy, intensive short-term dynamic psychotherapy) in addition to usual care compared with usual care alone on depressive symptoms.	Ijaz et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 635 • Meta-analysis of k = 6 randomized controlled trials • Treatment-resistant depression • Internalizing HiTOP spectrum • It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 51% of patients.³ 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,8}
Depressive symptoms short term measurement after less than 6 months	not specified	not specified	Mean difference -3.28 (95% confidence interval -5.71 - -0.85) After up to 6 months, people who received psychotherapy in addition to usual care (cognitive behavioral therapy, intensive short-term dynamic psychotherapy, dialectical behavioral therapy, interpersonal psychotherapy) had an average 3-point reduction in the Hamilton Depression Rating Scale score ¹² compared with people who received only usual care.	Ijaz et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 193 • Meta-analysis of k = 4 randomized controlled trials • Treatment-resistant depression • Internalizing HiTOP spectrum • It can be assumed that the personality functioning of 51% of patients is severely impaired.³ 	⊕⊕⊕⊕ ⁶
Depressive symptoms medium term measurement after 7-12 months	not specified	not specified	Mean difference -3.40 (95% confidence interval -7.21 - 0.4) After 7-12 months, people who received psychotherapy (cognitive behavioral therapy) in addition to usual care had an average score reduction	Ijaz et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 475 • Meta-analysis of k = 2 randomized controlled trials • Treatment-resistant depression • Internalizing HiTOP spectrum 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,8}

			of 3 points on the Beck Depression Inventory ¹⁰ compared to people who only received usual care.		<ul style="list-style-type: none"> It can be assumed that the personality functioning of 51% of patients is severely impaired.³ 	
--	--	--	---	--	---	--

¹Measurement using various survey instruments

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences (1st ed.)

³Based on the results of the expert survey on the impairment of personality functions in various F diagnoses (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

⁴Assessment of personality functions based on the assumption that all patients have a corresponding diagnosis. However, the inclusion criterion for the meta-analysis was only that the majority of patients in the respective individual studies had a corresponding diagnosis.

⁵High quality level, as it is a meta-analysis of randomized controlled trials. Downgraded due to risk of bias (7 or fewer of 11 AMSTAR criteria fully met).

⁶High quality grade, as this is a meta-analysis of randomized controlled trials. Downgraded due to risk of bias (at least one randomized controlled trial in the meta-analysis for this outcome was assessed as "high risk of bias" using the Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011)).

⁷downgrading, as there was a high proportion of variance between the point estimates of the individual studies ($I^2 > 50\%$) that could be explained by study differences.

⁸Downgrading due to lack of precision of the 95% confidence interval.

⁹Downgrading, as publication bias is to be expected

¹⁰Beck, A. T., Ward C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry 1961;4:561-71; Beck, A. T., Steer, R.A., Brown, G.K. Beck Depression Inventory - second edition: manual. San Antonio: The Psychological Corporation, 1996.

¹¹K. Kroenke, R.L. Spitzer. The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure Psychiatric Annals, 32 (2002), pp. 509-521

¹²Hamilton, M. A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 1960;23:56-62.

Table 12: Evidence table for key question 1 - outcome: disorder-specific symptoms - comparison with active control group

Key question 1: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive outpatient psychotherapy have a better "outcome" than those who receive an unspecified control condition?						
Disorder-specific symptoms						
Comparison with active control condition						
Outcome	Risk control group	Risk Intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality per outcome
Conditions from the schizophrenia spectrum						
Auditory hallucinations after intervention¹	not specified	not specified	<p>Hedge`s g 0.34 (95% confidence interval 0.15 - 0.53) Immediately after the intervention, there was a small² effect of psychotherapy for psychosis (cognitive behavioral therapy) compared with an active control condition (supportive counseling, prolonged exposure) on auditory hallucinations. <i>If only the 5 studies with a low risk of bias were included, there was no significant change in the effect estimate (Hedge`s g 0.42, 95% confidence interval 0.20 - 0.64).</i></p>	Turner et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> n = 678 Meta-analysis of k = 8 randomized controlled trials Psychosis / psychotic symptoms (3 studies), schizophrenia / spectrum unspecified (5 studies) HiTOP Spectrum of mental disorders It can be assumed that the personality functioning of 88% of patients is severely impaired.³ 	⊕⊕⊕⊖ ⁶
Delusions after intervention¹	not specified	not specified	<p>Hedge`s g 0.23 (95% confidence interval -0.19 - 0.55) Immediately after the intervention, the effect of psychotherapy for psychosis (cognitive behavioral therapy) tended to be lower² compared with an active control condition (supportive counseling, prolonged exposure). <i>If only the 3 studies with a low risk of bias were included, there was no</i></p>	Turner et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> n = 526 Meta-analysis of k = 7 randomized controlled trials Psychosis / psychotic symptoms (2 studies), schizophrenia / schizophrenia spectrum unspecified (5 studies) HiTOP Spectrum of mental disorders 	⊕⊕⊖⊖ ^{6,7,8,9}

			<i>significant change in the effect estimate (Hedge`s g 0.30, 95% confidence interval -0.25 - 0.85).</i>		<ul style="list-style-type: none"> • It can be assumed that the personality functioning of 89% of patients is severely impaired.³ 	
Delusions after intervention¹	not specified	not specified	Mean population effect size 0.16 (95% confidence interval -0.13 - 0.44) Immediately after the intervention, there was a tendency for a small ² effect of psychotherapy (cognitive behavioral therapy) compared with an active control condition (other psychological interventions) on delusions.	Mehl et al. (2015) and Mehl et al. (2019) (Corrigendum)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 894 • Meta-analysis of k = 8 randomized controlled trials • Schizophrenia (7 studies), schizoaffective disorder (5 studies), psychosis (2 studies), schizophreniform disorder (1 study) • HiTOP Spectrum of mental disorders • It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 90% of patients.^{3,4} 	⊕⊕⊖⊖ ^{5,8}
Delusions after 35 weeks¹	not specified	not specified	Mean population effect size -0.04 (95% confidence interval -0.26 - 0.17) After 35 weeks, there was a trivial, non-statistically significant effect of psychotherapy (cognitive behavioral therapy) compared with the active control condition (other psychological interventions) on delusions.	Mehl et al. (2015) and Mehl et al. (2019) (Corrigendum)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 815 • Meta-analysis of k = 5 randomized controlled trials • Schizophrenia (5 studies), schizoaffective disorder (4 studies), delusional disorder (3 studies), psychosis (2 studies), schizophrenia-type disorder (1 study) • HiTOP Spectrum of mental disorders • It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 90% of patients.^{3,4} 	⊕⊕⊖⊖ ^{5,8}
Post-traumatic stress disorder						
Symptom reduction after intervention¹	not specified	not specified	Hedge`s g -0.34 (95% confidence interval -0.65 - -0.02) Immediately after the intervention, there was a small ² effect of	Wei & Chen (2021)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 571 	⊕⊖⊖⊖ ^{6,7,8,9}

			psychotherapy (narrative exposure therapy) compared with the active control condition (alternative psychological treatment). <i>A trim-and-fill analysis to account for publication bias resulted in a reduction of the effect estimate to a marginal effect (Hedge's g -0.16, 95% confidence interval -0.49 - 0.16).</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Meta-analysis of k = 11 randomized, quasi-randomized or cluster-randomized controlled trials • Post-traumatic stress disorder • Internalizing HiTOP spectrum • It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 52% of patients. ^{3,4} 	
Symptom reduction after intervention¹	not specified	not specified	Standardized Mean Difference -0.16 (95% confidence interval -0.62 – 0.30) Immediately after the intervention, there was a tendency towards a small ² effect of psychotherapy (Eye Movement Desentization and Reprocessing, prolonged exposure therapy) in comparison with selective serotonin reuptake inhibitors. <i>If only the 2 studies with a low risk of bias were included, there was no significant change in the effect estimate (standardized mean difference 0.08, 95% confidence interval -0.48 - 0.64).</i>	Sonis & Cook (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 351 • Meta-analysis of k = 4 randomized controlled trials • Post-traumatic stress disorder • Internalizing HiTOP spectrum • It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 52% of patients. ³ 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,7,8}
Symptom severity after intervention¹	not specified	not specified	Hedge`s g 0.26 (95% confidence interval 0.04 - 0.48) Immediately after the intervention, a small ² effect of psychotherapy (Cognitive Processing Therapy) was shown in comparison with the active control condition (Dialogic Exposure Therapy, Memory Training, Prolonged	Asmundson et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 407 • Meta-analysis of k = 4 randomized controlled trials • Post-traumatic stress disorder • Internalizing HiTOP spectrum • It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 52% of patients. ³ 	⊕⊕⊕⊕ ^{5,8}

			Exposure Therapy, Writing Exposure Therapy). <i>A trim-and-fill analysis to account for publication bias showed no significant change in the effect estimate (Hedge's g 0.27, 95% confidence interval 0.08 - 0.46).</i>			
Symptom severity after intervention¹	not specified	not specified	Standardized Mean Difference -0.05 (95% confidence interval -0.31 – 0.21) Immediately after the intervention, there was a trivial, non-statistically significant effect of psychotherapy (cognitive behavioral therapy, eye movement desensitization and reprocessing, prolonged exposure therapy) in comparison with pharmacological treatment. For better comparability, the results of the paired meta-analysis are reported here.	Merz et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 329 • Meta-analysis of k = 4 randomized controlled trials • Post-traumatic stress disorder • Internalizing HiTOP spectrum • It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 52% of patients.³ 	⊕⊕⊖⊖ ^{6,8}
Symptom severity after intervention¹	not specified	not specified	Standardized Mean Difference -0.07 (95% confidence interval -0.26 – 0.13) Immediately after the intervention, there was a trivial, non-statistically significant effect of psychotherapy (cognitive behavioral therapy, prolonged exposure therapy, exposure therapy) in combination with pharmacological treatment compared with pharmacological treatment alone. For better comparability, the results of the paired meta-analysis are reported here.	Merz et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 411 • Meta-analysis of k = 5 randomized controlled trials • Post-traumatic stress disorder • Internalizing HiTOP spectrum • It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 52% of patients.³ 	⊕⊕⊖⊖ ^{6,8}

Symptom severity at follow-up ¹	not specified	not specified	<p>Hedge's g 0.17 (95% confidence interval -0.02 - 0.37)</p> <p>There was a tendency for a small² effect at follow-up of psychotherapy (cognitive behavioral therapy) compared with the active control condition (treatment with theory- or empiricism-based components). The follow-up time points were between 3 and 9 months after baseline.</p> <p><i>A trim-and-fill analysis to account for publication bias showed no significant change in the effect estimate (Hedge's g 0.18, 95% confidence interval -0.01 - 0.37).</i></p>	Asmundson et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 407 • Meta-analysis of k = 4 randomized controlled trials • Post-traumatic stress disorder • Internalizing HiTOP spectrum • It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 52% of patients.³ 	⊕⊕⊖⊖ ^{5,8}
Symptom severity at follow-up ¹	not specified	not specified	<p>Standardized Mean Difference -0.63 (95% confidence interval -1.18 - -0.09)</p> <p>There was a moderate² effect of psychotherapy (cognitive behavioral therapy, eye movement desensitization and reprocessing, prolonged exposure therapy) compared with pharmacological treatment at the latest possible follow-up time (6 to 12 months).</p> <p>For better comparability, the results of the paired meta-analysis are reported here.</p>	Merz et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 203 • Meta-analysis of k = 3 randomized controlled trials • Post-traumatic stress disorder • Internalizing HiTOP spectrum • It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 52% of patients.³ 	⊕⊖⊖⊖ ^{6,7,8}
Symptom severity at follow-up ¹	not specified	not specified	<p>Standardized Mean Difference -1.02 (95% confidence interval -2.77 - 0.72)</p> <p>There was a tendency towards a clear² effect of psychotherapy (prolonged exposure therapy, exposure therapy) in</p>	Merz et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 89 • Meta-analysis of k = 2 randomized controlled trials • Post-traumatic stress disorder • Internalizing HiTOP spectrum 	⊕⊖⊖⊖ ^{6,7,8}

			<p>combination with pharmacological treatment compared with pharmacological treatment alone at the latest possible follow-up time (12 months).</p> <p>For better comparability, the results of the paired meta-analysis are reported here.</p>		<ul style="list-style-type: none"> It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 52% of patients.³ 	
Symptom severity at follow-up¹	not specified	not specified	<p>Standardized Mean Difference -0.03 (95% confidence interval -0.21 – 0.14)</p> <p>There was a trivial, non-statistically significant effect of trauma-focused psychotherapy compared with alternative psychological intervention up to 4 months after the end of treatment. Without specifying the number of included study participants, the standardized mean difference was 0.11 (95% confidence interval -0.13 - 0.35) for the period 5 to 8 months after the end of treatment and -0.86 (95% confidence interval -1.50 - -0.22) for the period 9-12 months after the end of treatment. This also corresponds to a trivial, non-statistically significant effect 5 to 8 months later, but a clear² effect of psychotherapy 9-12 months after the end of treatment.</p>	Thompson et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> n = 524 Meta-analysis of k = 7 randomized controlled trials Post-traumatic stress disorder Internalizing HiTOP spectrum It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 52% of patients.^{3,4} 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,8}
Fulfillment of the diagnostic criteria after intervention¹	not specified	not specified	<p>Relative risk 1.74 (95% confidence interval 1.03 - 2.92)</p> <p>The probability of no longer meeting the diagnostic criteria was 74% higher</p>	Wei & Chen (2021)	<ul style="list-style-type: none"> n = 502 Meta-analysis of k = 9 randomized, quasi-randomized or cluster-randomized controlled trials 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,7,8,9}

			in people who received psychotherapy (narrative exposure therapy) than in people with an active control condition (alternative psychological treatment). This is presumably the point in time directly after the intervention.		<ul style="list-style-type: none"> • Post-traumatic stress disorder • Internalizing HiTOP spectrum • It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 52% of patients.^{3,4} 	
Post-traumatic stress disorder and/or depression						
Symptom reduction during follow-up¹	not specified	not specified	Standardized Mean Difference -0.25 (95% confidence interval -0.61 – 0.10) There was a tendency towards a small ² effect of psychotherapy (interpersonal psychotherapy) compared with an active control condition (alternative psychological treatment or medication) (not specified at the time of measurement).	Althobaiti et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 274 • Meta-analysis of k = 4 randomized controlled trials • Post-traumatic stress disorder (4 studies), of which 3 studies also included depression • internalizing HiTOP spectrum • It can be assumed that the personality functioning of 53% of patients is severely impaired.³ 	⊕⊕⊕⊖ ⁸

¹Measurement using various survey instruments

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences (1st ed.)

³Based on the results of the expert survey on the impairment of personality functions in various F diagnoses (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

⁴ Assessment of personality functions based on the assumption that all patients have a corresponding diagnosis. However, the inclusion criterion for the meta-analysis was only that the majority of patients in the respective individual studies had a corresponding diagnosis.

⁵High quality level, as it is a meta-analysis of randomized controlled trials. Downgraded due to risk of bias (7 or fewer of 11 AMSTAR criteria fully met).

⁶High quality grade, as this is a meta-analysis of randomized controlled trials. Downgraded due to risk of bias (at least one randomized controlled trial in the meta-analysis for this outcome was assessed as "high risk of bias" using the Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011)).

⁷downgrading, as there was a high proportion of variance between the point estimates of the individual studies ($I^2 > 50\%$) that could be explained by study differences.

⁸Downgrading due to lack of precision of the 95% confidence interval.

⁹Downgrading, as publication bias is to be expected

Table 13: Evidence table for key question 1 - outcome: disorder-specific symptoms - comparison with inactive control condition

Key question 1: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive outpatient psychotherapy have a better "outcome" than those who receive an unspecified control condition?						
Disorder-specific symptoms						
Comparison with inactive control condition						
Outcome	Risk control group	Risk Intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality per outcome
Post-traumatic stress disorder						
Symptom reduction after intervention¹	not specified	not specified	Hedge's g -1.03 (95% confidence interval -1.62 - -0.44) Immediately after the intervention, there was a clear ² effect of psychotherapy (narrative exposure therapy) compared with an inactive control condition (waiting list or symptom monitoring).	Wei & Chen (2021)	<ul style="list-style-type: none"> n = 278 Meta-analysis of k = 7 randomized, quasi-randomized or cluster-randomized controlled trials Post-traumatic stress disorder Internalizing HiTOP spectrum It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 52% of patients.^{3,4} 	⊕⊕⊕⊕ ^{6,7,9}
Symptom severity after intervention¹	not specified	not specified	Hedge's g 1.24 (95% confidence interval 0.80 - 1.67) Immediately after the intervention, there was a clear ² effect of psychotherapy (Cognitive Processing Therapy) compared with an inactive control condition (waiting list or psychological placebo). <i>A trim-and-fill analysis to account for publication bias showed no significant change in the effect estimate (Hedge's g 1.38, 95% confidence interval 0.89 - 1.88).</i>	Asmundson et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> n = 841 Meta-analysis of k = 8 randomized controlled trials Post-traumatic stress disorder Internalizing HiTOP spectrum It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 52% of patients.³ 	⊕⊕⊕⊕ ^{5,7}

Symptom severity at follow-up¹	not specified	not specified	Hedge's g 0.90 (95% confidence interval 0.57 - 1.23) There was a clear ² effect at follow-up of psychotherapy (Cognitive Processing Therapy) compared with an inactive control condition (waiting list or psychological placebo). The follow-up time points were between 1 and 12 months after baseline.	Asmundson et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 689 • Meta-analysis of k = 6 randomized controlled trials • Post-traumatic stress disorder • Internalizing HiTOP spectrum • It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 52% of patients.³ 	⊕⊕⊖⊖ ^{5,7}
Fulfillment of the diagnostic criteria after intervention¹	not specified	not specified	Relative risk 4.69 (95% confidence interval 1.43 - 15.42) The probability of no longer meeting the diagnostic criteria was more than 4 times higher for people who received psychotherapy (narrative exposure therapy) than for people with an inactive control condition (waiting list or symptom monitoring). This is presumably the time immediately after the intervention.	Wei & Chen (2021)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 148 • Meta-analysis of k = 3 randomized, quasi-randomized or cluster-randomized controlled trials • Post-traumatic stress disorder • Internalizing HiTOP spectrum • It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 52% of patients.^{3,4} 	⊕⊕⊖⊖ ^{6,9}

¹Measurement using various survey instruments

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences (1st ed.)

³Based on the results of the expert survey on the impairment of personality functions in various F diagnoses (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

⁴Assessment of personality functions based on the assumption that all patients have a corresponding diagnosis. However, the inclusion criterion for the meta-analysis was only that the majority of patients in the respective individual studies had a corresponding diagnosis.

⁵High quality level, as it is a meta-analysis of randomized controlled trials. Downgraded due to risk of bias (7 or fewer of 11 AMSTAR criteria fully met).

⁶High quality grade, as this is a meta-analysis of randomized controlled trials. Downgraded due to risk of bias (at least one randomized controlled trial in the meta-analysis for this outcome was assessed as "high risk of bias" using the Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011)).

⁷downgrading, as there was a high proportion of variance between the point estimates of the individual studies ($I^2 > 50\%$) that could be explained by study differences.

⁸Downgrading due to lack of precision of the 95% confidence interval.

⁹Downgrading, as publication bias is to be expected

Table 14: Evidence table for key question 1 - outcome: utilization of healthcare system - comparison with treatment as usual

Key question 1: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive outpatient psychotherapy have a better "outcome" than those who receive an unspecified control condition?						
Utilization of the healthcare system						
Comparison with treatment as usual						
Outcome	Risk control group	Risk Intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality per outcome
Hospitalizations after intervention	not specified	not specified	Hedge's g 0.19 (95% confidence interval -0.01 - 0.39) Immediately after the intervention, there was a tendency towards a small ¹ effect on hospitalizations between people with group therapy and people with treatment as usual.	McLaughlin et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> n = 687 Meta-analysis of k = 8 randomized controlled trials Borderline personality disorder Antagonistic externalizing HiTOP spectrum It can be assumed that the personality functioning of 90% of patients is severely impaired.^{2,3} 	⊕⊕⊖⊖ ^{4,5}
Going to the emergency room after intervention	not specified	not specified	Hedge's g 0.01 (95% confidence interval -0.19 - 0.23) Immediately after the intervention, there was a trivial, non-statistically significant effect on the frequency of visits to the emergency room between people with group therapy and people with treatment as usual.	McLaughlin et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> n = 431 Meta-analysis of k = 5 randomized controlled trials Borderline personality disorder Antagonistic externalizing HiTOP spectrum It can be assumed that the personality functioning of 90% of patients is severely impaired.^{2,3} 	⊕⊕⊖⊖ ^{4,5}

¹Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences (1st ed.)

²Based on the results of the expert survey on the impairment of personality functions in various F diagnoses (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

³Assessment of personality functions based on the assumption that all patients have a corresponding diagnosis. However, the inclusion criterion for the meta-analysis was only that the majority of patients in the respective individual studies had a corresponding diagnosis.

⁴High quality grade, as this is a meta-analysis of randomized controlled trials. Downgraded due to risk of bias (at least one randomized controlled trial in the meta-analysis for this outcome was assessed as "high risk of bias" using the Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011)).

⁵Downgrading due to lack of precision of the 95% confidence interval.

Key question 2: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive online interventions without continuous personal medical-therapeutic support have a worse outcome than those who receive an unspecified control condition?

Two randomized and one cluster-randomized study were included for this purpose (Adu et al. 2023; Hedman et al. 2016; Rodante et al. 2022).

A detailed description of the results can be found in the background text (long version, section 4.2.4). More detailed information on the evidence can be found in Table 61 in the Appendix.

The study designs considered here are exclusively randomized or cluster-randomized studies. The methodological weaknesses of the studies were taken into account in the evidence assessment and are noted as footnotes in the evidence tables. The outcomes considered are all to be regarded as relevant, as they were given high priority by the mandate holders (see 3.1.3).

Consistency of results/direction of results across studies

The results of the studies are consistent, but are subject to uncertainty and heterogeneity between the outcomes.

One randomized controlled trial was available for the **outcome "functioning"**, although the quality was rated as very low. The result for this outcome was a medium effect of an online intervention without continuous personal medical-therapeutic support.

For the **outcome "disorder-specific symptoms"**, two randomized and one cluster-randomized study were available, with the quality of the outcomes ranging from very low to low. The results showed a lacking to strong effect of online interventions without continuous personal medical-therapeutic support across the outcomes.

One randomized controlled trial was available for the **outcome "health-related quality of life"**, although the quality was rated as low. As a result, there was no evidence of an effect of an online intervention without continuous personal medical-therapeutic support for this outcome.

Extent of the benefit compared to the damage

Due to the low quality and low or non-existent effects, the benefit compared to the harm (in the sense of no effectiveness) cannot be clearly determined. However, it must be taken into account that in the case of unaccompanied interventions, no intervention by a specialist can take place if the condition deteriorates.

Applicability in a clinical context

The use of unaccompanied online applications must be critically scrutinized.

Table 15: Evidence table for key question 2 - outcome: functional capacity - comparison with waiting list

Key question 2: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive online interventions without continuous personal medical-therapeutic support have a worse "outcome" than those who receive an unspecified control condition?						
Functioning						
Comparison with waiting list						
Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality per outcome
Functional ability using the Sheehan Disability Scale (SDS) ¹	Mean SDS score post-treatment 10.5 (standard deviation 8.3) in the waiting list control condition and 5.2 (standard deviation 4.9) in accompanied internet-based cognitive behavioral therapy.	Mean value of the SDS score post-treatment 6.2 (standard deviation 6.4).	Cohen`s d 0.58 (95% confidence interval 0.08 - 1.07) There was a medium ² post-treatment effect of unaccompanied internet-based cognitive behavioral therapy compared to the waiting list control condition. Accompanied internet-based cognitive behavioral therapy showed a clearer effect with Cohen's d 0.77 (95% confidence interval 0.25 - 1.27) compared to the waiting list control condition.	Hedman et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 127 (all who participated post-treatment) • 1 Randomized controlled trial • Predominantly somatization disorder • Somatoform HiTOP spectrum • It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 48% of patients.³ 	⊕⊖⊖⊖ ⁴
	Difference The mean score in the intervention group is 4.3 points lower than in the waiting list control group. The mean score in the intervention group is 1 point higher than in the control group with accompanied internet-based cognitive behavioral therapy.					

¹Sheehan DV. The Anxiety Disease. Scribner, 1983.

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences (1st ed.)

³Based on the results of the expert survey on the impairment of personality functions in various F diagnoses (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

⁴High quality level, as this is a randomized controlled trial. Downgraded to "moderate" due to possible risk of bias (study participants not blinded), downgraded to "low" due to indirectness with regard to the comparison groups (no direct comparison between unaccompanied and accompanied intervention, but only comparison against waiting list in each case) and downgraded to "very low" due to lack of precision of the 95% confidence interval.

Table 16: Evidence table for key question 2 - outcome: disorder-specific symptoms - comparison with waiting list

Key question 2: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive online interventions without continuous personal medical-therapeutic support have a worse "outcome" than those who receive an unspecified control condition?						
Disorder-specific symptoms						
Comparison against waiting list						
Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality per outcome
Health anxiety based on 64 item Health Anxiety Inventory (HAI) ¹	Mean HAI score post-treatment 100.1 (standard deviation 26.1) in the waiting list control condition and 69.7 (standard deviation 24.8) in accompanied internet-based cognitive behavioral therapy.	Mean value of the HAI score post-treatment 68.3 (standard deviation 35.6).	Cohen`s d 1.02 (95% confidence interval 0.49 - 1.53) There was a clear ² post-treatment effect of unaccompanied internet-based cognitive behavioral therapy compared to the waiting list control condition. A slightly stronger ¹ effect with Cohen's d 1.27 (95% confidence interval 0.72 - 1.79) was shown for the accompanied internet-based cognitive behavioral therapy compared to the waiting list control condition.	Hedman et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 127 (all who participated post-treatment) • 1 Randomized controlled trial • Predominantly somatization disorder • Somatoform HiTOP spectrum • It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 48% of patients.³ 	⊕⊕⊖⊖ ⁴
	Difference The mean score in the intervention group is 31.8 points lower than in the waiting list control group. The mean score in the intervention group is 1.4 points lower than in the control group with accompanied internet-based cognitive behavioral therapy.					

¹Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark DM. The health anxiety inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. Psychol Med 2002; 32: 843-53.

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences (1st ed.)

³Based on the results of the expert survey on the impairment of personality functions in various F diagnoses (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

⁴High quality level, as this is a randomized controlled trial. Downgraded to "moderate" due to possible risk of bias (study participants not blinded), downgraded to "low" due to indirectness with regard to the comparison groups (no direct comparison between unaccompanied and accompanied intervention, but only comparison against waiting list in each case).

Table 17: Evidence table for key question 2 - outcome: disorder-specific symptoms - comparison with transcranial magnetic stimulation

Key question 2: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive online interventions without continuous personal medical-therapeutic support have a worse "outcome" than those who receive an unspecified control condition?						
Disorder-specific symptoms						
Comparison against transcranial magnetic stimulation						
Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality per outcome
Symptom severity of depression using the Hamilton Depression Scale (HAMD) ¹	Mean value of the HAMD score at discharge 8.89 (standard deviation 5.83).	Mean value of the HAMD score at discharge 9.97 (standard deviation 7.03).	Analysis of Covariance F=0.15(1) p=0.7 There was no evidence of a difference between people with internet-based cognitive behavioral therapy in addition to transcranial magnetic stimulation compared to transcranial magnetic stimulation alone.	Adu et al. (2023)	<ul style="list-style-type: none"> n = 70 (all for whom HAMD baseline score was available) 1 Randomized controlled trial Treatment-resistant depression Internalizing HiTOP spectrum It can be assumed that the personality functioning of 73% of patients is severely impaired.² 	⊕⊕⊖⊖ ³
	Difference The mean score in the intervention group is 1.08 points higher than in the control group.					

¹Hamilton, M. A rating scale for depression. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 1960, 23, 56

²Based on the results of the expert survey on the impairment of personality functions in various F diagnoses (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

³High quality level, as this is a randomized controlled trial. Downgraded to "moderate" due to possible risk of bias (study participants not blinded) and downgraded to "low" due to indirectness of intervention (online intervention was administered in addition to transcranial magnetic stimulation).

Table 18: Evidence table for key question 2 - outcome: disorder-specific symptoms - comparison with dialectical behavior therapy

Key question 2: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive online interventions without continuous personal medical-therapeutic support have a worse "outcome" than those who receive an unspecified control condition?						
Disorder-specific symptoms						
Comparison against dialectical behavioral therapy						
Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality per outcome
Frequency of suicidal behavior based on the Self-injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI) ¹	The average reduction in the frequency of suicidal behavior between before and after receiving dialectical behavior therapy is shown. The frequency of suicidal thoughts, for example, has decreased by an average of 1 in the last month between before and after receiving therapy.	The average reduction in the frequency of suicidal behavior between before and after receiving dialectical behavior therapy and the app is shown. The frequency of suicidal thoughts, for example, has decreased by an average of 1.88 in the last month between before and after receiving the therapy and app.	The probability that the average frequency of suicidal behavior in the last month is lower ($p(\text{diff}>0)$) for people who used an app in addition to Dialectical Behavior Therapy compared to people who only received Dialectical Behavior Therapy was reported. The Bayesian credibility intervals describe the difference between the mean values of the reduction (see columns on the left) between the intervention and control groups. For suicidal thoughts and suicidal gestures, there was a tendency for a high probability of a reduction in suicidal behavior in people who also used an app. However, all credibility intervals contained the 0, so it cannot be ruled out	Rodante et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 18 • 1 Cluster Randomized trial • Suicidal or self-harming behavior • Internalizing HiTOP spectrum • It can be assumed that the personality functioning of 90% of patients is severely impaired.² 	⊕⊖⊖⊖ ³

	<u>Suicidal thoughts</u> Mean=1.00 (standard deviation 2.39)	<u>Suicidal thoughts</u> Mean=1.88 (standard deviation 3.44)	<p>that there was no difference in the reduction of suicidal behavior between the groups.</p> <p><u>Suicidal thoughts</u> p(diff>0)=0.64 (85% Bayesian Credibility Interval -1.83 - 2.90)</p>			
	<p>Difference People in the intervention group had an average of 1.88 fewer suicidal thoughts per month after the intervention than before the intervention and thus a greater reduction in suicidal thoughts than people in the control group.</p>					
	<u>Suicide plan</u> Mean=0.71 (standard deviation 1.38)	<u>Suicide plan</u> Mean=0.38 (standard deviation 0.52)	<p><u>Suicide plan</u> p(diff>0)=0.32 (85% Bayesian Credibility Interval -1.34 - 0.73)</p>			
	<p>Difference People in the intervention group had an average of 0.38 fewer suicide plans per month after the intervention than before the intervention and thus a lower reduction in suicide plans than people in the control group.</p>					
	<u>Suicidal gesture</u> Mean= -0.67 (standard deviation 0.58)	<u>Suicidal gesture</u> Mean=0.50 (standard deviation 1.00)	<p><u>Suicidal gesture</u> p(diff>0)=0.81 (85% Bayesian Credibility Interval -0.71 - 3.82)</p>			

		<p><u>Suicide attempt</u> No probability indicated</p> <p><u>Thoughts of non-suicidal self-harm</u> p(diff>0)=0.20 (85% Bayesian Credibility Interval -9.07 - 2.79)</p>			
<p>Difference People in the intervention group had on average 0.5 fewer suicidal gestures per month after the intervention than before the intervention and thus a higher reduction in suicidal gestures than people in the control group.</p>					
<p><u>Suicide attempt</u> Median=0.29 (Interquartile-distance 0.95)</p>	<p><u>Suicide attempt</u> Median=0.00 (Interquartile-distance 0.00)</p>				
<p>Difference People in the intervention group had a median of 0 suicide attempts per month after the intervention and thus a higher reduction in suicide attempts than people in the control group.</p>					
<p><u>Thoughts of non-suicidal self-harm</u> Mean= 4.43 (standard deviation 8.94)</p>	<p><u>Thoughts of non-suicidal self-harm</u> Mean= 0.13 (standard deviation 2.42)</p>				
<p>Difference People in the intervention group had on average 0.13 fewer thoughts of non-suicidal self-harm per month after the intervention than before the intervention and thus a lower reduction in thoughts of non-suicidal</p>					

	self-harm than people in the control group.		<u>Non-suicidal self-harm</u> p(diff>0)=0.18 (85% Bayesian Credibility Interval -3.08 - 0.72)			
	<u>Non-suicidal self-harm</u> Mean=1.00 (standard deviation 2.20)	<u>Non-suicidal self-harm</u> Mean= -0.25 (standard deviation 1.91)				
	Difference People in the intervention group had on average 0.25 more thoughts of non-suicidal self-harm per month after the intervention than before the intervention and thus a lower reduction in thoughts of non-suicidal self-harm than people in the control group.					

¹Garcia-Nieto, R., Blasco-Fontecilla, H., Paz Yepes, M., & Baca-Garcia, E. (2013). Translation and validation of the "Self-injurious thoughts and behaviors interview" in a Spanish population with suicidal behavior. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 6(3), 101-108. doi:10.1016/j.rpsm.2012.07.001; Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., & Michel, B. D. (2007). Self-injurious thoughts and behaviors interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*, 19(3), 309-317. doi:10.1037/1040-3590.19.3.309

²Based on the results of the expert survey on the impairment of personality functions in various F diagnoses (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

³High quality level, as this is a randomized controlled trial. Downgraded to "moderate" due to possible risk of bias (study participants not blinded) and downgraded to "low" due to inconsistency (probabilities for reduced suicidal behavior range from 0.18 to 0.81). Further downgrading to "very low" due to lack of precision due to the small sample size of n=18.

Table 19: Evidence table for key question 2 - outcome: health-related quality of life - comparison with transcranial magnetic stimulation

Key question 2: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive online interventions without continuous personal medical-therapeutic support have a worse "outcome" than those who receive an unspecified control condition?						
Health-related quality of life						
Comparison with transcranial magnetic stimulation						
Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality per outcome
Health-related quality of life using the Quality of Life Visual Analogue Scale (EQ-VAS) ¹	Mean EQ-VAS score at discharge 64.42 (standard deviation 18.13).	Mean value of the EQ-VAS score at discharge 60.90 (standard deviation 21.45).	Analysis of Covariance F=0.46(1) p=0.5 There was no evidence of a difference between people with internet-based cognitive behavioral therapy in addition to transcranial magnetic stimulation compared to transcranial magnetic stimulation alone.	Adu et al. (2023)	<ul style="list-style-type: none"> n = 70 (all for whom EQ-VAS baseline score was available) 1 Randomized controlled trial Treatment-resistant depression Internalizing HiTOP spectrum It can be assumed that the personality functioning of 73% of patients is severely impaired.² 	⊕⊕⊖⊖ ³
	Difference The mean score in the intervention group is 3.52 points lower than in the control group.					

¹van Reenen, M.; Janssen, B. EQ-5D-5L User Guide: Basic Information on How to Use the EQ-5D-5L Instrument; EuroQol Research Foundation: Rotterdam, The Netherlands, 2015.

²Based on the results of the expert survey on the impairment of personality functions in various F diagnoses (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

³High quality level, as this is a randomized controlled trial. Downgraded to "moderate" due to possible risk of bias (study participants not blinded) and downgraded to "low" due to indirectness of intervention (online intervention was administered in addition to transcranial magnetic stimulation).

Key question 3: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive coordinated outpatient and inpatient care have a better outcome than those who receive an unspecified control condition?

For this purpose, a quasi-experimental longitudinal study was included (Müller et al. 2016).

A detailed description of the results can be found in the background text (long version, section 4.2.5). More detailed information on the evidence can be found in Table 62 in the Appendix.

The study design presented here is a quasi-experimental longitudinal study. The methodological weaknesses of the study were taken into account in the evidence assessment and are noted as footnotes in the evidence tables. The outcomes considered are all to be regarded as relevant, as they are comparable with the outcomes prioritized as high by the mandate holders (see 3.1.3).

Consistency of results/direction of results across studies

The quality was rated as very low for all outcomes. The results of the study are partly contradictory.

For the **outcome "frequency of inpatient treatment"**, for example, there was a tendency towards a clear effect of outpatient-inpatient coordinated care compared to standard care. For **all other outcomes**, only a pre-post comparison within the intervention group was available. There were significant improvements (for the "psychosocial level of functioning" outcome and individual subscales of the "change in symptoms") as well as no changes (for the "subjective quality of life" outcome and one subscale of the "change in symptoms") and deteriorations in individual subscales of the "change in symptoms".

Extent of the benefit compared to the damage

Symptoms worsened in two of the two subscales "severity of schizophrenia" and "negative symptoms". When interpreting these results, it must be taken into account that these are subscales of an already very small number of participants in the intervention group (13 participants). An assessment of the benefits and harms is not possible in view of the heterogeneous results and low quality of the evidence.

Applicability in a clinical context

The applicability of coordinated outpatient and inpatient care requires appropriate resources for agreements (see 6.1).

Table 20: Evidence table for key question 3 - outcome: psychosocial functioning - comparison with standard care

Key question 3: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive coordinated outpatient and inpatient care have a better "outcome" than those who receive an unspecified control condition?						
Psychosocial level of functioning						
Comparison with standard care						
Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality per outcome
Psychosocial functioning level using the Global Assessment of Functioning Scale (GAF) ¹	not specified	Improvement in functional level between baseline and after 12 months (baseline 41.1; after 12 months 52.6; p<0.05).	not specified	Müller et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 26 • 1 quasi-experimental longitudinal study • Schizophrenia or severe psychotic disorder • HiTOP Spectrum of mental disorders • It can be assumed that the personality functioning of 84% of patients is severely impaired.² 	⊕⊖⊖⊖ ³

¹Hilsenroth MJ, Ackerman SJ, Blagys MD et al. Reliability and validity of DSM-IV axis V. American Journal of Psychiatry 2000; 157: 1858-1863

²Based on the results of the expert survey on the impairment of personality functions in various F diagnoses (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

³Low quality level, as this is not a randomized controlled trial. It was downgraded to "very low" because there is no control group for this outcome.

Table 21: Evidence table fo key question 3 - outcome: subjective quality of life - comparison with standard care

Key question 3: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive coordinated outpatient and inpatient care have a better "outcome" than those who receive an unspecified control condition?						
Subjective quality of life						
Comparison with standard care						
Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality per outcome
Subjective quality of life using the Modular System for Quality of Life (MSLQ-R) ¹	not specified	No change in subjective quality of life in 7 subscales between baseline and after 12 months (p-value not statistically significant in each case): <u>Physical health</u> Baseline 4.6; after 12 months 3.9 <u>Vitality</u> Baseline 4.0; after 12 months 3.5 <u>Psychosocial quality of life</u>	not specified	Müller et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 26 • 1 quasi-experimental longitudinal study • Schizophrenia or severe psychotic disorder • HiTOP Spectrum of mental disorders • It can be assumed that the personality functioning of 84% of patients is severely impaired.² 	⊕⊖⊖⊖ ³

		<p>Baseline 4.4; after 12 months 4.4</p> <p><u>Material supply</u> Baseline 4.5; after 12 months 4.7</p> <p><u>Leisure Quality of life</u> Baseline 4.4; after 12 months 4.2</p> <p><u>Affective quality of life</u> Baseline 4.6; after 12 months 4.8</p> <p><u>Total life</u> Baseline 4.3; after 12 months 4.8</p>				
--	--	--	--	--	--	--

¹Pukrop R, Möller HJ, Saß H et al. The construct quality of life. Meta-analytic validation and the development of a modular survey system. Der Nervenarzt 1999; 70: 41-53

²Based on the results of the expert survey on the impairment of personality functions in various F diagnoses (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

³Low quality grade, as this is not a randomized controlled trial. It was downgraded to "very low" because there is no control group for this outcome.

Table 22: Evidence table for key question 3 - outcome: change in symptoms - comparison with standard care

Key question 3: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive coordinated outpatient and inpatient care have a better "outcome" than those who receive an unspecified control condition?						
Change in symptoms						
Comparison with standard care						
Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality per outcome
Change in symptoms using the Clinical Global Impression Scale (CGI-Schizophrenia) ¹	not specified	Improvement in symptoms in 3 subscales between baseline and after 12 months: <u>Severity of the disease</u> Baseline 5.5; after 12 months 4.7; p<0.01 <u>Severity of positive symptoms</u> Baseline 3.8; after 12 months 2.7; p<0.001 <u>Severity of cognitive symptoms</u>	not specified	Müller et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 26 • 1 quasi-experimental longitudinal study • Schizophrenia or severe psychotic disorder • HiTOP Spectrum of mental disorders • It can be assumed that the personality functioning of 84% of patients is severely impaired.² 	⊕⊕⊕⊕ ³

		<p>Baseline 4.4; after 12 months 3.5; p<0.05</p> <p>Worsening of symptoms in 2 subscales between baseline and after 12 months:</p> <p><u>Severity of schizophrenia</u> Baseline 4.3; after 12 months 5.1; p<0.05</p> <p><u>Severity of negative symptoms</u> Baseline 3.6; after 12 months 4.8; p<0.05</p> <p>No change in symptoms in 1 subscale between baseline and after 12 months:</p>				
--	--	---	--	--	--	--

		<u>Severity of depressive symptoms</u> Baseline 3.3; after 12 months 4.0; p-value not significant				
--	--	---	--	--	--	--

¹Haro J, Kamath S, Ochoa SO et al. The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica 2003; 107: 16-23

²Based on the results of the expert survey on the impairment of personality functions in various F diagnoses Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

³Low quality level, as this is not a randomized controlled trial. It was downgraded to "very low" because there is no control group for this outcome.

Table 23: Evidence table for key question 3 - outcome: treatment adherence - comparison with standard care

Key question 3: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive coordinated outpatient and inpatient care have a better "outcome" than those who receive an unspecified control condition?						
Treatment adherence						
Comparison with standard care						
Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality per outcome
Treatment adherence using the Service Engagement Scale (SES) ¹	not specified	Improvement in "patient engagement with treatment" between baseline and after 12 months (baseline 8.7; after 12 months 5.8; p<0.05).	not specified	Müller et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 26 • 1 quasi-experimental longitudinal study • Schizophrenia or severe psychotic disorder • HiTOP Spectrum of mental disorders • It can be assumed that the personality functioning of 84% of patients is severely impaired.² 	⊕⊖⊖⊖ ³

¹Tait L, Birchwood M, Trower P. A new scale (SES) to measure engagement with community mental health services. Journal of Mental Health 2002; 11: 191-198

²Based on the results of the expert survey on the impairment of personality functions in various F diagnoses (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

³Low quality level, as this is not a randomized controlled trial. It was downgraded to "very low" because there is no control group for this outcome.

Table 24: Evidence table for key question 3 - outcome: frequency of inpatient treatment - comparison with standard care

Key question 3: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive coordinated outpatient and inpatient care have a better "outcome" than those who receive an unspecified control condition?						
Frequency of inpatient treatment						
Comparison with standard care						
Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality per outcome
Frequency of inpatient treatment	53.8% of participants in the control group were hospitalized within 424 days (cumulative rate of hospitalization, corresponding to 7 out of 13 people)	15.3% of participants in the intervention group were admitted to hospital within 424 days (cumulative rate of hospitalization, equivalent to 2 out of 13 people)	Odds ratio 0.16 (95% confidence interval 0.02 - 1.0) Participants with integrated care have an 84% lower risk of hospitalization within 424 days than those with standard care.	Müller et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 26 • 1 quasi-experimental longitudinal study • Schizophrenia or severe psychotic disorder • HiTOP Spectrum of mental disorders • It can be assumed that the personality functioning of 84% of patients is severely impaired.² 	⊕⊖⊖⊖ ¹
	Difference In the intervention group, the reduction was 38.5 percentage points higher (corresponding to 5 out of 13 or 39 per 100 people).					

¹Low quality grade, as this is not a randomized controlled trial. A downgrade was made due to a lack of precision of the wide confidence interval.

²Based on the results of the expert survey on the impairment of personality functions in various F diagnoses (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

Key question 4: Do patients with severe impairment of personality functioning who live under one roof in "special forms of housing" have a better outcome than those who receive an unspecified control condition?

Two publications from a prospective cohort study were included for this purpose (Dehn et al. 2022; Dehn et al. 2021).

A detailed description of the results can be found in the background text (long version, section 4.2.6). More detailed information on the evidence can be found in Table 63 in the Appendix.

The study design presented here is a quasi-experimental cohort study. The methodological weaknesses of the study were taken into account in the evidence assessment and are noted as footnotes in the evidence tables. The outcomes considered are all to be regarded as relevant, as they are comparable with the outcomes prioritized as high by the mandate holders (see 3.1.3).

Consistency of results/direction of results across studies

The quality was rated as very low for all outcomes. The results of the study are consistent, as there was no statistically significant evidence of an effect of living in a dormitory for any of the endpoints.

Extent of the benefit compared to the damage

Since no statistically significant difference to the control group could be shown in the study, it is not possible to make a judgment about possible harm or benefit.

Applicability in a clinical context

The applicability of care in special forms of housing under one roof requires appropriate infrastructure (see 6.1).

Table 25: Evidence table for key question 4 - outcome: social functioning - comparison with support in own home

Key question 4: Do patients with severe impairment of personality functioning who live in "special forms of housing" under one roof have a better "outcome" than those who receive an unspecified control condition?						
Social functioning level						
Comparison with support in own home						
Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality per outcome
Social functioning level using the Social Functioning Scale (SFS) ¹	Comparison of (presumably average) SFS score between baseline and t3 (two years later): Baseline: 104.9 t3: 106	Comparison of (presumably average) SFS score between baseline and t3 (two years later): Baseline: 104.8 t3: 107.5	No significant difference between people with permanent housing support compared to people in their own home with regard to the total SFS score (F=0.23, p=0.63, d=0.09) ² .	Dehn et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> n = 124 (intention to treat with propensity score matching) 1 prospective quasi-experimental cohort study "severe mental illness" It can be assumed that the personality functioning of 69% of patients is severely impaired.³ 	⊕⊖⊖⊖ ⁴
	Difference At baseline, the mean score in the intervention group is 0.1 points lower than in the control group, and 1.5 points higher at t3.					
Social functioning level using the Social Functioning Scale (SFS) ¹	Statistically significant improvement in SFS score between baseline and 2 years later (no precise information reported).	Statistically significant improvement in SFS score between baseline and 2 years later (no precise information reported).	No significant difference between people in an inpatient setting/special form of housing compared to people in their own home (outpatient) with regard to the total SFS score (no test result reported).	Dehn et al. (2021)	<ul style="list-style-type: none"> n = 102 (per protocol with propensity score matching) 1 prospective quasi-experimental cohort study "severe mental illness" It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 72% of patients.³ 	⊕⊖⊖⊖ ⁴

¹Birchwood M, Smith JO, Cochrane R, Wetton S, Copestake S (1990) The social functioning scale: the development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programs with schizophrenic patients. Br J Psychiatry 157:853-859. <https://doi.org/10.1192/bjp.157.6.853>; Iffland JR, Lockhofen D, Gruppe H, Gallhofer

B, Sammer G, Hanewald B (2015) Validation of the German version of the social functioning scale (SFS) for schizophrenia. PLoS One 10:e0121807. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121807>

²The key figures of the statistical analysis are reported, in which the data from t2 were used if there were missing values at t3 (Last Observing Carried Forward method)

³Based on the results of the expert survey on the impairment of personality functions in various F diagnoses (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

⁴Low quality level, as this is not a randomized controlled trial. It was downgraded to "very low" because the final report on the project on which the two publications are based made it clear that the control group also includes forms of housing that correspond to our definition of intervention. There is therefore a lack of selectivity between the intervention and control groups.

Table 26: Evidence table for key question 4 - outcome: admission to psychiatric hospital - comparison with support in own home

Key question 4: Do patients with severe impairment of personality functioning who live in "special forms of housing" under one roof have a better "outcome" than those who receive an unspecified control condition?						
Admissions to psychiatric hospital						
Comparison with support in own home						
Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality per outcome
Admissions to a psychiatric hospital	Comparison of prevalence (defined here as the proportion of people in the control group who have been hospitalized in the last 12 months) between baseline and t3 (two years later): Baseline: 59.7% t3: 27.4%	Comparison of prevalence (defined here as the proportion of people in the intervention group who were admitted in the last 12 months) between baseline and t3 (two years later): Baseline: 69.4% t3: 21%	No significant difference between people with permanent housing support compared to people in their own home in terms of hospital admissions in the last 12 months at t3 (two years after baseline) (Chi2(1) = 0.70, p=0.53, V=0.08).	Dehn et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> n = 124 (intention to treat with propensity score matching) 1 prospective cohort study "severe mental illness" It can be assumed that the personality functioning of 69% of patients is severely impaired.¹ 	⊕⊖⊖⊖ ²
	Difference In the control group, the prevalence was reduced by 32.3 percentage points, in the intervention group by 48.4 percentage points. The intervention group therefore showed a 16.1 percentage point higher reduction (i.e. 16 per 100 people).					
Admissions to a psychiatric hospital	Statistically significant reduction in	Statistically significant reduction in	No significant difference between people in an inpatient setting/special form	Dehn et al. (2021)	<ul style="list-style-type: none"> n = 102 (per protocol with propensity score matching) 	⊕⊖⊖⊖ ²

	inpatient stays between baseline and 2 years later (no precise information reported).	inpatient stays between baseline and 2 years later (no precise information reported).	of housing compared to people in their own home (outpatient) with regard to the total SFS score (no test result reported).		<ul style="list-style-type: none"> • 1 prospective quasi-experimental cohort study • "severe mental illness" • It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 72% of patients.¹ 	
--	---	---	--	--	---	--

¹Based on the results of the expert survey on the impairment of personality functions in various F diagnoses (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

²Low quality level, as this is not a randomized controlled trial. It was downgraded to "very low" because the final report on the project on which the two publications are based made it clear that the control group also includes forms of housing that correspond to our definition of intervention. There is therefore a lack of selectivity between the intervention and control groups.

Table 27: Evidence table for key question 4 - outcome: psychopathological symptom severity - comparison with support in the patient's own home

Key question 4: Do patients with severe impairment of personality functioning who live in "special forms of housing" under one roof have a better "outcome" than those who receive an unspecified control condition?						
Psychopathological symptom severity						
Comparison with support in own home						
Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality per outcome
Psychopathological symptom severity using the 9-item Symptom Checklist (SCL-K-9) ¹	Comparison of (presumably average) SCL-K-9 score between baseline and t3 (two years later): Baseline: 13.1 t3: 12.7	Comparison of (presumably average) SCL-K-9 score between baseline and t3 (two years later): Baseline: 11.5 t3: 9.7	No significant difference between people with permanent housing support compared to people in their own home with regard to the SCL-K-9 score (F=3.00, p=0.09, d=0.31) ² .	Dehn et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> n = 124 (intention to treat with propensity score matching) 1 prospective cohort study "severe mental illness" It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 69% of patients.³ 	⊕⊖⊖⊖ ⁴
	Difference At baseline, the mean score in the intervention group is 1.6 points lower than in the control group, and 3 points lower at t3.					
Psychopathological symptom severity using the 9-item Symptom Checklist (SCL-K-9) ¹	Statistically significant improvement in SCL-K-9 score between baseline and 2 years later (no precise information reported).	Statistically significant improvement in SCL-K-9 score between baseline and 2 years later (no precise information reported).	No significant difference between people in an inpatient setting/special form of housing compared to people in their own home (outpatient) with regard to the total SFS score (no test result reported).	Dehn et al. (2021)	<ul style="list-style-type: none"> n = 102 (per protocol with propensity score matching) 1 prospective quasi-experimental cohort study "severe mental illness" It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 72% of patients.³ 	⊕⊖⊖⊖ ⁴

¹Klaghofer R, Brähler E (2001) Construction and test statistical evaluation of a short version of the SCL-90-R. Z Für Klin Psychol Psychiatr Psychother 49:115-124; Prinz U, Nutzinger DO, Schulz H, Petermann F, Braukhaus C, Andreas S (2008) The symptom-check-list-90-R (SCL-90-R) and its short versions: psychometric analyses of inpatients with mental disorders. Phys Med Rehabil Kurortmed 18:337-343. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1093323>

²The key figures of the statistical analysis are reported, in which the data from t2 were used if there were missing values at t3 (Last Observing Carried Forward method)

³Based on the results of the expert survey on the impairment of personality functions in various F diagnoses (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

⁴Low quality level, as this is not a randomized controlled trial. It was downgraded to "very low" because the final report on the project on which the two publications are based made it clear that the control group also includes forms of housing that correspond to our definition of intervention. There is therefore a lack of selectivity between the intervention and control groups.

Table 28: Evidence table for key question 4 - outcome: quality of life - comparison with support in own home

Key question 4: Do patients with severe impairment of personality functioning who live in "special forms of housing" under one roof have a better "outcome" than those who receive an unspecified control condition?						
Quality of life						
Comparison with support in own home						
Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality per outcome
Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) ¹	Comparison of (presumably average) MANSA score between baseline and t3 (two years later): Baseline: 38.5 t3: 42.5	Comparison of (presumably average) MANSA score between baseline and t3 (two years later): Baseline: 38 t3: 41.9	No significant difference between people with permanent housing support compared to people in their own home with regard to the MANSA score (F=0.07, p=0.79, d=0.06) ² .	Dehn et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> n = 124 (intention to treat with propensity score matching) 1 prospective cohort study "severe mental illness" It can be assumed that the personality functioning of 69% of patients is severely impaired.³ 	⊕⊖⊖⊖ ⁴
	Difference At baseline, the mean score in the intervention group is 0.5 points lower than in the control group, and 0.6 points lower at t3.					
Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) ¹	Statistically significant improvement in MANSA score between baseline and 2 years later (no precise information reported).	Statistically significant improvement in MANSA score between baseline and 2 years later (no precise information reported).	No significant difference between people in an inpatient setting/special form of housing compared to people in their own home (outpatient) with regard to the total SFS score (no test result reported).	Dehn et al. (2021)	<ul style="list-style-type: none"> n = 102 (per protocol with propensity score matching) 1 prospective quasi-experimental cohort study "severe mental illness" It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 72% of patients.³ 	⊕⊖⊖⊖ ⁴

¹Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S (1999) Application and results of the manchester short assessment of quality of life (MANSA). Int J Soc Psychiatry 45:7-12. <https://doi.org/10.1177/002076409904500102>

²The key figures of the statistical analysis are reported, in which the data from t2 were used if there were missing values at t3 (Last Observing Carried Forward method)

³Based on the results of the expert survey on the impairment of personality functions in various F diagnoses (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

⁴Low quality level, as this is not a randomized controlled trial. It was downgraded to "very low" because the final report on the project on which the two publications are based made it clear that the control group also includes forms of housing that correspond to our definition of intervention. There is therefore a lack of selectivity between the intervention and control groups.

Key question 5: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive outpatient coordinated care have a better outcome than those who receive an unspecified control condition?

A meta-analysis and a Cochrane review were included here (Dieterich et al. 2017; Lim et al. 2022).

A detailed description of the results can be found in the background text (long version, section 4.2.7). More detailed information on the evidence can be found in Table 64 in the Appendix.

The study designs presented here are a meta-analysis and a Cochrane review. The methodological weaknesses of the study were taken into account in the evidence assessment and are noted as footnotes in the evidence tables. The outcomes considered are all to be regarded as relevant, as they were prioritized as high by the mandate holders (see 3.1.3).

Consistency of results/direction of results across studies

The results of the meta-analyses are consistent, but are subject to uncertainty and heterogeneity between outcomes.

A Cochrane review was available for the **outcome "functioning"**, with the quality of the outcomes ranging from very low to moderate. The results showed a trivial effect of outpatient coordinated care across the outcomes.

A meta-analysis was available for the **outcome "mental quality of life"**, whereby the quality was assessed as low. The result showed a small effect of outpatient coordinated care for this outcome.

A Cochrane review was available for the **outcome "employment status"**, whereby the quality of the outcomes was assessed as low. The results showed a tendency for a positive effect of outpatient coordinated care across the outcomes.

Extent of the benefit compared to the damage

The results contain no evidence of a harmful effect of outpatient coordinated care.

Applicability in a clinical context

The applicability of coordinated outpatient and inpatient care requires appropriate resources for agreements (see 6.1).

Table 29: Evidence table for key question 5 - outcome: functioning - comparison with standard care

Key question 5: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive outpatient coordinated care have a better "outcome" than those who receive an unspecified control condition?						
Functioning						
Comparison with standard care						
Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality per outcome
Functioning short term using the average Global Assessment of Functioning Scale (GAF) ¹ Scores, measured after less than 6 months	not specified	not specified	Mean difference 2.07 (95% confidence interval 0.28 - 3.86) The GAF score of people with intensive case management is on average 2 points higher in the short term than the GAF score of people with standard care.	Dieterich et al. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> n = 797 Meta-analysis of k = 4 randomized controlled trials₁ Severe mental illness (1 study), psychotic illness (1 study), primary psychiatric diagnosis (2 studies) It can be assumed that the personality functioning of 67% of patients is severely impaired.³ 	⊕⊕⊕⊖ ⁴
Functioning medium-term based on the average Global Assessment of Functioning Scale (GAF) ¹ score, measured after 7-12 months	not specified	not specified	Mean difference 0.09 (95% confidence interval -3.11 - 3.28) The GAF score of people with intensive case management does not differ in the medium term from the GAF score of people with standard care.	Dieterich et al. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> n = 722 Meta-analysis of k = 3 randomized controlled trials₁ Psychotic disorder (1 study), primary psychiatric diagnosis (2 studies) It can be assumed that the personality functioning of 66% of patients is severely impaired.³ 	⊕⊕⊖⊖ ⁵

Functioning long-term based on the average Global Assessment of Functioning Scale (GAF) ¹ score, measured after more than 12 months	not specified	not specified	Mean difference 3.41 (95% confidence interval 1.66 - 5.16) The GAF score of people with intensive case management is on average 3 points higher in the long term than the GAF score of people with standard care.	Dieterich et al. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 818 • Meta-analysis of k = 5 randomized controlled trials¹ • Severe mental illness (2 studies), psychotic illness (1 study), primary psychiatric diagnosis (2 studies) • It can be assumed that the personality functioning of 67% of patients is severely impaired.³ 	⊕⊕⊕⊖ ⁴
--	---------------	---------------	---	-------------------------	--	-------------------

¹American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.

²Of these, 2 correspond to two different study centers within one study (referred to as 2 studies in Cochrane Review)

³Based on the results of the expert survey on the impairment of personality functions in various F diagnoses (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

⁴High quality level, as this is a meta-analysis of randomized controlled trials. Downgraded to "moderate" because the Cochrane Risk of Bias Tool found a high risk of bias in the review with regard to blinding of study participants and selective reporting.

⁵Further downgrading to "low" due to the high heterogeneity of the studies (I²=55%).

Table 30: Evidence table for key question 5 - outcome: mental quality of life - comparison with standard care

Key question 5: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive outpatient coordinated care have a better "outcome" than those who receive an unspecified control condition?						
Mental quality of life						
Comparison with standard care						
Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality per outcome
Mental quality of life based on 12-item short Form (SF-12) - Mental Health or 36-item Short Form (SF-36) - Mental Health ¹	not specified	not specified	Hedge`s g 0.26 (95% confidence interval 0.02 - 0.51) Mental quality of life differs to a small ² extent between people with care management and people with standard outpatient care.	Lim et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> • n = 304 • Meta-analysis of k = 3 randomized controlled trials • Bipolar disorder and schizophrenia • internalizing and spectrum of thought disorders • It can be assumed that personality functioning is severely impaired in 75% of patients.³ 	⊕⊕⊖⊖ ⁴

¹Kilbourne AM, Post EP, Nossek A, et al. Service delivery in older patients with bipolar disorder: a review and development of a medical care model. *Bipolar Disorders*. 2008; 10:672-683; Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*. 2005;14:875-82. doi: 10.1007/s11136-004-1014-5. PubMed PMID: 16022079.

²Cohen, J. (1969). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (1st ed.). New York, NY: Academic Press

³Based on the results of the expert survey on the impairment of personality functions in various F diagnoses (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr). Assessment of personality functioning based on the assumption that all patients have a corresponding diagnosis. However, the inclusion criterion for the meta-analysis was only that the majority of patients in the respective individual studies had a corresponding diagnosis.

⁴High quality level, as this is a meta-analysis of randomized controlled trials. Downgraded to "moderate" due to methodological weaknesses according to the AMSTAR checklist (Coenen et al., 2013) (e.g. lack of information on the search period). Further downgrading to "low" due to lack of precision of the 95% confidence interval.

Table 31: Evidence table for key question 5 - outcome: employment status - comparison with standard care

Key question 5: Do patients with severe impairment of personality functioning who receive outpatient coordinated care have a better "outcome" than those who receive an unspecified control condition?						
Employment status						
Comparison with standard care						
Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality per outcome
Employment status medium term (Unemployment at the end of the study, measured after 7-12 months)	461 cases in 572 participants with standard care (corresponds to 806 cases per 1000 people and thus a risk of 0.81)	398 cases among 564 participants with intensive case management (corresponds to 706 cases per 1000 people and thus a risk of 0.71)	Risk ratio 0.89 (95% confidence interval 0.79 - 1) People with intensive case management tend to have an 11% lower risk of being unemployed in the medium term than people with standard care.	Dieterich et al. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> n = 1 136 Meta-analysis of k = 4 randomized controlled trials¹ Severe mental illness (3 studies), schizophrenia or schizophrenia-like psychosis (1 study) It can be assumed that the personality functioning of 83% of patients is severely impaired.² 	⊕⊕⊖⊖ ³
	Difference The difference corresponds to 100 fewer cases per 1000 people in the intervention group.					
Employment status long term (Unemployment at the end of the study, measured after more than 12 months)	436 cases in 569 participants with standard care (corresponds to 766 cases per 1000 people and thus a risk of 0.77)	315 cases among 560 participants with intensive case management (corresponds to 563 cases per 1000 people and thus a risk of 0.56)	Risk ratio 0.70 (95% confidence interval 0.49 - 1) People with intensive case management tend to have a 30% lower risk of long-term unemployment than people with standard care.	Dieterich et al. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> n = 1 129 Meta-analysis of k = 4 randomized controlled trials¹ Severe mental illness (2 studies), schizophrenia or bipolar disorder (1 study), schizophrenia or schizophrenia-like psychosis (1 study) 	⊕⊕⊖⊖ ³
	Difference					

	The difference corresponds to 203 fewer cases per 1000 people in the intervention group.			<ul style="list-style-type: none"> • It can be assumed that the personality functioning of 83% of patients is severely impaired.² 	
--	--	--	--	---	--

¹Of these, 2 correspond to two different study centers within one study (referred to as 2 studies in Cochrane Review)

²Based on the results of the expert survey on the impairment of personality functions in various F diagnoses (Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr).

³High quality level, as this is a meta-analysis of randomized controlled trials. Downgraded to "moderate" because the Cochrane Risk of Bias Tool found a high risk of bias in the review with regard to blinding of study participants and selective reporting. Further downgrading to "low" due to inconsistency, as there was significant heterogeneity between the studies or a high proportion of variance between the point estimates of the individual studies that could be explained by study differences (I2 75% or 94%).

Key question 9: Do patients with severe impairment of personality functioning who have a regular mental health care professional have a better outcome than those who do not?

For this key question, 17 systematic reviews or meta-analyses were used (Bourke et al. 2021; Browne et al. 2021; Constantino et al. 2018; Elliott et al. 2018; Eubanks et al. 2018; Farber et al. 2018; Flückiger et al. 2018; Gelso et al. 2018; Haw et al. 2023; Hayes et al. 2018; Hill et al. 2018; Howard et al. 2022; Krivzov et al. 2021; Loughlin et al. 2020; Stovell et al. 2016; Troup et al. 2022; Tryon et al. 2018).

A detailed description of the results can be found in the background text (long version, section 4.2.8). More detailed information on the evidence can be found in Table 65 in the Appendix.

Consistency of results/direction of results across studies

The results of the meta-analyses are consistent, but in some cases heterogeneous - depending on the therapeutic relationship factor examined.

Extent of the benefit compared to the damage

The benefits of a carefully considered, enduring, trusting relationship are found very consistently across many studies and study designs, in different countries and with different patient groups. However, individual behaviors can also be detrimental to patients, as has been elaborated in the guideline text. However, the meta-analysis by Eubanks et al. (2018) also shows that relationship breakdowns can even be helpful if they are dealt with therapeutically.

Applicability in a clinical context

The results are directly clinically relevant.

Table 32: Evidence table for key question 9 - patient and family experiences with early intervention services

Key question 9: Do patients with severe impairment of personality functioning who have a regular mental health care professional have a better outcome than those who do not?							
Experiences of patients and relatives with early intervention services							
Summarized result of the meta-analysis	Methodological limitations	Coherence	Adequacy of the data	Relevance	Reference	Study basis	GRADE-CERQual Quality
Patients and family members attribute a close relationship with early intervention services staff as the most important role in their recovery. A close therapeutic relationship promotes a sense of agency, interaction with others and improves a sense of identity. The relationship is perceived as particularly helpful if the employees are calm, warm and approachable, use "simple" language and adopt a non-judgmental attitude.	No or very minor concerns	no or very minor concerns	no or very minor concerns	no or very minor concerns	(Loughlin, Bucci, Brooks, & Berry, 2020)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 14 studies • n = 340 patients and relatives • P: Schizophrenia and bipolar disorders 	⊕⊕⊕⊕
	Justification: The authors have carried out a systematic quality assessment, the range is 18-28 (out of 30), assessment by 2 authors independently of each other. The Body of Data was developed through thematic analysis based on critical realism. Core themes and sub-themes were identified	Justification: The topics per study are clearly presented. The individual findings correspond well with the overall findings.	Rationale: Number of studies and patients are high, the richness is medium, but it is well explained how helpful relationships should be designed (this aspect is rich and this is relevant for our guideline)	Justification: The studies are mainly from Australia and the UK, are they transferable to Germany? --> Presumably yes, as far as the relationship is concerned; the early interventions themselves could look different here. Due to the high relevance for patients in Germany (see Rohenkohl et al., 2023), classified as directly relevant overall. 4 databases were systematically searched			

Table 33: Evidence table for key question 9 - patients' experiences with psychotherapy for self-harm

Key question 9: Do patients with severe impairment of personality functioning who have a regular mental health care professional have a better outcome than those who do not?							
Patients' experiences with psychotherapy for self-harm							
Summarized result of the meta-analysis	Methodological limitations	Coherence	Adequacy of the data	Relevance	Reference	Study basis	GRADE-CERQual Quality
<p>The structure of a trusting therapeutic relationship, which is based on patience and is non-judgmental, was decisive for the perceived success of the therapy, which was unique for each person and often went beyond the reduction of self-harming behavior.</p> <p>The process of developing trust is complex and non-linear; it takes time and patience for patients to feel safe, with the boundaries of the relationship being tested again and again in order to establish a sense of security.</p> <p>Without a trusting relationship, the therapeutic space is</p>	No or very minor concerns	No or very minor concerns	Minor concerns	No or very minor concerns	(Haw, Hartley, Trelfa, & Taylor, 2023)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 10 studies • n = 104 patients • P: Patients in individual psychotherapy due to self-harm 	⊕⊕⊕⊕
	<p>Rationale: Quality assessment of the individual studies based on CASP, reflexivity is high. Body of data is developed based on a thorough meta-ethnographic approach. The review was preregistered in PROSPERO.</p>	<p>Justification: The topics per article are shown in the Appendix (Tab. 1). 9 out of 10 studies found the relationship to be important as a "vehicle for change". High coherence also with regard to the topic of trust as the basis for change. Individual findings are in good agreement with the overall findings</p>	<p>Justification: The quantity is high, the richness is medium. The Appendix contains a few more examples of quotations - overall a good mixture of richness and conciseness.</p>	<p>Reason: 1 study from Germany included, otherwise from the UK, but also from the USA, Sweden and Iran. The patient population fits our research question. 4 DB searched, systematic approach</p> <p>Assessment: direct relevance: patients with SBPF are affected</p>			

experienced as unsafe and patients will either withhold information or become demotivated about therapy. This can lead to delayed reporting of self-harming tendencies and thus increase the risks.

--	--	--	--	--	--	--	--

Table 34: Evidence table for key question 9 - clinicians' experiences in dealing with patients with severe impairment of personality functioning

Key question 9: Do patients with severe impairment of personality functioning who have a regular mental health care professional have a better outcome than those who do not?							
Experiences of clinicians in dealing with patients with SBPF							
Summarized result of the meta-analysis	Methodological limitations	Coherence	Adequacy of the data	Relevance	Reference	Study basis	GRADE-CERQual Quality
Strong, trusting relationships between clinicians and patients are the key to successful treatment. However, clinicians' experiences with such relationships vary. On the one hand, there are positive aspects (the patients are experienced as "reliable", "honest" and "creative" and their own role as helpful), on the other hand, there are often negative feelings and burnout experiences (the patients are perceived as "demanding", "challenging", "risky", "dependent", "self-destructive", "manipulative", "non-compliant", "untreatable" and "borderline"). The patient's difficulties were seen as permanent and urgent. Clinicians can feel	Minor concerns	Moderate concerns	Minor concerns	Minor concerns	(Troup et al., 2022)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 27 samples • n = 550 therapists • P: Therapists of people with severe impairment of personality functioning 	⊕⊕⊕⊖ ⁶
	Rationale: Thorough quality assessment of the individual studies using CASP, which revealed low quality in some cases or a lack of information on the assessment of quality in individual studies. The body of data was compiled using thematic analysis with the Nvivo software. This approach reduced distortions, but	Justification: The topics are not systematically presented per study; individual studies are referenced per topic, but not all of them.	Justification: The quantity is high, the richness is very good.	Rationale: 6 databases were searched, systematic approach to inclusion and exclusion of articles. Study participants are clinicians and administrative staff who work with "patients with complex emotional needs" (de facto mostly patients with BPD); there is no study from Germany, but mainly from the UK, Australia, Sweden, but also South Africa and the USA. However, it would be surprising if the findings did not apply to			

<p>overwhelmed by "a bottomless pool of needs", especially as there are often co-morbid diagnoses and wider social problems relating to housing, employment, finances and social networks. Clinicians often find themselves idealized by patients and feel that nothing they do is good enough. While building an authentic relationship with the patient is considered essential, clinicians also stated that they feared being drained and emotionally overwhelmed, feeling vulnerable and dangerously close to losing their self-esteem. Supervision and better training can reduce these negative attitudes from the clinician's perspective and improve patient understanding.</p>	<p>possibly at the expense of the depth of the analysis.</p>			<p>Germany, except for the results on supervision and differences between care sectors, as these are dependent on the care system, hence indirect relevance.</p>			
---	--	--	--	--	--	--	--

⁶Downgraded due to minor concerns regarding methodological limitations, adequacy of data and relevance. Moderate concerns regarding coherence, but these are not as significant, therefore overall moderate quality.

Table 35: Evidence Table for key question 9 - Effect of Shared Decision Making on Therapeutic Relationship

Key question 9: Do patients with severe impairment of personality functioning who have a regular mental health care professional have a better outcome than those who do not?						
Effect of shared decision making on the therapeutic relationship						
Comparison with treatment as usual						
Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality
Therapeutic relationship ¹	not specified	not specified	<p>Hedge's $g=0.21$ (95% CI 0.07-0.35)</p> <p>This corresponds to the effect size after exclusion of a study that had caused high heterogeneity; after this exclusion, the I^2 was 20% (corresponding to low heterogeneity).</p> <p>Interventions to strengthen participatory decision-making ("Shared Decision Making"), in personal contact (individual or group setting) improve the therapeutic relationship, especially with regard to the alliance and the quality of communication, slightly² compared to treatment as usual.</p>	(Stovell, Morrison, Panayiotou, & Hutton, 2016)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 11 RCTs, meta-analysis • n = 1168 patients • P: Schizophrenia spectrum disorder 	⊕⊕⊕⊖ ^{5,6}

¹Measurement using various constructs (alliance, quality of communication, satisfaction with the healthcare professional) and survey instruments.

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences (1st ed.)

⁵High quality level, as it is a meta-analysis of randomized controlled trials. Low risk of bias (10 of 11 AMSTAR criteria fully met).

⁶Downgrading due to low precision of the 95% confidence interval.

Table 36: Evidence table for key question 9 - Interpersonal dynamics and therapeutic relationship

Key question 9: Do patients with severe impairment of personality functioning who have a regular mental health care professional have a better outcome than those who do not?							
Interpersonal dynamics and the therapeutic relationship							
Summarized result of the meta-analysis	Methodological limitations	Coherence	Adequacy of the data	Relevance	Reference	Study basis	GRADE-CERQual Quality
Patients often experience other people as unreliable, i.e. as unavailable, controlling and overprotective. In order to adapt to these unreliable people, they try to please and control them, for example by suppressing their emotional expression. The results suggest that it would be beneficial for healthcare professionals to adopt a more interpersonal perspective on difficulties with emotion regulation.	No or minor concerns	No or minor concerns	Minor concerns	Moderate concerns	(Krivzov, Baert, Meganck, & Cornelis, 2021)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 22 case studies • n = 23 patients • P: functional somatic syndrome 	⊕⊕⊕⊖ ⁶
	Justification: The original material was comprehensively assessed, very complex data extraction and exclusion of theory-heavy sentences. High degree of reflexivity (e.g. the group of researchers was explicitly expanded to take different perspectives into account). Body of data: The studies were carefully summarized using thematic analysis against the background of critical realism.	Justification: The topics per study are listed in the supplement. Overall findings and individual findings agree very well. There is a high degree of coherence (e.g. that the other person is experienced as unreliable occurred in 22 out of 23 of the cases).	Justification: The richness of the results is high, but the quantity is moderate (23 cases).	Reason: It is unknown which country the patients come from or where the therapy took place. The P is only partially appropriate (e.g. there are also cases with chronic fatigue), therefore only partially relevant. The cases were obtained from the Single Case Archive (SCA), the largest database for single case descriptions, which is fed by the systematic screening of large peer-reviewed journals. The main selection criterion was the diagnostic fit.			

⁶Downgraded due to minor concerns regarding the adequacy of the data and moderate concerns regarding relevance.

Table 37: Evidence table for key question 9 - self-opening and immediacy

Key question 9: Do patients with severe impairment of personality functioning who have a regular mental health care professional have a better outcome than those who do not?							
Self-opening and immediacy							
Summarized result of the meta-analysis	Methodological limitations	Coherence	Adequacy of the data	Relevance	Reference	Study basis	GRADE-CERQual Quality
After therapists say something that conveys something personal (beyond the therapy) about them ("self-disclosure"), the therapeutic relationship is most often strengthened, followed by an improvement in the patient's psychological well-being and insight. In a quarter of cases, however, self-disclosure is not helpful for the patient, and in 5% of cases it is negative for the therapist.	Moderate concerns	No or minor concerns	Moderate concerns	serious concerns	(Hill, Knox, & Pinto-Coelho, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 21 studies • n = 184 patients • P: Patients in psychotherapy 	⊕⊕⊕⊕
	Justification: The quality of the individual studies was only assessed by way of example. A positive aspect is that transcripts were analyzed. The body of data was summarized by counting, which is systematic and easy to understand, but levels out the advantage of qualitative work.	Justification: The data extraction per study is listed very precisely. The coherence of the findings regarding the therapeutic relationship is very high.	Justification: The N per finding is clearly presented. The quantity is high, but the depth of the analysis and thus the richness are rather low.	Rationale: It is only clear for one of the individual studies whether the patient population is suitable for our guideline, therefore only partial relevance (with a tendency towards "unclear relevance"). 1 database was systematically searched and authors were contacted. Unpublished studies were also considered.			

⁶ The main reason for the overall very low quality rating is the unclear or only partial relevance of the results for this guideline.

Table 38: Evidence table for key question 9- impact factor target consensus and cooperation

Key question 9: Do patients with severe impairment of personality functioning who have a regular mental health care professional have a better outcome than those who do not?						
Impact factor Target consensus						
Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality
Result of the psychotherapy ¹	not applicable	not applicable	<p>Correlation r=0.24 (95% CI 0.19-0.28)</p> <p>Effect size d=0.49 (95% CI 0.39; 0.58)</p> <p>If therapists and patients agree on the goals of psychotherapy and the way in which these are to be achieved, then the outcome of psychotherapy is slightly better.</p> <p>With a Cohen's d of 0.49, 69% of the "treatment" group will score above the mean of the "control" group, 81% of the two groups will overlap, and there is a 63% chance that a person randomly selected from the "treatment" group will achieve a better treatment outcome than a person randomly selected from the "control" group. ²</p>	Tryon et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 54 studies • n = 7,278 patients • P: Patients in psychotherapy 	⊕⊕⊕⊕ ^{5,6}

Impact factor cooperation						
Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality
Result of the psychotherapy ¹	not applicable	not applicable	<p>Correlation r=0.29 (95% CI 0.24-0.34)</p> <p>Effect size d=0.61 (95% CI 0.49; 0.72)</p> <p>If therapist and patient enter into a respectful, mutually cooperative relationship, the outcome of psychotherapy is moderately better.</p> <p>With a Cohen's d of 0.61, 73% of the "treatment" group will score above the mean of the "control" group, 76% of the two groups will overlap, and there is a 67% chance that a person randomly selected from the "treatment" group will have a better treatment outcome than a person randomly selected from the "control" group. ²</p>	Tryon et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 53 studies • n = 5,286 patients • P: Patients in psychotherapy 	⊕⊕⊕⊕ ^{5,6}

¹All outcomes were aggregated. If several outcomes were examined in an original study, the authors calculated averaged coefficients per study.

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Formulation in layman's language based on: <https://rpsychologist.com/cohend/>

⁵Low quality level, as this is a meta-analysis of observational studies.

⁶Downgrading due to high risk of bias (6 of 11 AMSTAR criteria fully met), also inconsistency (with considerable heterogeneity of results).

Table 39: Evidence table for key question 9 - impact factor expectations of the treatment outcome

Key question 9: Do patients with severe impairment of personality functioning who have a regular mental health care professional have a better outcome than those who do not?						
Impact factor Expectations of the treatment outcome						
Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality
Result of the psychotherapy ¹	not applicable	not applicable	<p>Correlation $r=0.18$ (95% CI 0.14-0.22)</p> <p>Effect size $d=0.36$ (95% CI n.a.)</p> <p>If patients suspect that they will respond well to the treatment they are undergoing or are about to start, then the outcome of psychotherapy is slightly better. It is assumed that this effect is due to "re-moralization".</p> <p>With a Cohen's d of 0.36, 64% of the "treatment" group will score above the mean of the "control" group, 86% of the two groups will overlap, and there is a 60% chance that a person randomly selected from the "treatment" group will have a better treatment outcome than a person randomly selected from the "control" group.²</p>	(Constantino, Višlă, Coyne, & Boswell, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • $k = 72$ studies, 81 samples • $n = 12,722$ patients • P: Patients, at least 3 sessions of psychotherapy 	⊕⊕⊕⊕ ^{5,6}

¹All outcomes were aggregated. If several outcomes were examined in an original study, the authors calculated averaged coefficients per study.

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Formulation in layman's language based on: <https://rpsychologist.com/cohend/>

⁵Low quality level, as this is a meta-analysis of observational studies.

⁶Downgrading due to high risk of bias (4 of 11 AMSTAR criteria fully met), also inconsistency (with considerable heterogeneity of results, $I^2 = 76\%$), which was however addressed by means of moderator analysis.

Table 40: Evidence table for key question 9 - impact factor empathy

Key question 9: Do patients with severe impairment of personality functioning who have a regular mental health care professional have a better outcome than those who do not?						
Impact factor empathy						
Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality
Result of the psychotherapy¹	not applicable	not applicable	<p>Correlation $r=0.28$ (95% CI 0.23-0.33)</p> <p>Effect size $d=0.58$ (95% CI n.a.)</p> <p><i>Effect in severely ill patients: (k=15); $r=0.32$ (95% CI n.a.)</i></p> <p>If the therapeutic relationship is characterized by empathy (defined by: 1. empathic response of the therapist to the patient, 2. expressed understanding of the patient's perspective and values, and 3. the patient's experience of being understood in therapy), then the outcome of psychotherapy is moderately better.</p> <p>This effect is more pronounced in severely ill patients than in patients with</p>	(Elliott, Bohart, Watson, & Murphy, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 82 samples • n = 6,138 patients • P: Patients in psychotherapy (the results were stratified by diagnostic group in a moderator analysis) 	⊕⊕⊕⊕ ^{5,6}

			<p>less severe impairment of personality functioning.</p> <p>With a Cohen's d of 0.58, 72% of the "treatment" group will score above the mean of the "control" group, 77% of the two groups will overlap, and there is a 66% chance that a person randomly selected from the "treatment" group will achieve a better treatment outcome than a person randomly selected from the "control" group.²</p>			
--	--	--	--	--	--	--

¹All outcomes were aggregated. If several outcomes were examined in an original study, the authors calculated averaged coefficients per study.

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Formulation in layman's language based on: <https://rpsychologist.com/cohend/>

⁵Low quality level, as this is a meta-analysis of observational studies.

⁶Downgrading due to high risk of bias (6 of 11 AMSTAR criteria fully met), also inconsistency (with considerable heterogeneity of results, I²=72%), which was, however, addressed by a moderator analysis.

Table 41: Evidence table for key question 9 - impact factor positive appreciation

Key question 9: Do patients with severe impairment of personality functioning who have a regular mental health care professional have a better outcome than those who do not?						
Impact factor Positive appreciation						
Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality
Result of the psychotherapy ¹	not applicable	not applicable	<p>Hedges g=0.36 (95% CI 0.28-0.44) taking into account the clustered data structure</p> <p>The effect was lower in severely ill patients (k=12) than in patients with anxiety disorders/depression, but no separate effect estimates were given for this.</p> <p>If the therapeutic relationship is characterized by acceptance and positive regard, then the outcome of psychotherapy is slightly better.</p> <p>It is possible that this behavior "works" less well when personality functions are severely impaired.</p> <p>With a Hedges g of 0.36, 64% of the "treatment" group will score above the mean of the "control" group, 86% of the two groups will overlap, and there is a 60% chance that a</p>	(Farber, Suzuki, & Lynch, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 64 studies • n = 3,528 patients • P: Patients in psychotherapy 	⊕⊕⊕⊕ ^{5,6}

			<p>person randomly selected from the "treatment" group will achieve a better treatment outcome than a person randomly selected from the "control" group.²</p>			
--	--	--	--	--	--	--

¹All outcomes were aggregated. If several outcomes were examined in an original study, the authors calculated averaged coefficients per study.

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Formulation in layman's language based on: <https://rpsychologist.com/cohend/>

⁵Low quality level, as this is a meta-analysis of observational studies.

⁶Downgrading due to high risk of bias (4 of 11 AMSTAR criteria fully met), inconsistency (with considerable heterogeneity of results, $I^2 = 67\%$, whereby this was addressed by moderator analysis) and suspicion of publication bias (based on funnel plot and fail-safe N).

Table 42: Evidence table for key question 9 - impact factor real relationship

Key question 9: Do patients with severe impairment of personality functioning who have a regular mental health care professional have a better outcome than those who do not?						
Impact factor real relationship						
Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality
Result of the psychotherapy¹	not applicable	not applicable	<p>Correlation $r=0.38$ (95% CI 0.30-0.44)</p> <p>Effect size $d=0.80$ (95% CI n.a.)</p> <p>The more realistically the participants in a therapeutic relationship experience and perceive each other and the more sincerely they treat each other, the stronger the so-called real relationship. The outcome of psychotherapy is clearly linked to this.</p> <p>With a Cohen's d of 0.80, 79% of the "treatment" group will score above the mean of the "control" group, 69% of the two groups will overlap, and there is a 71% chance that a person randomly selected from the "treatment" group will achieve a better treatment outcome than a</p>	(Gelso, Kivlighan, & Markin, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • $k = 16$ studies • $n = 1,502$ patients • P: Patients in psychotherapy 	⊕⊕⊕⊕ ^{5,6}

			person randomly selected from the "control" group. ²			
--	--	--	---	--	--	--

¹All outcomes were aggregated. If several outcomes were examined in an original study, the authors calculated averaged coefficients per study. In a moderator analysis, the effect of the type of outcome was analyzed and no significant difference was found (however, separate effect estimates per outcome were not reported).

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Formulation in layman's language based on: <https://rpsychologist.com/cohend/>

⁵Low quality level, as this is a meta-analysis of observational studies.

⁶Downgraded due to high risk of bias (6 of 11 AMSTAR criteria fully met), also indirectness.

Table 43: Evidence table for key question 9 - impact factor countertransference management

Key question 9: Do patients with severe impairment of personality functioning who have a regular mental health care professional have a better outcome than those who do not?						
Impact factor countertransference management						
Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality
Result of the psychotherapy¹	not applicable	not applicable	<p>Correlation $r=0.51^3$ (95% CI 0.30-0.72)</p> <p>Effect size $d=1.20$ (95% CI n.a.)</p> <p>When therapists are aware of how they react to patients emotionally, cognitively and physically ("countertransference") and understand, regulate and use these reactions appropriately ("countertransference management"), the outcome of psychotherapy is significantly better. Unreflective and unregulated countertransference manifests itself, for example, in therapists avoiding certain topics in conversations with patients, being over-involved or satisfying their own needs by excessively caring for the patient.</p>	(Hayes, Gelso, Goldberg, & Kivlighan, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 9 studies • n = 392 patients • P: Patients in psychotherapy 	⊕⊖⊖⊖ ^{5,6}

			<p>With a Cohen's d of 1.20, 89% of the "treatment" group will score above the mean of the "control" group, 55% of the two groups will overlap, and there is an 80% chance that a person randomly selected from the "treatment" group will achieve a better treatment outcome than a person randomly selected from the "control" group.²</p>			
--	--	--	---	--	--	--

¹All outcomes were aggregated. If several outcomes were examined in an original study, the authors calculated averaged coefficients per study.

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Formulation in layman's language based on: <https://rpsychologist.com/cohend/>

³Effect estimator after Fill&Trim procedure.

⁵Low quality level, as this is a meta-analysis of observational studies.

⁶Downgrading due to indirectness. Although the studies involved the therapists and not the patients directly, the therapist's countertransference may be different (or more difficult to regulate) in patients with SBPF than in other patients, which is why the evidence is assessed as indirect.

Table 44: Evidence table for key question 9 - impact factor alliance and repair of alliance ruptures

Key question 9: Do patients with severe impairment of personality functioning who have a regular mental health care professional have a better outcome than those who do not?						
Impact factor Alliance ⁰						
Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality
Result of the psychotherapy¹	not applicable	not applicable	<p>Correlation r=0.28 (95% CI 0.26-0.30)</p> <p>Effect size d=0.58 (95% CI n.a.)</p> <p>Effect with BPS (k=9): r=0.32 (95% CI n.a.)</p> <p>Effect on PTSD (k=7): r=0.31 (95% CI n.a.)</p> <p>Effect in schizophrenia (k=12): r=0.30 (95% CI n.a.)</p>	(Flückiger, Del Re, Wampold, & Horvath, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 295 samples (of k=100 RCTs and k=195 observational studies) • n ≈ 30,000 patients • P: Patients in psychotherapy, separate results for borderline personality disorder (BPD), post-traumatic stress disorder (PTSD) and schizophrenia 	⊕⊕⊕⊖ ⁵
Change in psychiatric symptoms in general³	not applicable	not applicable	<p>in the assessment of the alliance by patients: Correlation r=0.29 (95% CI 0.13-0.45)</p> <p>in the assessment of the alliance by therapists: Correlation r=0.24 (95% CI 0.09-0.39)</p>	(Bourke, Barker, & Fornells-Ambrojo, 2021)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 5 studies • n = 376 patients • P: Patients with psychoses in psychotherapy 	⊕⊕⊕⊖ ^{6a}

Change in psychotic symptoms ⁴	not applicable	not applicable	<p><i>in the assessment of the alliance by patients:</i> Correlation r=0.17 (95% CI 0.04-0.30)</p> <p><i>in the assessment of the alliance by therapists:</i> Correlation r=0.30 (95% CI 0.14-0.46)</p>	(Bourke, Barker, & Fornells-Ambrojo, 2021)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 5 studies • n = 376 patients • P: Patients with psychoses in psychotherapy 	⊕⊖⊖⊖ ^{6b}
Change in psychotic symptoms ⁴	not applicable	not applicable	<p><i>in the assessment of the alliance by patients:</i> <u>no</u> evidence for a correlation (no effect estimates given, p>0.12)</p> <p><i>in the assessment of the alliance by therapists:</i> Correlation with positive symptoms r=-0.14 (95% CI -0.24 - -0.03)</p> <p>Correlation with negative symptoms r=-0.22 (95% CI -0.32 - -0.12)</p>	(Browne et al., 2021)	<p><i>for assessment of the alliance by patients:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • k = 6 studies • n = 939 patients <p><i>for assessment of the alliance by therapists:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • k = 5 studies • n = 728 patients • P: Schizophrenia spectrum disorder 	⊕⊕⊖⊖ ⁷
PTSD symptoms	not applicable	not applicable	<p><i>Assessment of the Alliance by patients:</i> Correlation r=-0.34 (CI -0.43 to -0.23)</p>	(Howard, Berry, & Haddock, 2022)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 12 studies • n = 691 patients • P: PTSD 	⊕⊕⊖⊖ ⁸
Impact factor Repair of alliance ruptures						

Outcome	Risk control group	Risk intervention group	Relative effect	Study information	Study basis	Quality
Result of the psychotherapy ¹	not applicable	not applicable	<p>Correlation r=0.29 (95% CI 0.10-0.47)</p> <p>Effect size d=0.62 (95% CI n.a.)</p>	(Eubanks, Muran, & Safran, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • k = 11 samples • n = 1,314 patients • Patients in psychotherapy (patients with personality disorders were examined separately and no moderator effect was found) 	⊕⊕⊕⊕ ⁹
			If the therapeutic alliance is strong and alliance disorders are well addressed, then the outcome of psychotherapy is slightly to moderately better. Symptoms also often improve, but differences have been found depending on who assesses the alliance - the therapist or the patient (an improvement in psychotic symptoms is less strongly related to how the patient assesses the alliance than to how the therapist does so).			

¹Alliance was measured in 2/3 of the studies using one of the following instruments: the California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS), the Helping Alliance Questionnaire (HAQ), the Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPSS) and the Working Alliance Inventory (WAI).

¹All outcomes were aggregated. If several outcomes were examined in an original study, the authors calculated averaged coefficients per study.

²Cohen, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Formulation in layman's language based on: <https://rpsychologist.com/cohend/>

³Measured with the Brief Psychiatric Rating Scale (BRPS-24), the Target Complaints Scale or assessment by the therapist.

⁴Measured with subscales of the PANSS and PSYRATS (hallucinations and misperception).

⁵High quality level, as this is a meta-analysis of randomized clinical trials and observational studies. The meta-regression showed that the study design did not change the effect. Downgraded due to high risk of bias (5 of 11 AMSTAR criteria fully met).

^{6a}Low quality level, as this is a meta-analysis of observational studies. Low risk of bias (10 of 11 AMSTAR criteria fully met). With regard to the precision criterion, the patient's assessment was taken as the basis for the decision; precision was high here. Very high consistency ($I^2 = 0\%$). Upgrading, as plausible confounding would increase the effect (as it was shown that the effect is stronger in severely ill patients and the very severely ill are presumably underrepresented in the study, the effect would be even stronger if this selection effect were taken into account).

^{6b}Low quality level, as this is a meta-analysis of observational studies. Low risk of bias (10 of 11 AMSTAR criteria fully met). Downgrading due to low precision (with regard to the precision criterion, the patients' assessment of the alliance was taken as the basis for the decision).

⁷Low quality level, as this is a meta-analysis of observational studies. Low risk of bias (10 of 11 AMSTAR criteria fully met).

⁸Low quality level, as this is a meta-analysis of observational studies. Low risk of bias (10 of 11 AMSTAR criteria fully met). Neither downgrading nor upgrading.

⁹Low quality level, as this is a meta-analysis of observational studies. Downgraded due to high risk of bias (6 of 11 AMSTAR criteria fully met). In addition, inconsistent results ($I^2 = 84\%$), which were addressed by a moderator analysis.

Key question 11: Does dimensional diagnostics have an advantage over non-dimensional diagnostics for patients and/or providers (e.g. better doctor-patient communication, greater satisfaction with treatment, less experience of stigmatization)?

Due to the limited transferability of the PICO scheme to studies on diagnostic instruments, particularly with regard to the aspects of control group and intervention, as well as the lack of transferability of effect estimates of the effectiveness of interventions to effect estimates of psychometric quality criteria, the evidence tables for this key question were adapted accordingly. Here, 2 primary studies (Weekers et al. 2024; Wendt et al. 2024b), 3 meta-analyses (Young and Beazley 2023; Markon et al. 2011; Haslam et al. 2020) and 5 narrative reviews (Birkhölzer, M., Schmeck, K., & Goth, K. 2021; Hörz-Sagstetter et al. 2021; Morey et al. 2022; Sharp and Wall 2021; Zimmermann et al. 2023) were included. (The following individual studies from the reviews mentioned were highlighted: Buer Christensen et al. 2020; Morey et al. 2013; Morey et al. 2014.)

A detailed description of the results can be found in the background text (long version, section 4.2.2). More detailed information on the evidence can be found in Table 66 in the Appendix. Here too, the table was adapted to the specific case of diagnostic studies.

The study design presented here is primarily reviews and meta-analyses. The methodological weaknesses of the study were taken into account in the evidence assessment, are noted in the evidence tables and are discussed in detail in the background text. The outcomes considered are generally regarded as relevant for clinical diagnostics (see e.g. Mullins-Sweatt and Widiger 2009) and were agreed by the Working group on key question 11.

Consistency of results/direction of results across studies

The results of the studies are consistent and the authors of the studies come to consistent conclusions regarding the outcomes.

Extent of the benefit compared to the damage

The results provide no evidence of harmful effects of the use of dimensional diagnostics. On the contrary, the studies provide evidence of a relatively lower risk of stigmatization of patients compared to categorical diagnostics, as described in more detail in the background text to key question 11.

Applicability in a clinical context

The application of dimensional diagnostics in clinical practice is possible. The recommended instruments are available in German, many of them free of charge. Other language versions are also available or are becoming increasingly available.

Table 45: Evidence table for key question 11, recommendation 1.1

Key question 11: "Does dimensional diagnostics have an advantage over non-dimensional diagnostics for patients and/or providers (e.g. better doctor-patient communication, greater satisfaction with treatment, less experience of stigmatization)?"				
"The diagnosis of impairments of personality functions should be dimensional and not limited to categorical personality disorder diagnoses."				
[Evidence in relation to the dimensional construct/concept] (recommendation grade: B - should)				
Haslam et al. (2020)				
Markon et al. (2011)				
Weekers et al. (2023)				
Wendt et al. (2023)				
Zimmermann et al. (2023) [individual studies highlighted therein: Buer Christensen et al. (2020); Morey et al. (2013); Morey et al. (2014)]				
Target value (outcomes)	Main result	Study information	Study type	Level of evidence (according to GRADE)
Validity	Positive assessment	Haslam et al. (2020)	Meta-analysis	⊕⊕⊕⊕
	Positive assessment	Markon et al. (2011)	Meta-analysis	
Reliability	Positive assessment	Markon et al. (2011)	Meta-analysis	⊕⊕⊕⊕
Clinical usefulness	Positive assessment	Zimmermann et al. (2023)	Narrative Review	⊕⊕⊖⊖ downgraded due to risk of bias (e.g. monomethod designs, evidence based on subjective perception of professionals [consumer surveys])

Table 46: Evidence table for key question 11, recommendation 1.2

Key question 11: "Does dimensional diagnostics have an advantage over non-dimensional diagnostics for patients and/or providers (e.g. better doctor-patient communication, greater satisfaction with treatment, less experience of stigmatization)?"				
The severity of the impairment of personality functions should be assessed using the LPFS with appropriate clinical interviews.				
1. for this purpose, specially developed structured interviews should be used, such as the Structured Clinical Interview for the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders Module I (SCID-5-AMPD-I) or the Semistructured Interview to Assess DSM-5 Personality Functions (STIP-5.1).				
2 Alternatively, interviews can be used that target very similar psychodynamic constructs of structural level or personality organization, such as the OPD interview or the Structured Interview on Personality Organization (STIPO).				
[Evidence in relation to clinical interviews] (recommendation grade: B - should)				
Birkhölzer et al. (2021)				
Hörz-Sagstetter et al. (2021)				
Morey et al. (2022)				
Sharp & Wall (2021)				
Young & Beazley (2023)				
Zimmermann et al. (2023)				
Reliability	ICC = .75, 95% CI [.63; .84] (for structured interviews based on the LPFS)	Young & Beazley (2023)	Meta-analysis	⊕⊕⊕⊖ downgraded due to indirectness (evidence for instruments to assess psychodynamic constructs is limited)
	ICC = .83, 95% CI [.75; .92] (for structured interviews based on the LPFS)	Zimmermann et al. (2023)	Meta-analysis (as part of a narrative review)	
Validity	Positive assessment	Birkhölzer et al. (2021)	Narrative Review	⊕⊕⊕⊖ downgraded due to study design (no systematic review)
	Positive assessment	Hörz-Sagstetter et al. (2021)	Narrative Review	
	Positive assessment	Morey et al. (2022)	Narrative Review	
	Positive assessment	Sharp & Wall (2021)	Narrative Review	
	Positive assessment	Zimmermann et al. (2023)	Narrative Review	
Clinical usefulness	Positive assessment	Morey et al. (2022)	Narrative Review	⊕⊕⊖⊖ downgraded due to risk of bias (monomethod designs, evidence based on subjective

				perception of professionals [consumer surveys]
--	--	--	--	---

Table 47: Evidence table for key question 11, recommendation 1.3

Key question 11: "Does dimensional diagnostics have an advantage over non-dimensional diagnostics for patients and/or providers (e.g. better doctor-patient communication, greater satisfaction with treatment, less experience of stigmatization)?"				
Specially developed self-report questionnaires can be used for screening purposes, for example the German version of the Level of Personality Functioning Scale-Self-Report (LPFS-SR) or the Level of Personality Functioning Scale-Brief Form (LPFS- BF 2.0). Established instruments for closely related constructs such as the OPD structure questionnaire can also be used.				
[Evidence in relation to self-reports] (Recommendation grade: 0 - may)				
Birkhölzer et al. (2021)				
Hörz-Sagstetter et al. (2021)				
Morey et al. (2022)				
Sharp & Wall (2021)				
Zimmermann et al. (2023)				
Reliability	Positive assessment	Birkhölzer et al. (2021)	Narrative Review	⊕⊕⊕⊖ downgraded due to study design (no systematic review)
	Positive assessment	Morey et al. (2022)	Narrative Review	
	Positive assessment	Sharp & Wall (2021)	Narrative Review	
	Positive assessment	Zimmermann et al. (2023)	Narrative Review	
Validity	Positive assessment	Birkhölzer et al. (2021)	Narrative Review	⊕⊕⊕⊖ downgraded due to study design (no systematic review)
	Positive assessment	Hörz-Sagstetter et al. (2021)	Narrative Review	
	Positive assessment	Morey et al. (2022)	Narrative Review	
	Positive assessment	Sharp & Wall (2021)	Narrative Review	
	Positive assessment	Zimmermann et al. (2023)	Narrative Review	
Clinical usefulness	Positive assessment	Morey et al. (2022)	Narrative Review	⊕⊕⊖⊖ downgraded due to risk of bias (monomethod designs, evidence based on subjective perception of professionals [consumer surveys])

3.1.5. Linking evidence and recommendation

Recommendations were formulated depending on the assessment of the quality of evidence for the respective endpoints. A detailed description of the "translation" of the evidence quality into the corresponding recommendation grade can be found in the long version of the guideline, Chapter 3.3. The underlying evidence for the recommendations is indicated in the respective recommendation boxes and described in the background text.

3.2. Formulation and graduation of recommendations and structured consensus building

3.2.1. Structured consensus building: procedure and implementation

Information on reaching a consensus can also be found in the long version of the guideline in chapter 3.6.

1st consensus conference

The first of three consensus conferences took place online on December 14, 2023, 14-18h. The recommendations were reviewed in advance by the steering group (.November 20-22, 2023), after which the mandate holders had the opportunity to vote via an online voting tool (November 24 and December 11, 2023). The recommendations for key questions 2-5, 7, 9 and 11 were put to the vote. 30 people took part in the online vote, with the number of participants varying between 26 and 30 for individual recommendations.

At the consensus conference on December 14, 2023, the recommendations on key questions 2-4 were voted on and the evidence tables on key question 5 were presented. 36 people were present, including 29 mandate holders representing 25 different professional societies:

- Prof. Dr. Cord Benecke (DPG)
- Prof. Dr. Susanne Singer (AGPPP)
- Prof. Dr. Wolfgang Kupsch, Ute Engelhardt (DGPPR)
- Prof. Dr. Gabriele Helga Franke (DGMP)
- Georg Schäfer, Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter (DGPT)
- Dr. Alessa Jansen (BPtK)
- Dr. Carsten Spitzer (DKPM)
- Dr. Christian Dürich (DFT) (later represented by Dr. Klaus Michael Reininger)
- Prof. Dr. Beate Muschalla (DGRW)
- Prof. Dr. Reinhard Lindner (DGS)
- Hannah Eversmann, Claudia Engel-Diouf (DVE)
- Jacqueline Rixe (DFPP)
- Prof. Dr. Johannes Kruse (DGPM)
- Prof. Dr. Judith Ommert (DVSG)
- Jurand Daszkowski (BPE)
- Prof. Dr. Katja Wingefeld (DGPs)
- Kaveh Tarbiat (BApK)
- Prof. Dr. Klaus Michael Reininger (DPtV and GePs, later DFT)
- Prof. Dr. Sabine C. Herpertz, Hauke Felix Wiegand (DGPPN)
- Olaf Reddemann, Dr. Thomas Steger (DEGAM)
- Dr. Wolfgang Dillo (SG)
- Cornelia Schumacher (BAG KT)
- PD Dr. Christiane Montag (DDPP)
- Dr. Thomas Kubiak (DGVM)
- Dr. Monika Nothacker, Ina Müller (AWMF)
- Prof. Dr. Johannes Zimmermann (Steering Committee)

- Deborah Engesser, Yannik van Haaren, Lena Dotzauer (researchers)

2nd consensus conference

The second of three consensus conferences took place online on February 14, 2024, 14-18h. The recommendations on key question 1 were reviewed in advance by the steering group (January 15-22, 2024), after which the mandate holders had the opportunity to vote via an online voting tool (January 31 to February 9, 2024). The recommendations for key questions 1, 6, 8 and 10 were put to the vote. 30 people took part in the online vote, with the number of participants for individual recommendations varying between 19 and 23.

At the consensus conference on February 14, 2024, the recommendations on key questions 11 and 9 were voted on. 29 people were present, including 23 mandate holders representing 23 different professional societies:

- Prof. Dr. Susanne Singer (AGPPP)
- Ute Engelhardt (DGPPR)
- Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter (DGPT)
- Dr. Dietrich Munz (BPTK)
- Dr. Carsten Spitzer (DKPM)
- Dr. Christian Dürich (DFT)
- Prof. Dr. Beate Muschalla (DGRW)
- Prof. Dr. Reinhard Lindner (DGS)
- Hannah Eversmann (DVE)
- Jacqueline Rixe (DFPP)
- Prof. Dr. Johannes Kruse (DGPM, represented DKPM until Mr. Spitzer was present)
- Prof. Dr. Katja Wingefeld (DGPs)
- Kaveh Tarbiat (BApK)
- Prof. Dr. Klaus Michael Reininger (DPtV and GePs, later DFT)
- Cornelia Schumacher (BAG KT)
- PD Dr. Christiane Montag, Dorothea von Haebler (DDPP)
- Dr. Thomas Kubiak (DGVM)
- Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers (DÄVT)
- Prof. Dr. Sabine Weißflog (DGP)
- Claudia Welk (DVSG)
- Karsten Giertz (DGSA)
- Dr. Judith Siegl (DVT)
- Dr. Monika Nothacker (AWMF)
- Prof. Dr. Johannes Zimmermann (Steering Committee)
- Deborah Engesser, Yannik van Haaren, Lena Dotzauer, Leon Wendt (researchers)

3rd consensus conference

The third of three consensus conferences took place online on March 7-8, 2024, 11:00-18:00 or 9:00-17:00h. The conference was originally planned to take place in person but was held online due to a rail strike during this period.

The recommendations on key questions 1 and 5 - 10 were agreed.

On March 7, 2024, 31 people were present, including 25 mandate holders representing 25 different professional associations:

- Prof. Dr. Cord Benecke (DPG)
- Jurand Daszkowski (BPE)
- Dr. Wolfgang Dillo (SG)

- Prof. Dr. Gabriele Helga Franke (DGMP)
- Prof. Dr. Susanne Singer (AGPPP)
- Dr. Wolfgang Kupsch, Ute Engelhardt (DGPPR)
- Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter (DGPT, GePS)
- Georg Schäfer (DGPT)
- Dr. Dietrich Munz (BPtK)
- Olaf Reddemann (DEGAM)
- Prof. Dr. Stefan Siegel (DGSMTW)
- MD PhD Hauke Felix Wiegand (DGPPN)
- Hannah Eversmann, Claudia Engel-Diouf (DVE)
- Jacqueline Rixe (DFPP)
- Prof. Dr. Johannes Kruse (DGPM, vetrat DKPM)
- Prof. Dr. Katja Wingenfeld (DGPs)
- Kaveh Tarbiat (BApK)
- Prof. Dr. Klaus Michael Reininger (DPtV, DFT)
- Cornelia Schumacher (BAG KT)
- Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers (DÄVT)
- Prof. Dr. Sabine Weißflog (DGP)
- Claudia Welk (DVSG)
- Dr. Judith Siegl (DVT)
- Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF)
- Prof. Dr. Johannes Zimmermann (Steering Committee)
- Deborah Engesser, Yannik van Haaren, Lena Dotzauer, Leon Wendt (researchers)

On March 8, 2024, 33 people were present, including 28 mandate holders representing 27 different specialist associations:

- Prof. Dr. Cord Benecke (DPG)
- Jurand Daszkowski (BPE)
- Dr. Wolfgang Dillo (SG)
- Prof. Dr. Gabriele Helga Franke (DGMP)
- Prof. Dr. Susanne Singer (AGPPP)
- Dr. Wolfgang Kupsch, Ute Engelhardt (DGPPR)
- Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter (DGPT, GePS)
- Georg Schäfer (DGPT)
- PD Dr. Christiane Montag (DDPP)
- Dr. Dietrich Munz (BPtK)
- Olaf Reddemann (DEGAM)
- Prof. Dr. Stefan Siegel (DGSMTW)
- Prof. Dr. Sabine Herpertz, MD PhD Hauke Felix Wiegand (DGPPN)
- Hannah Eversmann, Claudia Engel-Diouf (DVE)
- Jacqueline Rixe (DFPP)
- Prof. Dr. Johannes Kruse (DGPM, vetrat DKPM)
- Prof. Dr. Katja Wingenfeld (DGPs)
- Prof. Dr. Thomas Kubiak (DGVM)
- Kaveh Tarbiat (BApK)
- Prof. Dr. Klaus Michael Reininger (DPtV, DFT)
- Cornelia Schumacher (BAG KT)
- Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers (DÄVT)
- Prof. Dr. Sabine Weißflog (DGP)
- Claudia Welk (DVSG)

- Dr. Judith Siegl (DVT)
- Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF)
- Deborah Engesser, Yannik van Haaren, Lena Dotzauer, Leon Wendt (researchers)

Procedure

The online votes in the run-up to the consensus conferences were conducted using the one-round DELPHI procedure. This allowed the recommendations to be approved or an alternative proposal to be submitted in the event of rejection.

The discussions at the consensus conferences took place under the guidance of the AWMF as part of a nominal group process. First, the recommendations to be voted on were reviewed. Statements were then collected and documented for all to see by means of alternative proposals. The alternative proposals were then sorted and voted on. Voting took place using the online tool vevox (www.vevox.com). The voting results were documented in the recommendation boxes.

The influence of the discussions on the recommendations covered several areas: The language of the recommendations was edited and standardized wording was arranged. On the advice of the AWMF, specific recommendations with similar content were summarized. In the systematically researched key questions, recommendations relating to subgroups of certain endpoints were subsumed under the overarching endpoint (for example, there is a recommendation on the endpoint "disorder-specific symptoms" instead of individual recommendations on individual disorder-specific symptoms). Individual recommendations with related content were also summarized for the key questions that were not systematically researched. Either the already summarized recommendations were agreed or (in the case of the Working group on key question 6) individual recommendations were agreed, which were then summarized by the Working group.

3.2.2. Consideration of benefits, side effects and risks

The extent of the benefit of individual interventions was considered on the basis of the effect sizes in existing literature, the availability of literature, the quality assessment and the assessment by the mandate holders/experts. For example, a strong recommendation was not made if there was little available evidence and/or if the effect sizes were not meaningful or implied a negative effect and/or the quality of the evidence was low. Side effects were not defined as an outcome for the systematically researched key questions. Possible implications of individual recommendations that could be detrimental to care were negotiated as part of the discussions at the consensus conferences.

3.2.3. Formulation of recommendations and assignment of evidence and/or recommendation grades

For the systematically researched key questions 1-5, the associated evidence tables were reviewed and discussed before the recommendations were agreed. Depending on the level of consensus and content, the recommendations that had already been pre-approved online were either submitted to the mandate holders (if 100% approval was achieved) or, if necessary, voted on again after changes had been made, under the moderation of the AWMF.

4. External review and approval

4.1. External assessment

As part of a consultation process, the guideline could be commented between May 27 and June 9, 2024.

On the one hand, the aim is to legitimize the guideline to other professions, as the majority of those involved in developing the guideline are directly involved in psychotherapy. The consultation procedure was therefore defined as a measure for dealing with conflicts of interest. On the other hand, the consultation procedure serves to obtain feedback on user friendliness.

Three different people from two professional associations (Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie and Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie) sent comments to the guideline coordinators. These can be found in Table 67 in the Appendix.

The comments were taken into account as follows:

- The request for additional publications on artistic therapies and related literature references was included in the background text for key question 6.
- The case study "Ms. A." was revised editorially (but not in terms of content) and de-prioritized within the case studies mentioned.
- The editorial suggestions for changes to key question 9, Figure 1 and section 4.2.1 of the long version have been implemented.
- The sentence on high genetic load was removed as it was incorrectly taken from an earlier version of the guideline.
- A justification for the lack of consideration of instruments based on ICD-11 has been added.
- The term "Selbstenthüllung" has been replaced by "Selbstöffnung".

4.2. Adoption by the boards of the issuing professional societies

The guideline was available for public consultation between May 28, 2024, and June 9, 2024. The comments received were processed by the guideline coordination team and implemented in the guideline where appropriate (see 4.1).

The final version of the guideline was approved by the executive boards of the participating specialist associations.

A contract for the exploitation of rights of use was concluded between the AWMF, the authors (represented by Prof. Cord Benecke) and the leading professional society (DGPT, represented by Georg Schäfer and Birgit Jänchen - van der Hoofd).

Special votes

The DGPPN issued the following 3 special votes:



Deutsche Gesellschaft für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und
Nervenheilkunde e.V.

DGPPN-Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 29
10117 Berlin
T +49 30 2404 772-0
F +49 30 2404 772-29
sekretariat@dgppn.de
dgppn.de

DGPPN-Geschäftsstelle | Reinhardtstraße 29 | 10117 Berlin

Prof. Dr. phil Dipl.-Psych Cord Benecke
Institut für Psychologie
Universität Kassel
Holländische Straße 36-38
34127 Kassel

Berlin, 09.07.2024

Stellungnahme der DGPPN zur S3-LL „Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktion“ (LL-SBPF)

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Benecke,

hiermit erhalten Sie die Stellungnahme der DGPPN zur S3-LL „Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktion“ (LL-SBPF).

Diese Stellungnahme zur oben genannten Leitlinie umfasst folgende Aspekte:

1. Die Diskussion kritischer Aspekte im Hinblick auf die Zielgruppe der Leitlinie
2. die Thematisierung von übergroßen Schnittmengen mit anderen psychiatrischen Leitlinien mit widersprüchlichen Aussagen (17 Empfehlungen beziehen sich auf die S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen)
3. einen Kommentar zum aus unserer Sicht nicht ausreichend ausgewogenen Verhältnis zwischen 23 evidenzbasierten und 26 konsensbasierten Empfehlungen
4. die Identifikation eines grundlegenden handwerklichen Themas bei den konsensusbasierten Empfehlungen durch Vergabe einer Empfehlungsstärke
5. die Feststellung von der Übernahme von Textpassagen aus anderen Leitlinien mit Ungenauigkeiten und fehlenden Quellenzitation
6. und drei Sondervoten.

Die Details zu den einzelnen Aspekten 1-6 finden Sie fortfolgend. Am Ende des Textes folgt die Zusammenfassung und das Votum.

VORSTAND
Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg
Präsident
Prof. Dr. Thomas Pollmächer
Past President
Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
President Elect

Prof. Dr. Andreas Bechdolf
Dr. Sylvia Claus
Prof. Dr. Dr. Katharina Domschke
Prof. Dr. Andreas J. Fallgatter
PD Dr. Karel Frasch
Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz
Prof. Dr. Frank Jessen
Dr. Sabine Köhler

Dr. Julia-Maleen Kronsbein
Prof. Dr. Jürgen L. Müller
Prof. Dr. Andreas Reif
Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller
Dr. Christa Roth-Sackenheim
Prof. Dr. Rainer Rupprecht
Dr. Bettina Wilms
Prof. Dr. Peter Zwanzger, Kassenvührer

HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN
IBAN DE58 7002 0270 0000 5095 11
BIC HYVEDE33XXX
VR 26854 B, Amtsgericht
Berlin-Charlottenburg

UST-ID-Nummer
DE251077969

1. Kritische Aspekte im Hinblick auf die Zielgruppe

Einleitend möchten wir als Fachgesellschaft unseren Bedenken Ausdruck verleihen, dass hier eine **Leitlinie für ein DSM-5/ ICD-11-Konstrukt** vorgelegt wird und damit für eine Gruppe von Menschen mit Beeinträchtigungen, für die es natürlich noch keine zielgenaue Therapie- und Versorgungsforschung geben kann. Die Persönlichkeitsfunktionen (PF), die beschrieben sind, sollen sowohl bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen als auch bei Menschen mit anderen (schweren) psychischen Erkrankungen beeinträchtigt sein (als krankheitsauslösende oder -definierende Faktoren oder als Folge der psychischen Erkrankung). Daher wird ein Aspekt der Beeinträchtigung (basale psychische Funktionen) einer heterogenen Gruppe von Menschen herausgegriffen. Es wird auch von Vulnerabilität gesprochen.

Es gibt naheliegenderweise kaum Forschung zur Wirksamkeit von Therapie- und Versorgungsansätzen bei dieser Personengruppe. Die SBPF-Leitlinie stellt selbst fest: „Die konzeptionelle Grundlage der LL-SBPF hat wichtige Implikationen für die zukünftige Forschung. Sie legt beispielsweise nahe, dass Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen nicht mehr aufgrund von Ausschlusskriterien aus der überwiegenden Zahl an Studien ausgeschlossen werden sollten, sondern stattdessen Beeinträchtigung in PF als klinisch relevante Variable standardmäßig in Forschungsdesigns einbezogen werden sollte.“ (S. 28).

Die in der Leitlinie zitierte Forschung bezieht sich dann aber auf Krankheitsentitäten, wie sie in den bisher gültigen Diagnosesystemen beschrieben werden. Es wurde extrapoliert, wie viele Mitglieder der neuen Entität in den bekannten Entitäten, für die es ja einschlägige Leitlinien gibt, angenommen werden können. Dies ist ein grundsätzlich schwieriger Punkt, da diese bisherige publizierte Evidenz für die von der SBPF-LL benannte Personengruppe nur teilweise berücksichtigt. Statistische Ergebnisse ohne Subgruppenanalysen weisen damit immer eine Unsicherheit auf. **Die Übertragbarkeit der auf anderen Diagnosekriterien basierenden Evidenz ist daher häufig fraglich.**

Das Konzept der SBPF basiert auf dem Alternativen Modell der Persönlichkeitsstörungen (AMPD) nach DSM-5 und weitgehend analog im ICD-11. Im ICD-11 wird das dimensionale Konzept die Persönlichkeitsstörungskategorien ersetzen, hat allerdings auch Bedeutung für andere psychische Störungen (DSM-5 S. 763: „it is always appropriate to assess personality functioning and pathological personality traits to provide a context for other psychopathology.“ und S. 772: “Notably, knowing the level of an individual’s personality functioning and his or her pathological trait profile also provides the clinician with a rich

base of information and is valuable in treatment planning and in predicting the course and outcome of many mental disorders in addition to personality disorders. Therefore, assessment of personality functioning and pathological personality traits may be relevant whether an individual has a personality disorder or not.”). Bisher gibt es konzeptionell erhebliche Unschärfen, ob Funktionseinschränkungen wie mangelnde Empathie, Selbststeuerung, Intimität etc. unabhängig, sozusagen komorbide zu anderen psychischen Störungen aufgefasst werden, Vulnerabilitätskriterium oder Folge psychischer Erkrankungen sind.

- Aus diesem Grunde haben die am Prozess beteiligten Vertreter der DGPPN auf die Einbindung folgender Kommentare zur kritischen Diskussion des Konzeptes der SBPF gedrungen und zu den nachfolgenden Erläuterungen in den Kapiteln 2.2. führte.

S. 23: „Die LL legt den Fokus auf die Gruppe von Betroffenen, bei denen der psychischen Erkrankung und dem komplexen Behandlungsbedarf eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen (SBPF) zugrunde liegt oder mit einer solchen einhergeht.“

- S.24: „Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen (PF) können eine wichtige Ursache für die Entstehung psychischer Störungen im Sinne eines generellen Risikos oder Vulnerabilitätsfaktors sein (Bender und Skodol 2007; Bender et al. 2011; Sharp und Wall 2021); sie können aber auch Folge psychischer Erkrankungen sein. Insofern sind Beeinträchtigungen in den PF häufig mit dem Ausmaß an Komorbidität oder der Chronizität von Störungen korreliert (vgl. Zimmermann et al. 2023; Kerber et al. 2024).“

S. 27: „Die PF eignen sich, um ein basales psychisches Funktionsniveau zu bestimmen. Dieses Funktionsniveau kann bei Patient:innen mit komplexem Behandlungsbedarf als eine interne Ursache (im Sinne einer Vulnerabilität) neben weiteren Ursachen für psychische Erkrankungen angesehen werden. Damit ergibt sich ein Erklärungsmodell für die regelhaft auftretenden Komorbiditäten und ein gemeinsamer Ansatzpunkt, diese zu behandeln (Kerber et al. 2024). Bei (solchen) Komorbiditäten sollten die jeweiligen störungsspezifischen Leitlinien berücksichtigt werden, um zu einer individuellen Behandlungsentscheidung zu kommen.“ Zudem: „Falls Differenzierungen auf Symptom-Ebene notwendig sind, hat sich die Leitliniengruppe dazu entschlossen, diese mithilfe von HiTOP-Spektren („Hierarchical Taxonomy of Psychopathology“, dt. Hierarchische Taxonomie von Psychopathologie; Kotov et al. 2017; Kotov et al. 2021; Zimmermann et al. 2024) vorzunehmen.“

Diese Aspekte flossen nach umfassenden Diskussionen in das Kapitel 2.2. ein, lösen jedoch die eingangs geschilderte Problematik insgesamt nicht auf.

2. Übergroße Schnittmenge mit anderen psychiatrischen Leitlinien

Es liegt nahe, dass die SBPF-Leitlinie viele Berührungspunkte zu inhaltlichen Bereichen anderer Leitlinien aufweist. Auch die Abgrenzung zu anderen Schweregradeinteilungen (z.B. GAF) ist derzeit noch unklar. Die **Schnittmengen zu anderen psychiatrischen Leitlinien** und insbesondere zur S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen ist groß. Die S3-Leitlinie psychosoziale Therapien ist seit 2013 in mehreren Auflagen etabliert und im Feld eingeführt ist. **17 der Empfehlungen und Statements der LL-SBPS beziehen sich auf die S3-LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen.**

Auf S. 48 wird eine Abgrenzung zur S3-LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen angesprochen: „Das Konstrukt der schweren psychischen Störung (vgl. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen) ist ebenfalls ein pragmatisches Konstrukt, welches Personen mit einem besonders niedrigen psychosozialen Funktionsniveau identifiziert. Demnach gilt als schwere psychische Störung eine Störung, die in hohem Maße chronisch verläuft, mit besonders schweren Auswirkungen auf das tägliche Leben einhergeht und eine besonders intensive Inanspruchnahme des Gesundheitssystems erfordert. Im Gegensatz dazu geht es bei dem theoretischen Konstrukt der PF um spezifische, relativ stabile Fähigkeiten einer Person, deren Ausprägung zwar zum psychosozialen Funktionsniveau bzw. zu schweren psychischen Störungen substantiell beitragen können (Skodol 2018), aber die gleichzeitig nur einer von vielen möglichen Einflussfaktoren sind.“

Einer zwischen den Autor:innen der LL-SBPF und LL Psychosoziale Therapien initial diskutierten stärkeren Abgrenzung der Inhalte der Leitlinie zu bestehenden psychiatrischen Leitlinien sind die Autor:innen der LL-SBPF nicht gefolgt. Durchgeführt wurde ein „Leitlinien-Mapping“, in welches alle Leitlinien eingeschlossen wurden, die einen möglichen thematischen Bezug zu schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen erkennen ließen, ihre Empfehlungen und Statements wurden extrahiert.

3. Unausgewogenes Verhältnis zwischen evidenzbasierten und konsensbasierten Empfehlungen

Die Mehrheit der Empfehlungen in der LL-SBPF beruht auf Konsens, die empirische Evidenz ist sehr begrenzt. Es gründen sich lediglich **23 Empfehlungen auf Evidenzrecherche mit Empfehlungsgraden**: 4-mal wurde eine A-Empfehlung vergeben, 15-mal wurde eine B-Empfehlung vergeben und 4-mal eine O-Empfehlung (offene Empfehlung). Die Mehrheit, also weitere **26 Empfehlungen sind Konsensbasierte Empfehlungen (KKP)**. Diese Fülle an konsensbasierten Empfehlungen überrascht und erscheint für eine S3-Leitlinie als unausgewogen.

4. Handwerklicher Fehler bei den konsensus-basierten Empfehlungen durch Vergabe einer Empfehlungsstärke

Zudem ist bei den konsensbasierten Empfehlungen ein Fehler unterlaufen: Die Autor:innen der LL-SBPF haben entgegen dem Regelwerk der AWMF und entgegen dem allgemein üblichen Vorgehen bei der Leitlinienentwicklung aus diesen KKP-Empfehlungen Empfehlungsstärken (A, B oder O) abgeleitet. Empfehlungsstärken gründen sich üblicherweise auf die Stärke und Zuverlässigkeit der Evidenz. Das kann bei KKP nicht erfolgen, weil dazu keine Evidenz systematisch aufbereitet wurde. Dieses Vorgehen mündet fälschlicherweise in 8 Konsensbasierten A-Empfehlungen, 16 B-Empfehlungen und 2 O-Empfehlungen. **Das ist methodisch nicht korrekt und führt zudem zu Irritationen im Vergleich mit Empfehlungen aus bestehenden Leitlinien.**

5. Übernahme von Textpassagen aus anderen Leitlinien, Ungenauigkeiten und fehlende Quellenzitation

Folgende Beispiele sollen diese Kritik untermauern. Ein umfassender Überarbeitungsbedarf in der Leitlinie wird deutlich. Hier werden nur beispielhaft Unstimmigkeiten angeführt. Es obliegt der Leitliniengruppe, diese Aspekte in der gesamten Leitlinie eingehend und zu prüfen und ggf. zu überarbeiten.

Beispiel 1:

1.7	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: A	Patient:innen mit SBPF sollen über Selbsthilfegruppen, Selbsthilforganisationen und Selbsthilfekontaktstellen informiert und auf Wunsch bei der Kontaktaufnahme unterstützt werden.	
Leitlinienadaptation Evidenzgrad: KKP	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 8 (S. 71))	
	Konsensstärke: 100%	

Hinweis: Die Empfehlung 8 aus der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen wurde modifiziert, auf die Zielpopulation übertragen, das Spektrum der Anlaufstellen für Selbsthilfe erweitert und die Empfehlung leicht umformuliert.

Die Empfehlung 1.7 hat in der Quellenleitlinie eine KKP-Empfehlung.

Viele der Empfehlungen sind durch Leitlinien-Adaptation oder Adoption entstanden, die z.T. ungenau dargestellt werden. Auch zahlreiche Textpassagen wurden aus anderen Leitlinien übernommen. Wir bitten die Autor:innen das gesamte Dokument auf Ungenauigkeiten zu überprüfen und entsprechende Quellen korrekt anzugeben.

Beispiel 2:

9.8	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	Patient:innen mit SBPF sollten Künstlerische Therapien im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans sowohl im stationären als auch ambulanten Setting angeboten werden. Ergotherapie sollte Menschen mit SBPF im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes sowohl im stationären als auch ambulanten Setting und orientiert an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen angeboten werden. Sport- und Bewegungstherapie sollte bei Menschen mit SBPF im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und orientiert an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Patient:innen sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting angeboten werden.	
Evidenzgrad: EK	Literatur: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen Siehe auch: Lindström et al. 2012; Ercan Doğu et al. 2021; Mashimo et al. 2020; Wasmuth et al. 2021; Ikiugu et al. 2017	
	Konsensstärke: 100%	

Diese drei psychosozialen Therapien (künstlerische Therapien, Ergotherapie, Sport- und Bewegung) werden in der S3-LL Psychosoziale Therapien evidenzbasiert mit der Empfehlungsstärke B in separaten Empfehlungen empfohlen. Eine Adaptation wird 9.8 nicht deutlich. Zudem wird eine Zusammenfassung dieser 3 wichtigen Therapien in unseren Augen der Bedeutung der verschiedenen Therapieansätze nicht gerecht.

Beispiel 3:

9.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Modifiziert Stand 2018
Empfehlungsgrad: A	Menschen mit SBPF und dem Wunsch nach einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sollen im Rahmen der Förderung beruflicher Teilhabe Programme mit dem Ziel einer raschen Platzierung direkt auf einen Arbeitsplatz des Allgemeinen Arbeitsmarktes und notwendiger Unterstützung (Supported Employment) angeboten werden.	
Leitlinienadaptation Qualität der Evidenz: ⊕⊕⊕⊖ (Aufgrund von Indirektheit herabgestuft)	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 18, S. 192)	
	Konsensstärke: 100%	

Worin besteht hier die Adaptation? Der Terminus Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wurde ausgetauscht. Dies führte offensichtlich dazu, die Qualität der Evidenz herabgestuft wurde, was sich nicht im Empfehlungsgrad zeigt. Das müsste zumindest erläutert werden. Ansonsten handelt es sich hier um eine wortgetreue Übernahme der Empfehlung. Das gleiche gilt für 9.3 und 9.4.

Beispiel 4:

9.5	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: B	<p>Die Förderung beruflicher Teilhabe von Menschen mit SBPF sollte darauf ausgerichtet sein, den Arbeitsplatzverlust zu vermeiden. Dazu bedarf es beim Auftreten psychischer Erkrankungen eines frühzeitigen Einbezuges entsprechender Dienste bzw. Hilfen.</p> <p>Das Vorhandensein einer abgeschlossenen Ausbildung ist als Grundlage für die Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit SBPF von enormer Wichtigkeit. Daher sollten reguläre schulische, akademische, betriebliche und besondere Ausbildungsangebote wohnortnah und mit entsprechenden flankierenden Unterstützungsangeboten zur Verfügung stehen.</p> <p>Menschen mit SBPF sollte unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts frühzeitig Zugang zu passgenauen beruflichen Ausbildungs- und Rehabilitationsprogrammen zur Förderung der beruflichen Teilhabe ermöglicht werden.</p>	
Evidenzgrad: EK		
	Konsensstärke: 96%	

Zumindest die ersten beiden Abschnitte der Empfehlung 9.5 sind wortgetreu der S3-LL Psychosoziale Therapien (Empfehlung 21 und 22) entnommen; das geht aus der Empfehlung in LL-SBPF leider nicht hervor. Bitte korrekt darstellen.

Nicht ganz nachvollziehbar erscheint die Differenzierung der Empfehlung 3.1. und 3.2. („Symptome“ und „psychosoziale Funktionen“). Der Leser fragt sich: sollte oder kann nun ambulante Psychotherapie (und welche?) durchgeführt werden.

Auch die Ausführungen zum „evidenzbasierten Statement“ 3.3. erscheinen nicht nachvollziehbar. Es wird von einem „geringen Effekt“ (Hedge’s G 0,19) hinsichtlich Hospitalisierung nach ambulanter Psychotherapie gesprochen. Auch bei den Symptomwirkungen ambulanter Psychotherapie wird allerdings von einem geringen Effekt gesprochen (Hedge’s g 0,26). Dies erscheint nicht ganz konsistent. Die Qualität der Evidenz wird überall als schwach bezeichnet.

6. Für folgende Empfehlungen/Statements beantragen wir ein Sondervotum:

Sondervotum 1 für das Statement 6.1.

Statement 6.1. „Die Datenlage erlaubt keine klare Empfehlung für oder gegen eine Unterbringung in einer besonderen Wohnform unter einem Dach bei Klient:innen mit SBPF.“

— Es bleibt nicht nachvollziehbar, warum hier nur auf Evidenz aus Deutschland zurückgegriffen wird. International gibt es eine reichhaltige aktuelle Literatur zu diesem Thema (vgl. S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Störungen (Kapitel 10.3. Unterstütztes Wohnen). Wenn hier Probleme der Übertragbarkeit herangezogen würden, würde das natürlich auch auf andere Interventionen zutreffen. Das betrifft u.a. Evidenz zu intensiver multiprofessioneller und aufsuchender Behandlung, zum Case Management und zum Supported Employment, welche die Autor:innen der LL-SBPF auch heranziehen.

— In unseren Augen intendiert bereits die Formulierung der Schlüsselfrage 4 (Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die in „besonderen Wohnformen“ unter einem Dach wohnen, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?) eine Fehlrichtung. Das Statement steht in einem Widerspruch zur internationalen, einschlägigen Literatur und zu den Empfehlungen 16 und 17 der S3-LL Psychosoziale Therapien, in denen der Paradigmenwechsel der Rehabilitation deutlich wird. Die S3-Leitlinie psychosoziale Therapien führt dazu aus: „Auch wenn sich die Ergebnisse der internationalen Studien nicht unmittelbar auf die Verhältnisse in Deutschland übertragen lassen, weisen die mit den existierenden Studien [auf RCT-Niveau] verbundenen Prinzipien von Wahlfreiheit, Kontinuität, Bedarfsorientierung und Normalität auch vor dem Hintergrund der Forderungen in der geltenden UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) auf eine große Bedeutung für Deutschland hin. In Artikel 19 der UN-BRK wird das Recht auf eine selbstbestimmte Lebensführung und die Integration in die Gesellschaft betont; eng verbunden sind damit die vergleichbaren Wahlmöglichkeiten, den Lebensort frei zu wählen, die auch anderen Menschen zur Verfügung stehen. Die Präferenzen der Betroffenen werden damit ins Zentrum der Bemühungen gerückt. Die erforderliche Unterstützung muss am gewählten Lebensort erfolgen“ (S3-LL Psychosoziale Therapien, S. 156). Übersichtsarbeiten wie die von Richter et al. (2017) verweisen darauf, dass ein Großteil der Personen mit Rehabilitationsbedarf unabhängige Lebensformen bevorzugen würde (Richter und Hoffmann 2017). Für einen kleineren Anteil von Menschen mit

schwerer psychischer Erkrankung kommt eine unabhängige Lebensform nicht in Betracht. Entscheidend sind die Unterstützungsleistungen, die sich an den individuellen Bedarfen orientieren müssen.

Im Hintergrundtext S.97 beschreiben die Autoren, dass sie mit dem Begriff „besondere Wohnform“ ein Kontinuum stationären Wohneinrichtungen bis hin zu ambulanten Unterstützungsleistungen in der eigenen Wohnung verstehen. Doch gerade letzteres ist streng genommen keine besondere Wohnform, sondern eine eigene Wohnung mit Unterstützungsleistungen. Das ist aus Sicht der Betroffenen ein relevanter Unterschied.

Wir schlagen folgendes Sondervotum zu 6.1 vor:

Menschen mit SBPF sollen entsprechend ihrer individuellen Bedarfe und Präferenzen mobil und unabhängig von der Wohnform unterstützt werden, selbstbestimmt in der Gemeinde zu wohnen (Empfehlungsstärke A basierend auf der Empfehlung 17 der S3-LL Psychosoziale Therapien).

Sondervotum 2 für die Empfehlung 7.3.

Evidenzbasierte Empfehlung 7.3. „Zur Reduktion von Erwerbslosigkeit kann Patient:innen mit SBPF eine ambulante koordinierte Versorgung angeboten werden“ (O).

Ausgehend von der „GBA-Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)“ empfehlen die Autor:innen Outcome-geleitet in verschiedenen Empfehlungen eine ambulante koordinierte Versorgung. Die Evidenz hierzu gründet auf 2 systematischen Übersichtsarbeiten, in denen die Wirksamkeit von Intensive Case Management (ICM) sowie Case Management bei Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung untersucht wurde (Dieterich et al. 2017; Lim et al. 2022). Empfehlung 7.2 fußt allein auf Dieterich et al. zum ICM (obwohl im Empfehlungskasten 2 Reviews angegeben sind, auch hier eine Ungenauigkeit der LL) und mündet in einer B-Empfehlung. Hierbei wurde sowohl für die Zielpopulation als auch für die Intervention extrapoliert, was sehr verwundert. Noch irritierender ist Empfehlung 7.3. Auch hier ziehen die Autor:innen das Dietrich-Review zu ICM heran. Da ICM – im Lichte der existierenden spezifischen Ansätze zur Verbesserung der beruflichen Teilhabe wie Supported Employment - nicht in erster Linie auf die Verbesserung der beruflichen Teilhabe zielt, diese aber sehr wohl unterstützen kann, schlagen wir folgendes Sondervotum vor:

Sondervotum zu 7.3

Neben spezifischen Ansätzen zur Verbesserung der beruflichen Teilhabe von Menschen mit SBPF kann auch eine ambulante koordinierte Versorgung zu dieser beitragen und deshalb angeboten werden (Empfehlungsstärke 0).

Sondervotum 3 für die Empfehlung 8.3.

Evidenzbasierte Empfehlung 8.3. „Eine milde positive Beziehungserwartung sollte etabliert werden, um den Therapieerfolg zu verbessern.“

Hintergrund hierfür ist: „eine Meta-Analyse von 81 Stichproben mit 12.722 Patient:innen [die] zeigte, dass die anfängliche Überzeugung der Patient:innen, dass die Behandlung hilfreich sein wird, positiv mit dem späteren Therapieerfolg korreliert (Constantino et al. 2018). Die gemittelte Effektstärke lag bei $d = 0.36$. Deshalb ist es für den Verlauf der Therapie förderlich, wenn entsprechend **positive Erwartungen** gefördert werden. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass diese Erwartungen nicht so groß sein sollten, dass sie nur sehr schwer erreicht werden können, da dies zu Demotivierung und Demoralisierung führen könnte. Wenn Patient:innen die Therapie oder die Therapeut:in idealisieren, kann das auch zum Vermeiden vom Arbeiten an problematischem Verhalten und Denkmustern führen. Stattdessen ist eine mild positive Erwartung am besten geeignet, therapeutisch zu arbeiten.“

Es wird an keiner Stelle ersichtlich, inwieweit die Bedeutung einer „zu großen Erwartungshaltung“ in der zitierten Studie untersucht wurde. Ungelöst bleibt die Frage der Skalierbarkeit einer „milden positiven Beziehungserwartung“; eine Anwendung der Empfehlung scheint schwer möglich. Eine mittlere Empfehlungsstärke B ist u.E. hier nicht gerechtfertigt. Schwer psychisch kranke Menschen sollen zudem in ihrem Recovery Prozess unterstützt werden und brauchen diese Unterstützung. Die Formulierung „milde positive Beziehungserwartung“ irritiert, suggeriert Zurückhaltung und kann aus unserer Sicht nicht mitgetragen werden. Wir schlagen hierfür ein Sondervotum vor:

Sondervotum zu 8.3

Für die Verbesserung des Therapieerfolges sollten realistisch erreichbare Ziele definiert werden, um einer Demotivierung frühzeitig zu begegnen. (KKP-Empfehlung)

Zusammenfassung

Wir bitten die Autoren, die Stellungnahme im Methodenreport verfügbar zu machen. Zudem bitten wir darum, die gesamte SBPF-Leitlinie auf Ungenauigkeiten bei der Übernahme aus anderen Leitlinien zu prüfen und Quellen genau zu zitieren, den handwerklichen Fehler bei der Vergabe von Empfehlungsgraden für KKPps auszuräumen und die Sondervoten in der Endfassung der Leitlinie zu vermerken.

— Mit diesen Auflagen stimmt die DGPPN der Leitlinie zu.

Literaturverzeichnis

- Dieterich, M.; Irving, C. B.; Bergman, H.; Khokhar, M. A.; Park, B.; Marshall, M. (2017): Intensive case management for severe mental illness. In: *Cochrane Database Syst Rev* Issue 1. Art. No.: CD007906. DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub3.
- - Lim, Christopher T.; Caan, Marissa P.; Kim, Clara H.; Chow, Clifton M.; Leff, H. Stephen; Tepper, Miriam C. (2022): Care Management for Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 73 (2), S. 180–187. DOI: 10.1176/appi.ps.202000473.
- Richter, D.; Hoffmann, H. (2017): Preference for independent housing of persons with mental disorders: Systematic review and meta-analysis. In: *Adm Policy Ment Health*. DOI: 10.1007/s10488-017-0791-4.

Mit den besten Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'A. Meyer-Lindenberg', is written over a light blue horizontal line.

Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg

Comment on the DGPPN statement: Following receipt of the statement, the guideline was checked again for inaccuracies and revised if necessary. The recommendation grades for expert consensus recommendations have already been removed following feedback from the AWMF. The special votes were marked in the long version.

5. Editorial independence

5.1. Financing of the guideline

The guideline was not funded by the lead specialist society, but by the innovation fund of the Federal Joint Committee (funding code O1VSF21013). Therefore, there was no interest-based influence due to the funding.

5.2. Disclosure of interests and handling of conflicts of interest

The mandate holders were asked to submit a declaration of conflicts of interest at the beginning of the guideline development process or after notification by the professional societies. The AWMF online portal was used for this purpose.

The working group for the assessment of conflicts of interest consisted of Prof. Dr. Cord Benecke, Dr. Monika Nothacker (AWMF), Dipl.-Psych. Georg Schäfer and Prof. Dr. Susanne Singer. Prior to the kick-off meeting (on May 9, 2022, with Prof. Dr. Johannes Zimmermann standing in for Prof. Dr. Cord Benecke and Deborah Engesser taking the minutes), the committee defined the following guideline-specific conflicts of interest, which were agreed at the kick-off meeting. Additions were determined at a further meeting of the Working group for evaluation on August 30, 2022.

Guideline-specific definition and classification of conflicts of interest

Various factors that could lead to conflicts of interest are explained below. A tabular summary can be found in Table 48.

Digital health applications

Existence of a conflict of interest for persons involved in the development of digital health applications (addition from August 8, 2022:) or receiving funds from digital health application-related companies.

Classification: moderate

Measure/consequence: Exclusion from voting rights for key question 2.

Psychotherapy methods, forms of treatment

As the majority of participants are particularly attached to one procedure or form of treatment, the existence of such an attachment is not in itself considered a conflict of interest. To ensure representativeness, there should be a balanced distribution of different procedures/forms of treatment in the guideline group. Furthermore, it is noted that our guideline is not intended to compare procedures, which is why the affiliation to a psychotherapy procedure should not carry so much weight.

(Addendum from August 30, 2022:) A board activity or leading participation, e.g. in training activities in the context of such an affiliation, was assessed as a minor conflict of interest.

Measure: Persons with minor conflicts of interest may not assume any management functions in connection with the comparison of therapy procedures or forms of treatment.

Psychotherapy

Key question 1 deals with the effectiveness of psychotherapy, whereby the majority of those involved are directly involved in psychotherapy. Analogous to the association with psychotherapy procedures, this is not considered a conflict of interest.

Measure: To legitimize the guideline to other professions, there will be a public consultation phase of 3 weeks during which the guideline can be commented on (agreement with Prof. Kopp on April 24, 2024: consultation phase can last between 2-6 weeks). To this end, the participating professional societies will be asked to send the guideline for comment via their mailing lists. In addition, the guideline will be posted on the AWMF website.)

Concept of the guideline

The creation of the guideline based on a dimensional perspective can, on the one hand, provoke criticism of this concept and, on the other hand, promote research on this perspective. The scientific interest in the dimensional perspective exists among all persons involved in the "translation" of categorical evidence into a dimensional perspective and, analogous to the connection with psychotherapy procedures, is not considered a conflict of interest per se. It is central to the credibility of the guideline that this scientific interest is placed at the service of improving care. This means that the guideline recommendations should serve to improve care and not to promote personal research interests.

This research interest relates both generally to the definition of the patient group for the guideline and specifically to key question 11, which examines the benefits of dimensional diagnostics. The results of this question must therefore be interpreted taking into account the scientific interest in a favorable result for dimensional diagnostics. However, the well-being of the patients and the added value for care outweigh this.

Table 48: Summary of conflict of interest management

Characteristics Conflict of interest	Circumstances for this category	Consequence
none	Commitment to a procedure or form of treatment Affinity with psychotherapy methods Scientific interest in the dimensional view	
low	Board activity or leading participation, e.g. in training activities in the context of a specific procedure or form of treatment	No management function in connection with the comparison of therapy procedures or forms of treatment
moderate	People who are involved in the development of digital health applications or receive funding from digital health application-related companies.	Exclusion from voting on key question 2
high	Property interest Employment relationship with the industry High shareholdings of individual companies	No participation in thematically relevant consultations and no voting

Disclosure of conflicts of interest

The statements were randomly assigned to Prof. Dr. Cord Benecke, Prof. Dr. Susanne Singer and Dipl.-Psych. Georg Schäfer and evaluated. A discussion of the evaluations took place at a meeting with Dr. Monika Nothacker from the AWMF on August 30, 2022. Persons who subsequently joined the project (Yannik van Haaren, Dr. Tina Wessels) were evaluated by Prof. Dr. Cord Benecke and Prof. Dr. Susanne Singer after they joined.

The evaluation resulted in conflicts of interest for 9 persons, which, however, did not require any restrictions on voting rights.

A tabular summary can be found in Table 68 in the Appendix.

6. Dissemination and implementation

6.1. Concept for dissemination and implementation

Various strategies have been implemented to promote the implementation of the guideline. These include low-threshold information services such as a short version of the guideline (see Chapter 6.2 for more information). Potential users were also made aware of the guideline in other ways. Leon Wendt, Johannes Zimmermann and Susanne Singer gave presentations on the guideline concept at scientific conferences. Participants in the expert survey, which formed the basis for the algorithm for "translating" categorical diagnoses into impairment of personality functions, were also made aware of the guideline through their participation.

Information on both beneficial and detrimental factors was also collected in discussions with mandate holders and members of the steering group. For example, the guideline coordinators held discussions with the Working group leaders on differentiation according to HiTOP spectra, which allows recommendations to be targeted more specifically at the relevant patient groups. One of the factors emphasized by the social work representatives was that it is difficult to transfer international evidence to the German care context due to a lack of comparability. This was taken into account in the evidence research by limiting the search for literature on "special forms of living under one roof" to studies conducted in Germany.

6.2. Supporting materials for the application of the guideline

Supporting materials for the application are the short version and the patient version of the guideline.

6.3. Discussion of possible facilitating and hindering factors for the application of the guideline

The guideline is characterized above all by the new concept of impairment of personality functioning. Conceptual hindering and facilitating factors therefore consist of:

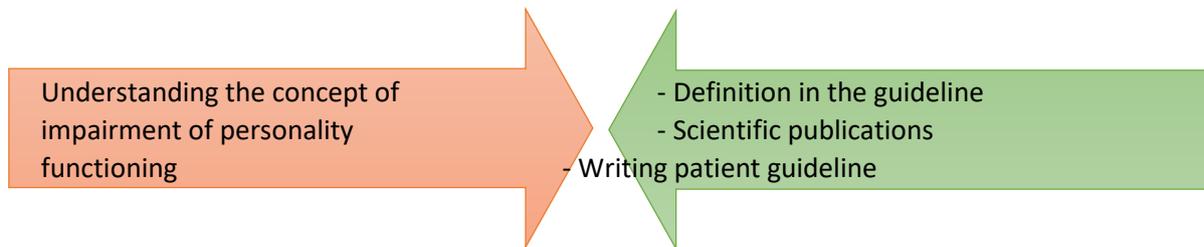


Figure 1: Conceptual facilitating (green) and hindering (red) factors

A key factor for the success of the guideline's application is the availability of the recommended services. It is not a given that the infrastructure or capacities are available everywhere to fully implement the recommendations.

For example, waiting times for psychotherapy are long (Singer et al. 2022) and vary greatly from region to region (Rabe-Menssen et al. 2019; Bundespsychotherapeutenkammer 2018). The availability of special forms of housing requires an appropriate infrastructure, just as coordinated care can only take place with an appropriate network and the necessary agreements.

Possible cost data as factors promoting or hindering the implementation of recommendations were not collected as part of this guideline.

The following factors could make it more difficult to implement the recommendations:

Organizational

- Time resources for adequate care/treatment

Structural

- Waiting times/availability of psychotherapy
- Availability of facilities

Personnel

- Time resources for adequate care/treatment.

6.4. Measurement criteria for evaluating the process and/or outcome quality of the guideline: quality objectives, quality indicators

The following aspects are strong recommendations of the guideline, which is why they should be used in particular as measurement criteria. It must be taken into account that personality functioning is not yet systematically recorded, which will only change with the implementation of ICD-11 in connection with personality disorders. Therefore, no large-scale care data is yet available, e.g. from health insurance companies, which can be used. It is therefore suggested that

patients with severe impairment of personality functioning and therapists be asked about improvement so that the target population can be accurately recorded. In addition, the restrictions and notes from the corresponding recommendations and background texts of the guideline manuscript apply in the following table.

Table 49: Measurement criteria for the implementation of the guideline

Criterion	Operationalization	Frequency
Measurement criteria for implementing the recommendations		
Existence of psychotherapies with a specific treatment contract (recommendation 8.1)	Survey of psychotherapists and patients with severe impairment of personality functioning	Every 2 years
Establishing a sustainable therapeutic relationship (recommendation 10.2)	Survey of psychotherapeutic practitioners and patients with severe impairment of personality functioning using questionnaires, e.g. Working Alliance Inventory (WAI) (Horvath and Greenberg 1989)	Every 2 years
Reflection on the therapeutic relationship and own behavior (recommendation 10.9)	Survey of psychotherapeutic practitioners using questionnaires, e.g. Working Alliance Inventory (WAI) (Horvath and Greenberg 1989)	Every 2 years
Implementation of relationship-oriented case management (recommendation 10.13)	Survey of medical/psychotherapeutic professionals and patients with severe impairment of personality functioning, survey of number of network associations	Every 2 years
Check the indication and, if necessary, implement the option of outreach care (recommendation 10.14)	Survey of medical/psychotherapeutic professionals and patients with severe impairment of personality functioning	Every 2 years
Implementation Consideration of comorbidities and interactional difficulties as well as the presence of a permanent reference therapist (recommendation 10.15)	Survey of medical/psychotherapeutic professionals and patients with severe impairment of personality functioning	Every 2 years
Implementation of long-term support by general practitioners (recommendation 11.1)	Survey of medical/psychotherapeutic professionals and patients with severe impairment of personality functioning	Every 2 years
Existence of knowledge of local or regional service providers for successful crisis management (recommendation 11.2)	Survey of general practitioners	Every 2 years
Measurement criteria for the impact of implementing the recommendations		

Quality of care from the patient and provider perspective	Interviews with caregivers and patients with severe impairment of personality functioning	Every 2 years
Implementation of the promotion of occupational participation where indicated	Interviewing patients with severe impairment of personality functioning	Every 2 years
Improvement in quality of life, functional capacity, psychosocial functioning, symptom burden, quality of patient relationships	Interviewing patients with severe impairment of personality functioning	Every 2 years

7. Validity period and updating procedure

7.1. Date of the last content revision and status

The date of the last revision of the content of the method report was June 21, 2024, making it valid until June 21, 2029.

7.2. Updating procedure

The contact person for updating after the expiry of the 5-year validity period is Prof. Dr. Cord Benecke (benecke@uni-kassel.de).

Planned changes to the methodology concern the search strategy for the systematic literature search. Instead of the selected diagnostic groups, which were searched for in this guideline on behalf of patients with severe impairment of personality functioning, "severe impairment of personality functioning" could be used directly as a population criterion in the update.

Appendix

Table 50: Professional societies invited to participate (n=49)

Professional society
Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e. V. (BAG KT) Federal Working Group for Art Therapies
Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP e.V.) Federal Initiative for Outpatient Psychiatric Care
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) Federal Chamber of Psychotherapists (BPtK)
Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK) Federal Association of Relatives of People with Mental Illness
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp) Federal Association of Contract Psychotherapists
Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE) Federal Association of People with Psychiatric Experiences
Dachverband deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie e.V. (DDPP) Umbrella association of Germanspeaking psychotherapy für psychosis
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) German Working Group for Self-Help Groups
Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT) German Medical Association for Behavioral Therapy
Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege (DFPP) German Society for Psychiatric Nursing
Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/Psychodynamische Psychotherapie e.V. (DFT) German Professional Association for Depth Psychology-Based Psychotherapy/Psychodynamic Psychotherapy
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) German Society for General Practice and Family Medicine
Deutsche Gesellschaft für ärztliche Entspannungsmethoden, Hypnose, Autogenes Training und Therapie (DGäEHAT) German Society for Medical Relaxation Methods, Hypnosis, Autogenic Training and Therapy
Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) German Society for Gerontology and Geriatrics
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) German Society for Geriatric Psychiatry and Psychotherapy
Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V. (DGPPR) German Society for Clinical Psychotherapy, Prevention and Psychosomatic Rehabilitation
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) German Society for Medical Psychology
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie und Psychopathometrie (DGMPP) German Society for Medical Psychology and Psychopathometry
Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) German Society for Neurology
Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP) German Society for Nursing Science
Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR)

German Society for Prevention and Rehabilitation of Cardiovascular Diseases
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) German Society for Psychiatry and Psychotherapy, Psychosomatics and Neurology
Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie (DGPs) German Society for Psychology, Division of Clinical Psychology and Psychotherapy
Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF) German Society for Psychological Pain Therapy and Research
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFH) German Society for Psychosomatic Gynecology and Obstetrics
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) German Society for Psychosomatic Medicine and Medical Psychotherapy
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW) German Society for Rehabilitation Sciences
Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft e.V. (DGSMTW) German Society for Sexual Medicine, Sexual Therapy and Sexology
Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V. (DGSA) German Society for Social Work
Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMMP) German Society for Social Medicine and Prevention
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) German Society for Addiction Research and Addiction Therapy
Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e.V. (DGS) German Society for Suicide Prevention
Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGST) German Society for Systemic Therapy, Counseling and Family Therapy
Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation e.V. (DGVM) German Society for Behavioral Medicine and Behavior Modification
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgv) German Society for Behavioral Therapy
Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) German Migraine and Headache Society
Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG) German Music Therapy Society
Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG) German Psychoanalytical Society
Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V. (DPV) German Psychoanalytical Association
Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPTV) German Psychotherapists' Association
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) German Association for Social Work in Health Care
Deutscher Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie e.V. (DAKBT) German Working Group for Concentrative Movement Therapy e.V.
Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V. (DVT) German Association for Behavior Therapy
Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE)

German Occupational Therapy Association
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) German College of Psychosomatic Medicine
Deutschsprachige Gesellschaft für Kunst und Psychopathologie des Ausdrucks (DGPA) German-speaking Society for Art and Psychopathology of Expression
Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) German-speaking Society for Psychotraumatology
Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen (GePs) Society for the Research and Therapy of Personality Disorders
Systemische Gesellschaft – Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e. V. (SG) Systemic Society - German Association for Systemic Research, Therapy, Supervision and Counseling

Table 51: Participating professional societies and elected mandate holders

Professional society	Mandate holders
Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/Psychodynamische Psychotherapie e.V. (DFT)	Dr. Christian Dürich, Deputy: Prof. Dr. Klaus Michael Reininger (Commitment 03.01.2021)
Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen (GePs)	Dr. Birger Dulz, represented at the final conference by Prof. Dr. Klaus Michael Reininger (Commitment 05.01.2021)
Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege (DFPP)	Jacqueline Rixe, M.Sc. (Commitment 06.01.2021)
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)	Prof. Dr. Sabine C. Herpertz, Deputy: Hauke Felix Wiegand, MD/PhD (until 06.07.2022: Univ.-Prof. Dr. Klaus Lieb) (commitment 07.01.2021)
Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation e.V. (DGVM)	Prof. Dr. Thomas Kubiak (commitment 07.01.2021)
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG)	Dipl.-Psych. Jürgen Matzat (Commitment 08.01.2021)
Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e.V. (DGS)	Prof. Dr. med. Reinhard Lindner (Commitment 09.01.2021)
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	Prof. Dr. Johannes Kruse (Commitment 10.01.2021)
Systemische Gesellschaft – Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e. V. (SG)	Dr. Wolfgang Dillo (Commitment 11.01.2021)
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM)	Olaf Reddemann, Deputy: Dr. Thomas Steger (Commitment 25.01.2021)
Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V. (DGSA)	Prof. Dr. Dieter Röh, Deputy: Karsten Giertz (Commitment 29.01.2021)
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM)	Prof. Dr. Carsten Spitzer (commitment 01.02.2021)
Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V. (DPV)	Prof. Dr. Wolfgang Milch (Commitment 10.01.2022)
Bundespsychotherapeutenkammer (BPTk)	Dr. Dietrich Munz, Dr. Alessa Jansen, Dr. Tina Wessels (commitment 17.01.2022, Dr. Wessels subsequently appointed to replace Dr. Jansen on 22.11.2022)
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW)	Prof. Dr. Beate Muschalla (Commitment 17.01.2022)
Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft e.V. (DGSMTW)	Prof. Dr. med. Stefan Siegel (Commitment 31.01.2022)
Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V. (DVT)	Dr. Judith Siegl, Deputy: Dr. Eva Fassbinder (Commitment 08.02.2022) (initially Dr. Siegl was a deputy for Dr. Faßbinder, exchanged after email from Dr. Faßbinder on 31.03.)
Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE)	Hannah Eversmann, Claudia Engel-Diouf

	(Commitment 10.02.2022)
Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V. (DPtV)	Prof. Dr. Klaus Michael Reininger (Commitment 02/13/2022)
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie e.V. (DGMP)	Prof. Dr. Gabriele Helga Franke (Commitment 16.02.2022)
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.(DGPT)	Dipl.-Psych. Georg Schäfer Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter (Commitment 01.03.2022, decision at kick-off meeting: DGPT has only 1 vote)
Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)	Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers Commitment 02.03.2022, withdrawal of the mandate between June 2022 and April 2023
Arbeitsgemeinschaft Psychodynamischer Professorinnen und Professoren e.V. (AGPPP)	Prof. Dr. Susanne Singer, Deputy: Prof. Dr. Cord Benecke (Commitment 24.03.2022)
Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft e.V. (DPG)	Prof. Dr. Cord Benecke (Commitment 24.03.2022)
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp)	Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr (Commitment 21.03.2022)
Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V. (DGPPR)	Dr. Wolfgang Kupsch, Deputy: Ute Engelhardt (Commitment: 03.06.2022)
Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V., Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie (DGPs)	Prof. Dr. Katja Wingenfeld (commitment: 16.06.2022, until 22.06.2023 Prof. Dr. Babette Renneberg and replacement by Prof. Dr. Wingenfeld, from 22.06.2023 end of Prof. Renneberg's collaboration)
Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE)	Jurand Daszkowski (Commitment: 18.06.2022)
Dachverband deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie e.V. (DDPP)	PD Dr. Christiane Montag, Deputy: Prof. Dr. Dorothea von Haebler (Commitment: 08.07.2022)
Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V. (BAG KT)	Cornelia Schumacher (Commitment: 13.07.2022)
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)	Claudia Welk (Commitment: 14.07.2022, until 15.01.2024 Prof. Dr. Judith Ommert with Ms. Welk as deputy)
Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK)	Kaveh Tarbiat (Commitment: 03.08.2022)
Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP)	Prof. Dr. Sabine Weißflog (Commitment: 11.08.2022)

Table 52: Syntax search strategy key question 1

Key question 1 - outpatient psychotherapy
<p>PubMed</p> <p>((("Somatoform Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Dissociative Identity Disorder"[MeSH Terms] OR "depressive disorder, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Antisocial Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Borderline Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Compulsive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Dependent Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Histrionic Personality Disorder"[MeSH Terms:noexp] OR "Paranoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Passive-Aggressive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizotypal Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "affective disorders, psychotic"[MeSH Terms] OR "Paranoid Disorders"[MeSH Terms] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Schizophrenia"[MeSH Terms:noexp] OR "schizophrenia, catatonic"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, disorganized"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, paranoid"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR ("somatisation disorder*" [Title/Abstract] OR "somatization disorder*" [Title/Abstract] OR "somatoform disorder*" [Title/Abstract] OR "dissociative identity disorder*" [Title/Abstract] OR "multiple personalit*" [Title/Abstract] OR "dual personalit*" [Title/Abstract] OR "refractory depressi*" [Title/Abstract] OR "therapy resistant depressi*" [Title/Abstract] OR "treatment resistant depressi*" [Title/Abstract] OR "personality disorder*" [Title/Abstract] OR "sociopathic personalit*" [Title/Abstract] OR "psychopathic personalit*" [Title/Abstract] OR "antisocial personalit*" [Title/Abstract] OR "antisocial behavior*" [Title/Abstract] OR "antisocial behaviour*" [Title/Abstract] OR "compulsive personalit*" [Title/Abstract] OR "passive dependent personalit*" [Title/Abstract] OR "hysterical personalit*" [Title/Abstract] OR "passive aggressive personalit*" [Title/Abstract] OR "schizoid personalit*" [Title/Abstract] OR "psychotic affective disorder*" [Title/Abstract] OR "psychotic mood disorder*" [Title/Abstract] OR "paranoi*" [Title/Abstract] OR "psychotic disorder*" [Title/Abstract] OR "Psychosis" [Title/Abstract] OR "Psychoses" [Title/Abstract] OR "schizoaffective disorder*" [Title/Abstract] OR "schizophren*" [Title/Abstract] OR "dementia praecox" [Title/Abstract] OR "delusional disorder*" [Title/Abstract] OR "chronic post traumatic stress disorder*" [Title/Abstract] OR "chronic posttraumatic stress disorder*" [Title/Abstract] OR ("double depression*" [Title/Abstract] OR "complex posttraumatic stress disorder*" [Title/Abstract] OR "complex post traumatic stress disorder*" [Title/Abstract])) AND ("Psychotherapy"[MeSH Terms:noexp] OR "Behavior Therapy"[MeSH Terms:noexp] OR "Anger Management Therapy"[MeSH Terms] OR "Aversive Therapy"[MeSH Terms] OR "Cognitive Behavioral Therapy"[MeSH Terms:noexp] OR "Acceptance and Commitment Therapy"[MeSH Terms] OR "Cognitive Restructuring"[MeSH Terms] OR "Cognitive Remediation"[MeSH Terms] OR "desensitization, psychological"[MeSH Terms] OR "Dialectical Behavior Therapy"[MeSH Terms] OR "Emotion-Focused Therapy"[MeSH Terms] OR "imagery, psychotherapy"[MeSH Terms] OR "Mentalization-Based Therapy"[MeSH Terms] OR "Psychoanalytic Therapy"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, brief"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, multiple"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, psychodynamic"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, rational emotive"[MeSH Terms] OR "Schema Therapy"[MeSH Terms] OR "psychotherapy, group"[MeSH Terms:noexp] OR ("psychotherap*" [Title/Abstract] OR "behavior therap*" [Title/Abstract] OR "behaviour therap*" [Title/Abstract] OR "behavior treatment*" [Title/Abstract] OR "behaviour treatment*" [Title/Abstract] OR "conditioning therap*" [Title/Abstract] OR "behavior change technique*" [Title/Abstract] OR "behaviour change technique*" [Title/Abstract] OR "behavior modification*" [Title/Abstract] OR "behaviour modification*" [Title/Abstract] OR "anger management" [Title/Abstract] OR "aversion therap*" [Title/Abstract] OR "aversive therap*" [Title/Abstract] OR "cognitive behavioral therap*" [Title/Abstract] OR "cognitive behavioural therap*" [Title/Abstract] OR "cognitive therap*" [Title/Abstract] OR "cognition therap*" [Title/Abstract] OR "cognitive restructuring*" [Title/Abstract] OR "cognitive reframing*" [Title/Abstract] OR "Cognitive Remediation" [Title/Abstract] OR "psychologic desensitization*" [Title/Abstract] OR "psychological desensitization*" [Title/Abstract] OR "EMDR" [Title/Abstract] OR "eye movement desensitization reprocessing" [Title/Abstract] OR "implosive therap*" [Title/Abstract] OR "imaginal flooding*" [Title/Abstract] OR "flooding therap*" [Title/Abstract] OR "exposure therap*" [Title/Abstract] OR "virtual reality immersion therap*" [Title/Abstract] OR "virtual reality therap*" [Title/Abstract] OR "emotion focused therap*" [Title/Abstract] OR "emotionally focused therap*" [Title/Abstract] OR "guided imagery" [Title/Abstract] OR "mentalization based therap*" [Title/Abstract] OR "mentalization based treatment*" [Title/Abstract] OR "mentalisation based therap*" [Title/Abstract] OR "mentalisation based</p>

treatment*[Title/Abstract] OR "psychoanalytic therap*[Title/Abstract] OR "psychoanalytical therap*[Title/Abstract] OR "free association*[Title/Abstract] OR "transactional analys*[Title/Abstract] OR "solution focused brief therap*[Title/Abstract] OR "rational emotive psychotherap*[Title/Abstract] OR "schema therap*[Title/Abstract] OR "group therap*[Title/Abstract] OR ("longer term therap*[Title/Abstract] OR "shorter term therap*[Title/Abstract] OR "long term therap*[Title/Abstract] OR "short term therap*[Title/Abstract] OR "psychoanalys*[Title/Abstract] OR "depth psycholog*[Title/Abstract] OR "depthpsycholog*[Title/Abstract] OR "psychodynamic therap*[Title/Abstract] OR "group based treatment*[Title/Abstract] OR "group treatment*[Title/Abstract])))) NOT ("infan*[All Fields] OR "newborn*[All Fields] OR "new born*[All Fields] OR "perinat*[All Fields] OR "neonat*[All Fields] OR ("infant, newborn"[MeSH Terms] OR ("infant"[All Fields] AND "newborn"[All Fields]) OR "newborn infant"[All Fields] OR "baby"[All Fields] OR "infant"[MeSH Terms] OR "infant"[All Fields]) OR "baby*[All Fields] OR ("baby s"[All Fields] OR "babys"[All Fields] OR "infant"[MeSH Terms] OR "infant"[All Fields] OR "babies"[All Fields]) OR "toddler*[All Fields] OR ("minority groups"[MeSH Terms] OR ("minority"[All Fields] AND "groups"[All Fields]) OR "minority groups"[All Fields] OR "minorities"[All Fields] OR "minority"[All Fields] OR "minority s"[All Fields] OR "minors"[MeSH Terms] OR "minors"[All Fields] OR "minor"[All Fields]) OR "minors*[All Fields] OR ("men"[MeSH Terms] OR "men"[All Fields] OR "boy"[All Fields]) OR ("men"[MeSH Terms] OR "men"[All Fields] OR "boys"[All Fields]) OR ("boyfriend"[All Fields] OR "boyfriend s"[All Fields] OR "boyfriends"[All Fields]) OR "boyhood"[All Fields] OR "girl*[All Fields] OR "kid"[All Fields] OR "kids"[All Fields] OR ("child"[MeSH Terms] OR "child"[All Fields] OR "children"[All Fields] OR "child s"[All Fields] OR "children s"[All Fields] OR "childrens"[All Fields] OR "childs"[All Fields]) OR "child*[All Fields] OR "children*[All Fields] OR "schoolchild*[All Fields] OR "schoolchild"[All Fields] OR "school child"[Title/Abstract] OR "school child*[Title/Abstract] OR "adolescen*[All Fields] OR "juvenil*[All Fields] OR "youth*[All Fields] OR "teen*[All Fields] OR "under age*[All Fields] OR "pubescen*[All Fields] OR "pediatrics"[MeSH Terms] OR "pediatric*[All Fields] OR "paediatric*[All Fields] OR "peadiatric*[All Fields] OR "school"[Title/Abstract] OR "school*[Title/Abstract] OR "prematu*[All Fields] OR "preterm*[All Fields])) AND (((("systematic*[Title] AND "review"[Title]) OR "systematic overview*[Title] OR "cochrane review*[Title] OR "systemic review*[Title] OR "scoping review"[Title] OR "scoping literature review"[Title] OR "mapping review"[Title] OR "umbrella review*[Title] OR ("review of reviews"[Title] OR "overview of reviews"[Title]) OR "meta-review"[Title] OR ("integrative review"[Title] OR "integrated review"[Title] OR "integrative overview"[Title] OR "meta-synthesis"[Title] OR "metasynthesis"[Title] OR "quantitative review"[Title] OR "quantitative synthesis"[Title] OR "research synthesis"[Title] OR "meta-ethnography"[Title]) OR "systematic literature search"[Title] OR "systematic literature research"[Title] OR "meta-analyses"[Title] OR "metaanalyses"[Title] OR "metaanalysis"[Title] OR "meta-analysis"[Title] OR "meta analytic review"[Title] OR "meta analytical review"[Title] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR ("search*[Title/Abstract] OR "medline"[Title/Abstract] OR "pubmed"[Title/Abstract] OR "embase"[Title/Abstract] OR "Cochrane"[Title/Abstract] OR "scopus"[Title/Abstract] OR "web of science"[Title/Abstract] OR "sources of information"[Title/Abstract] OR "data sources"[Title/Abstract] OR "following databases"[Title/Abstract]) AND ("study selection"[Title/Abstract] OR "selection criteria"[Title/Abstract] OR "eligibility criteria"[Title/Abstract] OR "inclusion criteria"[Title/Abstract] OR "exclusion criteria"[Title/Abstract])) OR "systematic review"[Publication Type]) NOT ("letter"[Publication Type] OR "editorial"[Publication Type] OR "comment"[Publication Type] OR "case reports"[Publication Type] OR "historical article"[Publication Type] OR "report"[Title] OR "protocol"[Title] OR "protocols"[Title] OR "withdrawn"[Title] OR "retraction of publication"[Publication Type] OR "retraction of publication as topic"[MeSH Terms] OR "retracted publication"[Publication Type] OR "reply"[Title] OR "published erratum"[Publication Type])) AND 2015/01/01:3000/12/31[Date - Publication]

Cochrane

[mh ^"Somatoform Disorders"] OR [mh "Dissociative Identity Disorder"] OR [mh "Depressive Disorder, Treatment-Resistant"] OR [mh ^"Personality Disorders"] OR [mh "Antisocial Personality Disorder"] OR [mh "Borderline Personality Disorder"] OR [mh "Compulsive Personality Disorder"] OR [mh "Dependent Personality Disorder"] OR [mh ^"Histrionic Personality Disorder"] OR [mh "Paranoid Personality Disorder"] OR [mh "Passive-Aggressive Personality Disorder"] OR [mh "Schizoid Personality Disorder"] OR [mh "Schizotypal Personality Disorder"] OR [mh "Affective Disorders, Psychotic"] OR [mh "Paranoid Disorders"] OR [mh ^"Psychotic Disorders"] OR [mh ^"Schizophrenia"] OR [mh "Schizophrenia, Catatonic"] OR [mh "Schizophrenia, Disorganized"] OR [mh "Schizophrenia, Paranoid"] OR [mh "Schizophrenia, Treatment-Resistant"] OR [mh "Stress Disorders, Post-Traumatic"]

(((Somatization OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NEXT Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NEXT personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NEXT depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NEXT behavior*) OR (paranoi* OR Psychos?s OR schizophren* OR "dementia praecox")):ti,ab,kw OR ((double NEXT depression*) OR (("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NEXT disorder*)):ti,ab,kw
#1 OR #2
[mh ^"Psychotherapy"] OR [mh ^"Behavior Therapy"] OR [mh "Anger Management Therapy"] OR [mh "Aversive Therapy"] OR [mh ^"Cognitive Behavioral Therapy"] OR [mh ^"Acceptance and Commitment Therapy"] OR [mh "Cognitive Restructuring"] OR [mh "Cognitive Remediation"] OR [mh "Desensitization, Psychologic"] OR [mh "Dialectical Behavior Therapy"] OR [mh "Emotion-Focused Therapy"] OR [mh "Imagery, Psychotherapy"] OR [mh "Mentalization-Based Therapy"] OR [mh "Psychoanalytic Therapy"] OR [mh "Psychotherapy, Brief"] OR [mh "Psychotherapy, Multiple"] OR [mh "Psychotherapy, Psychodynamic"] OR [mh "Psychotherapy, Rational-Emotive"] OR [mh "Schema Therapy"] OR [mh ^"Psychotherapy, Group"]
(psychoanalys* OR depth-psycholog* OR depthpsycholog* OR psychodynamic-therap* OR group-based-treatment* OR group-treatment* OR psychotherap* OR (behavior?r NEXT (therap* OR treatment* OR change-technique* OR modification*)) OR anger-management OR ((aversion OR aversive OR cognitive-behavior?ral OR cognitive OR cognition OR schema OR group OR psychoanalytic OR psychoanalytical OR solution-focused-brief OR flooding OR exposure OR virtual-reality-immersion OR virtual-reality OR emotion-focused OR emotionally-focused OR longer-term OR long-term OR short-term OR shorter-term OR conditioning) NEXT therap*) OR (cognitive NEXT (restructuring* OR reframing* OR remediation)) OR psychologic-desensitization* OR psychological-desensitization* OR EMDR OR eye-movement-desensitization-reprocessing OR implosive-therap* OR imaginal-flooding* OR Guided-imagery OR (mentali?ation-based NEXT (therap* OR treatment*)) OR free-association* OR transactional-analys* OR rational-emotive-psychotherap*):ti,ab,kw
#4 OR #5
#3 AND #6
(infan* or child* or adolescen* or pediatric* or paediatric* or pube* or juvenil* or school* or newborn* or "new born*" or "neo nat*" or neonat* or premature* or postmature* or "pre-mature*" or "post-mature*" or preterm* or "pre term*" or baby or babies or toddler* or youngster* or preschool* or kindergart* or kid or kids or playgroup* or "play-group*" or playschool* or prepube* or preadolescenc* or "junior high*" or highschool* or "senior high" or "young people*" or minors):ti,ab,kw
#7 NOT #8 with Cochrane Library publication date Between Jan 2015 and Aug 2022
PsycInfo
(TI ((((Somati#ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NO Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NO personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NO depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NO behavior#r*) OR (paranoi* OR Psychos#s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NO depression*) OR (("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NO disorder*))) OR AB ((((Somati#ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NO Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NO personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NO depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NO behavior#r*) OR (paranoi* OR Psychos#s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NO depression*) OR (("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NO disorder*)))) OR (DE "Somatoform Disorders" OR DE "Dissociative Identity Disorder" OR DE "Treatment Resistant Depression" OR DE "Personality Disorders" OR DE "Antisocial Personality Disorder" OR DE "Borderline Personality Disorder" OR DE "Obsessive Compulsive Personality Disorder" OR DE "Dependent Personality Disorder" OR DE "Histrionic Personality Disorder" OR DE "Paranoid Personality Disorder" OR DE "Passive Aggressive Personality Disorder" OR DE "Schizoid Personality Disorder" OR DE "Schizotypal Personality Disorder" OR DE "Affective Psychosis" OR DE "Paranoia (Psychosis)" OR DE "Acute Psychosis" OR DE "Schizophrenia" OR DE "Catatonic

Schizophrenia" OR DE "Schizophrenia (Disorganized Type)" OR DE "Paranoid Schizophrenia" OR DE "Posttraumatic Stress Disorder" OR DE "Complex PTSD" OR DE "DESNOS")

(TI (((psychoanalys* OR depth-psycholog* OR depthpsycholog* OR psychodynamic-therap* OR group-based-treatment* OR group-treatment* OR psychotherap* OR (behavio#r NO (therap* OR treatment* OR change-technique* OR modification*)) OR anger-management OR ((aversion OR aversive OR cognitive-behavioral OR cognitive OR cognition OR schema OR group OR psychoanalytic OR psychoanalytical OR solution-focused-brief OR flooding OR exposure OR virtual-reality-immersion OR virtual-reality OR emotion-focused OR emotionally-focused OR longer-term OR long-term OR short-term OR shorter-term OR conditioning) NO therap*) OR (cognitive NO (restructuring* OR reframing* OR remediation)) OR psychologic-desensitization* OR psychological-desensitization* OR EMDR OR eye-movement-desensitization-reprocessing OR implosive-therap* OR imaginal-flooding* OR Guided-imagery OR (mentaliation-based NO (therap* OR treatment*)) OR free-association* OR transactional-analys* OR rational-emotive-psychotherap*))) OR AB (((psychoanalys* OR depth-psycholog* OR depthpsycholog* OR psychodynamic-therap* OR group-based-treatment* OR group-treatment* OR psychotherap* OR (behavio#r NO (therap* OR treatment* OR change-technique* OR modification*)) OR anger-management OR ((aversion OR aversive OR cognitive-behavioral OR cognitive OR cognition OR schema OR group OR psychoanalytic OR psychoanalytical OR solution-focused-brief OR flooding OR exposure OR virtual-reality-immersion OR virtual-reality OR emotion-focused OR emotionally-focused OR longer-term OR long-term OR short-term OR shorter-term OR conditioning) NO therap*) OR (cognitive NO (restructuring* OR reframing* OR remediation)) OR psychologic-desensitization* OR psychological-desensitization* OR EMDR OR eye-movement-desensitization-reprocessing OR implosive-therap* OR imaginal-flooding* OR Guided-imagery OR (mentaliation-based NO (therap* OR treatment*)) OR free-association* OR transactional-analys* OR rational-emotive-psychotherap*)))) OR (DE "Psychotherapy" OR DE "Behavior Therapy" OR DE "Anger Control" OR DE "Aversion Therapy" OR DE "Covert Sensitization" OR DE "Cognitive Therapy" OR DE "Acceptance and Commitment Therapy" OR DE "Cognitive Restructuring" OR DE "Cognitive Remediation" OR DE "Systematic Desensitization Therapy" OR DE "Dialectical Behavior Therapy" OR DE "Emotion Focused Therapy" OR DE "Guided Imagery" OR DE "Mentalization" OR DE "Psychoanalysis" OR DE "Adlerian Psychotherapy" OR DE "Brief Relational Therapy" OR DE "Dream Analysis" OR DE "Self-Analysis" OR DE "Brief Psychotherapy" OR DE "Psychodynamic Psychotherapy" OR DE "Rational Emotive Behavior Therapy" OR DE "Schema Therapy" OR DE "Group Psychotherapy")

S1 AND S2

(AG childhood OR Neonatal OR Infancy OR Preschool OR School Age OR Adolescence) OR (DE "Neonatal Development" OR DE "Infant Development" OR DE "Early Childhood Development" OR DE "Childhood Development" OR DE "Child Psychiatry" OR DE "Orthopsychiatry" OR DE "Child Psychopathology" OR DE "Child Psychology" OR DE "Child Psychotherapy" OR DE "Pediatrics" OR DE "Juvenile Delinquency" OR DE "Adolescent Behavior" OR DE "Adolescent Development" OR DE "Adolescent Psychiatry" OR DE "Adolescent Psychopathology" OR DE "Adolescent Psychology" OR DE "Adolescent Psychotherapy" OR DE "Nursery Schools" OR DE "Nursery School Students" OR DE "Kindergartens" OR DE "Kindergarten Students" OR DE "Child Day Care" OR DE "Child Care" OR DE "Preschool Education" OR DE "Preschool Students" OR DE "Preschool Teachers" OR DE "Elementary Education" OR DE "Elementary Schools" OR DE "Elementary School Students" OR DE "Elementary School Teachers" OR DE "Primary School Students" OR DE "Public School Education" OR DE "Middle Schools" OR DE "Middle School Education" OR DE "Middle School Students" OR DE "Middle School Teachers" OR DE "Junior High Schools" OR DE "Junior High School Students" OR DE "Junior High School Teachers" OR DE "Secondary Education" OR DE "High Schools" OR DE "High School Students" OR DE "High School Education" OR DE "High School Teachers" OR DE "Junior College Students" OR DE "College Students" OR DE "Colleges" OR DE "Higher Education" OR DE "Graduate Education" OR DE "Graduate Schools" OR DE "Undergraduate Education" OR DE "Vocational Education" OR DE "Vocational School Students" OR DE "Vocational Education Teachers" OR DE "Students") OR (TI ((preterm* OR prematur* OR postmatur* OR perinat* OR postnat* OR neonat* OR newborn* OR newborn OR infan* OR baby* OR babies OR toddler* OR preschool* OR child* OR pediat* OR paediat* OR kid OR kids OR prepubescen* OR prepuberty* OR puberty OR pubescen* OR teen* OR young* OR youth* OR minors* OR under-ag* OR underag* OR juvenile* OR girl* OR boy* OR preadolesc* OR adolesc* OR nursery OR prekindergarten OR kindergarten* OR early-childhood education OR preschool* OR elementary-education OR elementary-school* OR primary-education OR primary-school* OR K-12* OR K12 OR 1st-grade* OR first-grade* OR grade 1 OR grade-one OR 2nd-grade* OR second-grade* OR grade 2 OR grade-two OR 3rd-grade* OR third-grade* OR grade-3 OR grade-three OR 4th-grade* OR fourth-grade* OR grade-4 OR grade-four OR 5th-grade* OR fifth-grade* OR grade-5 OR grade-five OR 6th-grade* OR sixth-grade* OR grade-6 OR grade-

six OR intermediate-general OR middle-school* OR secondary-education OR secondary-school* OR 7th-grade* OR seventh-grade* OR grade-7 OR grade-seven OR 8th-grade* OR eight-grade* OR grade-8 OR grade-eight OR 9th-grade* OR ninth-grade* OR grade-9 OR grade-nine OR 10th-grade* OR tenth-grade* OR grade-10 OR grade-ten OR 11th-grade* OR eleventh-grade* OR grade 11 OR grade eleven OR 12th-grade* OR twelfth-grade* OR grade 12 OR grade twelve OR junior high* OR highschool* OR high school* OR preuniversity OR pre-university OR college* OR undergrad* OR tertiary education OR tertiary school* OR postsecondary education OR postsecondary school* OR universit* OR prevocational OR vocational OR classroom* OR curricul* OR education* OR learner* OR lesson* OR pupil* OR school* OR student* OR teacher*) OR AB ((preterm* OR prematur* OR postmatur* OR perinat* OR postnat* OR neonat* OR newborn* OR newborn OR infan* OR baby* OR babies OR toddler* OR preschool* OR child* OR pediat* OR paediat* OR kid OR kids OR prepubescen* OR prepuberty* OR puberty OR pubescen* OR teen* OR young* OR youth* OR minors* OR under-ag* OR underag* OR juvenile* OR girl* OR boy* OR preadolesc* OR adolesc* OR nursery OR prekindergarten OR kindergarten* OR early-childhood education OR preschool* OR elementary-education OR elementary-school* OR primary-education OR primary-school* OR K-12* OR K12 OR 1st-grade* OR first-grade* OR grade 1 OR grade-one OR 2nd-grade* OR second-grade* OR grade 2 OR grade-two OR 3rd-grade* OR third-grade* OR grade-3 OR grade-three OR 4th-grade* OR fourth-grade* OR grade-4 OR grade-four OR 5th-grade* OR fifth-grade* OR grade-5 OR grade-five OR 6th-grade* OR sixth-grade* OR grade-6 OR grade-six OR intermediate-general OR middle school* OR secondary-education OR secondary-school* OR 7th-grade* OR seventh-grade* OR grade-7 OR grade-seven OR 8th-grade* OR eight-grade* OR grade-8 OR grade-eight OR 9th-grade* OR ninth-grade* OR grade-9 OR grade-nine OR 10th-grade* OR tenth-grade* OR grade-10 OR grade-ten OR 11th-grade* OR eleventh-grade* OR grade 11 OR grade eleven OR 12th-grade* OR twelfth-grade* OR grade 12 OR grade twelve OR junior high* OR highschool* OR high school* OR preuniversity OR pre-university OR college* OR undergrad* OR tertiary education OR tertiary school* OR postsecondary education OR postsecondary school* OR universit* OR prevocational OR vocational OR classroom* OR curricul* OR education* OR learner* OR lesson* OR pupil* OR school* OR student* OR teacher*))

S3 NOT S4

((DE "Meta Analysis") OR (DE "Systematic Review") OR (MR systematic review OR MR meta-analysis) OR (((TI systematic* OR AB systematic*) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR ((TI methodologic* OR AB methodologic*) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR (((TI quantitative OR AB quantitative) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*) OR (TI syntheses* OR AB syntheses*))) OR ((TI research OR AB research) N3 ((TI integrati* OR AB integrati*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR (((TI integrative OR AB integrative) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR ((TI collaborative OR AB collaborative) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR ((TI pool* OR AB pool*) N3 (TI analy* OR AB analy*)) OR ((TI "data syntheses*" OR AB "data syntheses*") OR (TI "data extraction*" OR AB "data extraction*") OR (TI "data abstraction*" OR AB "data abstraction*")) OR ((TI handsearch* OR AB handsearch*) OR (TI "hand search*" OR AB "hand search*")) OR ((TI "mantel haenszel" OR AB "mantel haenszel") OR (TI peto OR AB peto) OR (TI "der simonian" OR AB "der simonian") OR (TI dersimonian OR AB dersimonian) OR (TI "fixed effect*" OR AB "fixed effect*") OR (TI "latin square*" OR AB "latin square*")) OR ((TI "met analy*" OR AB "met analy*") OR (TI metanaly* OR AB metanaly*) OR (TI "technology assessment*" OR AB "technology assessment*") OR (TI HTA OR AB HTA) OR (TI HTAs OR AB HTAs) OR (TI "technology overview*" OR AB "technology overview*") OR (TI "technology appraisal*" OR AB "technology appraisal*")) OR ((TI "meta regression*" OR AB "meta regression*") OR (TI metaregression* OR AB metaregression*)) OR ((TI medline OR AB medline) OR (TI cochrane OR AB cochrane) OR (TI pubmed OR AB pubmed) OR (TI medlars OR AB medlars) OR (TI embase OR AB embase) OR (TI cinahl OR AB cinahl) OR ((TI comparative OR AB comparative) N3 ((TI efficacy OR AB efficacy) OR (TI effectiveness OR AB effectiveness))) OR ((TI "Endpunkte research" OR AB "Endpunkte research") OR (TI "relative effectiveness" OR AB "relative effectiveness")) OR (((TI indirect OR AB indirect) OR (TI "indirect treatment" OR AB "indirect treatment") OR (TI mixed-treatment OR AB mixed-treatment) OR (TI bayesian OR AB bayesian)) N3 (TI comparison* OR AB comparison*)) OR ((TI multi* OR AB multi*) N3 (TI treatment OR AB treatment) N3 (TI comparison* OR AB comparison*)) OR ((TI mixed OR AB mixed) N3 (TI treatment OR AB treatment) N3 ((TI meta-analy* OR AB meta-analy*) OR (TI metaanaly* OR AB metaanaly*))) OR (TI "umbrella review*" OR AB "umbrella review*") OR ((TI multi* OR AB multi*) N2 (TI paramet* OR AB paramet*) N2 (TI evidence OR AB evidence) N2 (TI synthesis OR AB synthesis)) OR ((TI multiparamet* OR AB multiparamet*) N2 (TI evidence OR AB evidence) N2 (TI synthesis OR AB synthesis)) OR ((TI multi-paramet* OR AB multi-paramet*) N2 (TI evidence OR AB evidence) N2 (TI synthesis OR AB synthesis))

S5 AND S6
S5 AND S6 (Jahreslimit 01.01.2015-31.08.2022)
Web of Science
TS=(((Somati?ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffektive OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NEAR/0 Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NEAR/0 personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NEAR/0 depressi*) OR ((antisocial OR dysocial) NEAR/0 behavio?r*) OR (paranoi* OR Psychos?s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NEAR/0 depression*) OR (("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NEAR/0 disorder*))
TS=((psychoanalys* OR depth-psycholog* OR depthpsycholog* OR psychodynamic-therap* OR group-based-treatment* OR group-treatment* OR psychotherap* OR (behavio?r NEAR/0 (therap* OR treatment* OR change-technique* OR modification*)) OR anger-management OR ((aversion OR aversive OR cognitive-behavioral OR cognitive OR cognition OR schema OR group OR psychoanalytic OR psychoanalytical OR solution-focused-brief OR flooding OR exposure OR virtual-reality-immersion OR virtual-reality OR emotion-focused OR emotionally-focused OR longer-term OR long-term OR short-term OR shorter-term OR conditioning) NEAR/0 therap*) OR (cognitive NEAR/0 (restructuring* OR reframing* OR remediation)) OR psychologic-desensitization* OR psychological-desensitization* OR EMDR OR eye-movement-desensitization-reprocessing OR implosive-therap* OR imaginal-flooding* OR Guided-imagery OR (mentali?ation-based NEAR/0 (therap* OR treatment*)) OR free-association* OR transactional-analys* OR rational-emotive-psychotherap*))
#1 AND #2
TS=("preterm*" OR "prematu*" OR "postmatu*" OR "perinat*" OR "postnat*" OR "neonat*" OR "newborn*" OR "new-born" OR "infan*" OR "baby*" OR "babies" OR "toddler*" OR "child*" OR "pediat*" OR "paediat*" OR "kid" OR "kids" OR "prepubescen*" OR "prepuberty*" OR "teen*" OR "young*" OR "youth*" OR "minors*" OR "under ag*" OR "underag*" OR "juvenile*" OR "girl*" OR "boy*" OR "preadolesc*" OR "adolesc*" OR "nursery" OR "kindergarten*" OR "early childhood education" OR "preschool*" OR "elementary education" OR "primary education" OR "K-12*" OR "K12" OR "secondary education" OR "junior high*" OR "highschool*" OR "college*" OR "undergrad*" OR "tertiary education" OR "postsecondary education" OR "universit*" OR "student*" OR "school*" OR "classroom*")
#3 NOT #4
((((((((((TI=(systematic* AND review)) OR TI=(Systematic-overview*)) OR TI=((Cochrane OR systemic OR scoping OR scoping-literature OR mapping OR Umbrella OR quative OR meta-analytical OR meta-analytic) NEAR/0 review*)) OR TI=(review-of-reviews OR overview-of-reviews OR meta-review)) OR TI=((integrative OR integrated) NEAR/0 (overview OR review))) OR TI=(meta-synthesis OR metasynthesis)) OR TI=((quantitative OR research) NEAR/0 synthesis)) OR TI=(meta-ethnography)) OR TI=(Systematic-literature NEAR/0 (search OR research))) OR TI=(meta-analyses OR metaanalyses OR metaanalysis OR meta-analysis) OR (TI=(search* OR medline OR pubmed OR embase OR Cochrane OR scopus OR web-of-science OR sources-of-information OR data-sources OR following-databases)) OR (AB=(search* OR medline OR pubmed OR embase OR Cochrane OR scopus OR web-of-science OR sources-of-information OR data-sources OR following-databases)) AND (TI=(study-selection OR selection-criteria OR eligibility-criteria OR inclusion-criteria OR exclusion-criteria)) OR (AB=(study-selection OR selection-criteria OR eligibility-criteria OR inclusion-criteria OR exclusion-criteria))) OR DT=(Review) NOT (DT=(Letter OR Editorial Material OR Retracted Publication OR Withdrawn Publication OR Article))
#5 AND #6
#7 2015-01-01 to 2022-08-30

Sources: (CADTH Search Filters Database 2022; Ket et al. 2019; Leclercq et al. 2013; Salvador-Oliván et al. 2021)

Table 53: Syntax search strategy key question 2 (systematic reviews/meta-analyses)

Key question 2 - online interventions without continuous personal medical-therapeutic support
PubMed
"Somatoform Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Dissociative Identity Disorder"[MeSH Terms] OR "depressive disorder, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Antisocial Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Borderline Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Compulsive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Dependent Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Histrionic Personality Disorder"[MeSH Terms:noexp] OR "Paranoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Passive-Aggressive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizotypal Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "affective disorders, psychotic"[MeSH Terms] OR "Paranoid Disorders"[MeSH Terms] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Schizophrenia"[MeSH Terms:noexp] OR "schizophrenia, catatonic"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, disorganized"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, paranoid"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms]
"somatisation disorder*"[Title/Abstract] OR "somatization disorder*"[Title/Abstract] OR "somatoform disorder*"[Title/Abstract] OR "dissociative identity disorder*"[Title/Abstract] OR "multiple personalit*"[Title/Abstract] OR "dual personalit*"[Title/Abstract] OR "refractory depressi*"[Title/Abstract] OR "therapy resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "treatment resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "sociopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "psychopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial behavior*"[Title/Abstract] OR "antisocial behaviour*"[Title/Abstract] OR "compulsive personalit*"[Title/Abstract] OR "passive dependent personalit*"[Title/Abstract] OR "hysterical personalit*"[Title/Abstract] OR "passive aggressive personalit*"[Title/Abstract] OR "schizoid personalit*"[Title/Abstract] OR "psychotic affective disorder*"[Title/Abstract] OR "psychotic mood disorder*"[Title/Abstract] OR "paranoi*"[Title/Abstract] OR "psychotic disorder*"[Title/Abstract] OR "Psychosis"[Title/Abstract] OR "Psychoses"[Title/Abstract] OR "schizoaffective disorder*"[Title/Abstract] OR "schizophren*"[Title/Abstract] OR "dementia praecox"[Title/Abstract] OR "delusional disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract]
"double depression*"[Title/Abstract] OR "complex posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "complex post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract]
"somatisation disorder*"[Title/Abstract] OR "somatization disorder*"[Title/Abstract] OR "somatoform disorder*"[Title/Abstract] OR "dissociative identity disorder*"[Title/Abstract] OR "multiple personalit*"[Title/Abstract] OR "dual personalit*"[Title/Abstract] OR "refractory depressi*"[Title/Abstract] OR "therapy resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "treatment resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "sociopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "psychopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial behavior*"[Title/Abstract] OR "antisocial behaviour*"[Title/Abstract] OR "compulsive personalit*"[Title/Abstract] OR "passive dependent personalit*"[Title/Abstract] OR "hysterical personalit*"[Title/Abstract] OR "passive aggressive personalit*"[Title/Abstract] OR "schizoid personalit*"[Title/Abstract] OR "psychotic affective disorder*"[Title/Abstract] OR "psychotic mood disorder*"[Title/Abstract] OR "paranoi*"[Title/Abstract] OR "psychotic disorder*"[Title/Abstract] OR "Psychosis"[Title/Abstract] OR "Psychoses"[Title/Abstract] OR "schizoaffective disorder*"[Title/Abstract] OR "schizophren*"[Title/Abstract] OR "dementia praecox"[Title/Abstract] OR "delusional disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "double depression*"[Title/Abstract] OR "complex posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "complex post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract]
"Somatoform Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Dissociative Identity Disorder"[MeSH Terms] OR "depressive disorder, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Antisocial Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Borderline Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Compulsive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Dependent Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Histrionic Personality Disorder"[MeSH Terms:noexp] OR "Paranoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Passive-Aggressive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizotypal Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "affective disorders, psychotic"[MeSH Terms] OR "Paranoid Disorders"[MeSH Terms] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Schizophrenia"[MeSH Terms:noexp] OR "schizophrenia, catatonic"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, disorganized"[MeSH Terms]

OR "schizophrenia, paranoid"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR "somatisation disorder*"[Title/Abstract] OR "somatization disorder*"[Title/Abstract] OR "somatoform disorder*"[Title/Abstract] OR "dissociative identity disorder*"[Title/Abstract] OR "multiple personalit*"[Title/Abstract] OR "dual personalit*"[Title/Abstract] OR "refractory depressi*"[Title/Abstract] OR "therapy resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "treatment resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "sociopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "psychopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial behavior*"[Title/Abstract] OR "antisocial behaviour*"[Title/Abstract] OR "compulsive personalit*"[Title/Abstract] OR "passive dependent personalit*"[Title/Abstract] OR "hysterical personalit*"[Title/Abstract] OR "passive aggressive personalit*"[Title/Abstract] OR "schizoid personalit*"[Title/Abstract] OR "psychotic affective disorder*"[Title/Abstract] OR "psychotic mood disorder*"[Title/Abstract] OR "paranoi*"[Title/Abstract] OR "psychotic disorder*"[Title/Abstract] OR "Psychosis"[Title/Abstract] OR "Psychoses"[Title/Abstract] OR "schizoffective disorder*"[Title/Abstract] OR "schizophren*"[Title/Abstract] OR "dementia praecox"[Title/Abstract] OR "delusional disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "double depression*"[Title/Abstract] OR "complex posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "complex post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract]
"Internet-Based Intervention"[Mesh] OR "Medical Informatics Applications"[Mesh:NoExp] OR "Therapy, Computer-Assisted"[Mesh:NoExp] OR "Telemedicine"[Mesh:NoExp]
"internet based intervention*"[Title/Abstract] OR "web based intervention*"[Title/Abstract] OR "online intervention*"[Title/Abstract] OR "internet intervention*"[Title/Abstract] OR "medical informatics application*"[Title/Abstract] OR "computer assisted therap*"[Title/Abstract] OR "mobile health"[Title/Abstract] OR "m-Health"[Title/Abstract] OR "mHealth"[Title/Abstract] OR "e-Health"[Title/Abstract] OR "eHealth"[Title/Abstract] OR "Tele-Health"[Title/Abstract] OR "Telehealth"[Title/Abstract]
"computer delivered intervention*"[Title/Abstract] OR "app based intervention*"[Title/Abstract] OR "computer based intervention*"[Title/Abstract] OR "digital health"[Title/Abstract] OR "health app*"[Title/Abstract] OR "digital intervention*"[Title/Abstract] OR "digital medicine"[Title/Abstract] OR "digital therapeutic*"[Title/Abstract] OR "electronic health"[Title/Abstract] OR "emental health"[Title/Abstract] OR "e mental health"[Title/Abstract] OR "health technolog*"[Title/Abstract] OR "internet delivered intervention*"[Title/Abstract] OR "media delivered intervention*"[Title/Abstract] OR "online intervention*"[Title/Abstract] OR "online therap*"[Title/Abstract] OR "online training*"[Title/Abstract] OR "online based intervention*"[Title/Abstract] OR "phone based intervention*"[Title/Abstract] OR "selfdirected"[Title/Abstract] OR "self-directed"[Title/Abstract] OR "selfguided"[Title/Abstract] OR "self-guided"[Title/Abstract] OR "smartphone delivered intervention*"[Title/Abstract] OR "smartphone intervention*"[Title/Abstract] OR "smartphone based intervention*"[Title/Abstract] OR "unguided intervention*"[Title/Abstract]
#7 OR #8
#6 OR #9
#5 AND #10
"infan*"[All Fields] OR "newborn*"[All Fields] OR "new born*"[All Fields] OR "perinat*"[All Fields] OR "neonat*"[All Fields] OR ("infant, newborn"[MeSH Terms] OR ("infant"[All Fields] AND "newborn"[All Fields]) OR "newborn infant"[All Fields] OR "baby"[All Fields] OR "infant"[MeSH Terms] OR "infant"[All Fields]) OR "baby*"[All Fields] OR ("baby s"[All Fields] OR "babys"[All Fields] OR "infant"[MeSH Terms] OR "infant"[All Fields] OR "babies"[All Fields]) OR "toddler*"[All Fields] OR ("minority groups"[MeSH Terms] OR ("minority"[All Fields] AND "groups"[All Fields]) OR "minority groups"[All Fields] OR "minorities"[All Fields] OR "minority"[All Fields] OR "minority s"[All Fields] OR "minors"[MeSH Terms] OR "minors"[All Fields] OR "minor"[All Fields]) OR "minors*"[All Fields] OR ("men"[MeSH Terms] OR "men"[All Fields] OR "boy"[All Fields]) OR ("men"[MeSH Terms] OR "men"[All Fields] OR "boys"[All Fields]) OR ("boyfriend"[All Fields] OR "boyfriend s"[All Fields] OR "boyfriends"[All Fields]) OR "boyhood"[All Fields] OR "girl*"[All Fields] OR "kid"[All Fields] OR "kids"[All Fields] OR ("child"[MeSH Terms] OR "child"[All Fields] OR "children"[All Fields] OR "child s"[All Fields] OR "children s"[All Fields] OR "childrens"[All Fields] OR "childs"[All Fields]) OR "child*"[All Fields] OR "children*"[All Fields] OR "schoolchild*"[All Fields] OR "schoolchild"[All Fields] OR "school child"[Title/Abstract] OR "school child*"[Title/Abstract] OR "adolescen*"[All Fields] OR "juvenil*"[All Fields] OR "youth*"[All Fields] OR "teen*"[All Fields] OR "under age*"[All Fields] OR "pubescen*"[All Fields] OR "pediatrics"[MeSH Terms] OR "pediatric*"[All Fields] OR "paediatric*"[All Fields] OR "peadiatric*"[All

Fields] OR "school"[Title/Abstract] OR "school*"[Title/Abstract] OR "prematu*"[All Fields] OR "preterm*"[All Fields]
#11 NOT #12
((("systematic*"[Title] AND "review"[Title]) OR "systematic overview*"[Title] OR "cochrane review*"[Title] OR "systemic review*"[Title] OR "scoping review"[Title] OR "scoping literature review"[Title] OR "mapping review"[Title] OR "umbrella review*"[Title] OR ("review of reviews"[Title] OR "overview of reviews"[Title]) OR "meta-review"[Title] OR ("integrative review"[Title] OR "integrated review"[Title] OR "integrative overview"[Title] OR "meta-synthesis"[Title] OR "metasynthesis"[Title] OR "quantitative review"[Title] OR "quantitative synthesis"[Title] OR "research synthesis"[Title] OR "meta-ethnography"[Title]) OR "systematic literature search"[Title] OR "systematic literature research"[Title] OR "meta-analyses"[Title] OR "metaanalyses"[Title] OR "metaanalysis"[Title] OR "meta-analysis"[Title] OR "meta analytic review"[Title] OR "meta analytical review"[Title] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR (("search*"[Title/Abstract] OR "medline"[Title/Abstract] OR "pubmed"[Title/Abstract] OR "embase"[Title/Abstract] OR "Cochrane"[Title/Abstract] OR "scopus"[Title/Abstract] OR "web of science"[Title/Abstract] OR "sources of information"[Title/Abstract] OR "data sources"[Title/Abstract] OR "following databases"[Title/Abstract]) AND ("study selection"[Title/Abstract] OR "selection criteria"[Title/Abstract] OR "eligibility criteria"[Title/Abstract] OR "inclusion criteria"[Title/Abstract] OR "exclusion criteria"[Title/Abstract])) OR "systematic review"[Publication Type]) NOT ("letter"[Publication Type] OR "editorial"[Publication Type] OR "comment"[Publication Type] OR "case reports"[Publication Type] OR "historical article"[Publication Type] OR "report"[Title] OR "protocol"[Title] OR "protocols"[Title] OR "withdrawn"[Title] OR "retraction of publication"[Publication Type] OR "retraction of publication as topic"[MeSH Terms] OR "retracted publication"[Publication Type] OR "reply"[Title] OR "published erratum"[Publication Type])
#13 AND #14
2015/01/01:2022/08/31[Date - Publication]
#15 AND #16
Cochrane
[mh ^"Somatoform Disorders"] OR [mh "Dissociative Identity Disorder"] OR [mh "Depressive Disorder, Treatment-Resistant"] OR [mh ^"Personality Disorders"] OR [mh "Antisocial Personality Disorder"] OR [mh "Borderline Personality Disorder"] OR [mh "Compulsive Personality Disorder"] OR [mh "Dependent Personality Disorder"] OR [mh ^"Histrionic Personality Disorder"] OR [mh "Paranoid Personality Disorder"] OR [mh "Passive-Aggressive Personality Disorder"] OR [mh "Schizoid Personality Disorder"] OR [mh "Schizotypal Personality Disorder"] OR [mh "Affective Disorders, Psychotic"] OR [mh "Paranoid Disorders"] OR [mh ^"Psychotic Disorders"] OR [mh ^"Schizophrenia"] OR [mh "Schizophrenia, Catatonic"] OR [mh "Schizophrenia, Disorganized"] OR [mh "Schizophrenia, Paranoid"] OR [mh "Schizophrenia, Treatment-Resistant"] OR [mh "Stress Disorders, Post-Traumatic"]
((("Somatization OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NEXT Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NEXT personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NEXT depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NEXT behavior*) OR (paranoi* OR Psychos?s OR schizophren* OR "dementia praecox"):ti,ab,kw OR ((double NEXT depression*) OR (("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NEXT disorder*)):ti,ab,kw
#1 OR #2
[mh "Internet-Based Intervention"] OR [mh ^"Medical Informatics Applications"] OR [mh ^"Therapy, Computer-Assisted"] OR [mh ^"Telemedicine"]
(((((internetbased OR internet-based OR webbased OR web-based OR online OR internet OR Computer-delivered OR appbased OR app-based OR computerbased OR computer-based OR Internet-delivered OR media-delivered OR onlinebased OR phonebased OR online-based OR phone-based OR smartphone-delivered OR smartphone OR smartphonebased OR smartphone-based OR unguided) NEXT intervention*) OR (medical-informatics NEXT application*) OR (computer-assisted NEXT therap*) OR mobile-health OR m-Health OR mHealth OR e-Health OR eHealth OR Tele-Health OR Telehealth OR Digital-health OR (health NEXT app*) OR (Digital NEXT (intervention* OR medicine OR therapeutic*)) OR ((electronic OR emental OR e-mental) NEXT health) OR (Health NEXT technolog*) OR (online NEXT (intervention* OR therap* OR training*)) OR selfdirected OR self-directed OR selfguided OR self-guided)):ti,ab,kw
#4 OR #5
#3 AND #6

(infan* or child* or adolescen* or pediatric* or paediatric* or pube* or juvenil* or school* or newborn* or "new born*" or "neo nat*" or neonat* or premature* or postmature* or "pre-mature*" or "post-mature*" or preterm* or "pre term*" or baby or babies or toddler* or youngster* or preschool* or kindergart* or kid or kids or playgroup* or "play-group*" or playschool* or prepube* or preadolescenc* or "junior high*" or highschool* or "senior high" or "young people*" or minors):ti,ab,kw

#7 NOT #8 with Cochrane Library publication date Between Jan 2015 and Aug 2022

PsycInfo

(TI ((((Somati#ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NO Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NO personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NO depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NO behavio#r*) OR (paranoi* OR Psychos#s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NO depression*) OR ("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NO disorder*))) OR AB ((((Somati#ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NO Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NO personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NO depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NO behavio#r*) OR (paranoi* OR Psychos#s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NO depression*) OR ("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NO disorder*))) OR (DE "Somatoform Disorders" OR DE "Dissociative Identity Disorder" OR DE "Treatment Resistant Depression" OR DE "Personality Disorders" OR DE "Antisocial Personality Disorder" OR DE "Borderline Personality Disorder" OR DE "Obsessive Compulsive Personality Disorder" OR DE "Dependent Personality Disorder" OR DE "Histrionic Personality Disorder" OR DE "Paranoid Personality Disorder" OR DE "Passive Aggressive Personality Disorder" OR DE "Schizoid Personality Disorder" OR DE "Schizotypal Personality Disorder" OR DE "Affective Psychosis" OR DE "Paranoia (Psychosis)" OR DE "Acute Psychosis" OR DE "Schizophrenia" OR DE "Catatonic Schizophrenia" OR DE "Schizophrenia (Disorganized Type)" OR DE "Paranoid Schizophrenia" OR DE "Posttraumatic Stress Disorder" OR DE "Complex PTSD" OR DE "DESNOS")

(TI ((((internetbased OR internet-based OR webbased OR web-based OR online OR internet OR Computer-delivered OR appbased OR app-based OR computerbased OR computer-based OR Internet-delivered OR media-delivered OR onlinebased OR phonebased OR online-based OR phone-based OR smartphone-delivered OR smartphone OR smartphonebased OR smartphone-based OR unguided) NO intervention*) OR (medical-informatics NO application*) OR (computer-assisted NO therap*) OR mobile-health OR m-Health OR mHealth OR e-Health OR eHealth OR Tele-Health OR Telehealth OR Digital-health OR (health NO app*) OR (Digital NO (intervention* OR medicine OR therapeutic*)) OR ((electronic OR emental OR e-mental) NO health) OR (Health NOtechnolog*) OR (online NO (intervention* OR therap* OR training*)) OR selfdirected OR self-directed OR selfguided OR self-guided)) OR AB ((((internetbased OR internet-based OR webbased OR web-based OR online OR internet OR Computer-delivered OR appbased OR app-based OR computerbased OR computer-based OR Internet-delivered OR media-delivered OR onlinebased OR phonebased OR online-based OR phone-based OR smartphone-delivered OR smartphone OR smartphonebased OR smartphone-based OR unguided) NO intervention*) OR (medical-informatics NO application*) OR (computer-assisted NO therap*) OR mobile-health OR m-Health OR mHealth OR e-Health OR eHealth OR Tele-Health OR Telehealth OR Digital-health OR (health NO app*) OR (Digital NO (intervention* OR medicine OR therapeutic*)) OR ((electronic OR emental OR e-mental) NO health) OR (Health NOtechnolog*) OR (online NO (intervention* OR therap* OR training*)) OR selfdirected OR self-directed OR selfguided OR self-guided))) OR ((DE "Digital Interventions" OR DE "Electronic Health Services" OR DE "Digital Interventions" OR DE "Mobile Health" OR DE "Telemedicine" OR DE "Wearable Devices" OR DE "Computer Assisted Therapy"))

S1 AND S2

(AG childhood OR Neonatal OR Infancy OR Preschool OR School Age OR Adolescence) OR (DE "Neonatal Development" OR DE "Infant Development" OR DE "Early Childhood Development" OR DE "Childhood Development" OR DE "Child Psychiatry" OR DE "Orthopsychiatry" OR DE "Child Psychopathology" OR DE "Child Psychology" OR DE "Child Psychotherapy" OR DE "Pediatrics" OR DE "Juvenile Delinquency" OR DE "Adolescent Behavior" OR DE "Adolescent Development" OR DE "Adolescent Psychiatry" OR DE "Adolescent Psychopathology" OR DE "Adolescent Psychology" OR DE "Adolescent Psychotherapy" OR DE "Nursery

Schools" OR DE "Nursery School Students" OR DE "Kindergartens" OR DE "Kindergarten Students" OR DE "Child Day Care" OR DE "Child Care" OR DE "Preschool Education" OR DE "Preschool Students" OR DE "Preschool Teachers" OR DE "Elementary Education" OR DE "Elementary Schools" OR DE "Elementary School Students" OR DE "Elementary School Teachers" OR DE "Primary School Students" OR DE "Public School Education" OR DE "Middle Schools" OR DE "Middle School Education" OR DE "Middle School Students" OR DE "Middle School Teachers" OR DE "Junior High Schools" OR DE "Junior High School Students" OR DE "Junior High School Teachers" OR DE "Secondary Education" OR DE "High Schools" OR DE "High School Students" OR DE "High School Education" OR DE "High School Teachers" OR DE "Junior College Students" OR DE "College Students" OR DE "Colleges" OR DE "Higher Education" OR DE "Graduate Education" OR DE "Graduate Schools" OR DE "Undergraduate Education" OR DE "Vocational Education" OR DE "Vocational School Students" OR DE "Vocational Education Teachers" OR DE "Students") OR (TI ((preterm* OR prematur* OR postmatur* OR perinat* OR postnat* OR neonat* OR newborn* OR newborn OR infan* OR baby* OR babies OR toddler* OR preschool* OR child* OR pediat* OR paediat* OR kid OR kids OR prepubescen* OR prepuberty* OR puberty OR pubescen* OR teen* OR young* OR youth* OR minors* OR under-ag* OR underag* OR juvenile* OR girl* OR boy* OR preadolesc* OR adolesc* OR nursery OR prekindergarten OR kindergarten* OR early-childhood education OR preschool* OR elementary-education OR elementary-school* OR primary-education OR primary-school* OR K-12* OR K12 OR 1st-grade* OR first-grade* OR grade 1 OR grade-one OR 2nd-grade* OR second-grade* OR grade 2 OR grade-two OR 3rd-grade* OR third-grade* OR grade-3 OR grade-three OR 4th-grade* OR fourth-grade* OR grade-4 OR grade-four OR 5th-grade* OR fifth-grade* OR grade-5 OR grade-five OR 6th-grade* OR sixth-grade* OR grade-6 OR grade-six OR intermediate-general OR middle-school* OR secondary-education OR secondary-school* OR 7th-grade* OR seventh-grade* OR grade-7 OR grade-seven OR 8th-grade* OR eight-grade* OR grade-8 OR grade-eight OR 9th-grade* OR ninth-grade* OR grade-9 OR grade-nine OR 10th-grade* OR tenth-grade* OR grade-10 OR grade-ten OR 11th-grade* OR eleventh-grade* OR grade 11 OR grade eleven OR 12th-grade* OR twelfth-grade* OR grade 12 OR grade twelve OR junior high* OR highschool* OR high school* OR preuniversity OR pre-university OR college* OR undergrad* OR tertiary education OR tertiary school* OR postsecondary education OR postsecondary school* OR universit* OR prevocational OR vocational OR classroom* OR curricul* OR education* OR learner* OR lesson* OR pupil* OR school* OR student* OR teacher*)) OR AB ((preterm* OR prematur* OR postmatur* OR perinat* OR postnat* OR neonat* OR newborn* OR newborn OR infan* OR baby* OR babies OR toddler* OR preschool* OR child* OR pediat* OR paediat* OR kid OR kids OR prepubescen* OR prepuberty* OR puberty OR pubescen* OR teen* OR young* OR youth* OR minors* OR under-ag* OR underag* OR juvenile* OR girl* OR boy* OR preadolesc* OR adolesc* OR nursery OR prekindergarten OR kindergarten* OR early-childhood education OR preschool* OR elementary-education OR elementary-school* OR primary-education OR primary-school* OR K-12* OR K12 OR 1st-grade* OR first-grade* OR grade 1 OR grade-one OR 2nd-grade* OR second-grade* OR grade 2 OR grade-two OR 3rd-grade* OR third-grade* OR grade-3 OR grade-three OR 4th-grade* OR fourth-grade* OR grade-4 OR grade-four OR 5th-grade* OR fifth-grade* OR grade-5 OR grade-five OR 6th-grade* OR sixth-grade* OR grade-6 OR grade-six OR intermediate-general OR middle-school* OR secondary-education OR secondary-school* OR 7th-grade* OR seventh-grade* OR grade-7 OR grade-seven OR 8th-grade* OR eight-grade* OR grade-8 OR grade-eight OR 9th-grade* OR ninth-grade* OR grade-9 OR grade-nine OR 10th-grade* OR tenth-grade* OR grade-10 OR grade-ten OR 11th-grade* OR eleventh-grade* OR grade 11 OR grade eleven OR 12th-grade* OR twelfth-grade* OR grade 12 OR grade twelve OR junior high* OR highschool* OR high school* OR preuniversity OR pre-university OR college* OR undergrad* OR tertiary education OR tertiary school* OR postsecondary education OR postsecondary school* OR universit* OR prevocational OR vocational OR classroom* OR curricul* OR education* OR learner* OR lesson* OR pupil* OR school* OR student* OR teacher*))

S3 NOT S4

(DE "Meta Analysis") OR (DE "Systematic Review") OR (MR systematic review OR MR meta-analysis) OR (((TI systematic* OR AB systematic*) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR ((TI methodologic* OR AB methodologic*) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR (((TI quantitative OR AB quantitative) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*) OR (TI synthes* OR AB synthes*))) OR ((TI research OR AB research) N3 ((TI integrati* OR AB integrati*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR (((TI integrative OR AB integrative) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR ((TI collaborative OR AB collaborative) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR ((TI pool* OR AB pool*) N3 (TI analy* OR AB analy*)) OR ((TI "data synthes*" OR AB "data synthes*") OR (TI "data extraction*" OR AB "data extraction*") OR (TI "data abstraction*" OR AB "data abstraction*")) OR ((TI handsearch* OR AB handsearch*) OR (TI "hand search*"

OR AB "hand search*") OR ((TI "mantel haenszel" OR AB "mantel haenszel") OR (TI peto OR AB peto) OR (TI "der simonian" OR AB "der simonian") OR (TI dersimonian OR AB dersimonian) OR (TI "fixed effect*" OR AB "fixed effect*") OR (TI "latin square*" OR AB "latin square*")) OR ((TI "met analy*" OR AB "met analy*") OR (TI metanaly* OR AB metanaly*) OR (TI "technology assessment*" OR AB "technology assessment*") OR (TI HTA OR AB HTA) OR (TI HTAs OR AB HTAs) OR (TI "technology overview*" OR AB "technology overview*") OR (TI "technology appraisal*" OR AB "technology appraisal*")) OR ((TI "meta regression*" OR AB "meta regression*") OR (TI metaregression* OR AB metaregression*)) OR ((TI medline OR AB medline) OR (TI cochrane OR AB cochrane) OR (TI pubmed OR AB pubmed) OR (TI medlars OR AB medlars) OR (TI embase OR AB embase) OR (TI cinahl OR AB cinahl) OR ((TI comparative OR AB comparative) N3 ((TI efficacy OR AB efficacy) OR (TI effectiveness OR AB effectiveness))) OR ((TI "Endpunkte research" OR AB "Endpunkte research") OR (TI "relative effectiveness" OR AB "relative effectiveness")) OR (((TI indirect OR AB indirect) OR (TI "indirect treatment" OR AB "indirect treatment") OR (TI mixed-treatment OR AB mixed-treatment) OR (TI bayesian OR AB bayesian)) N3 (TI comparison* OR AB comparison*)) OR ((TI multi* OR AB multi*) N3 (TI treatment OR AB treatment) N3 (TI comparison* OR AB comparison*)) OR ((TI mixed OR AB mixed) N3 (TI treatment OR AB treatment) N3 ((TI meta-analy* OR AB meta-analy*) OR (TI metaanaly* OR AB metaanaly*)) OR (TI "umbrella review*" OR AB "umbrella review*") OR ((TI multi* OR AB multi*) N2 (TI paramet* OR AB paramet*) N2 (TI evidence OR AB evidence) N2 (TI synthesis OR AB synthesis)) OR ((TI multiparamet* OR AB multiparamet*) N2 (TI evidence OR AB evidence) N2 (TI synthesis OR AB synthesis)) OR ((TI multi-paramet* OR AB multi-paramet*) N2 (TI evidence OR AB evidence) N2 (TI synthesis OR AB synthesis))
S5 AND S6
S5 AND S6 (Jahreslimit 01.01.2015-31.08.2022)
Web of Science
TS=(((Somati?ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffektive OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NEAR/0 Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NEAR/0 personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NEAR/0 depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NEAR/0 behavio?r*) OR (paranoi* OR Psychos?s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NEAR/0 depression*) OR ("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NEAR/0 disorder*))
TS=(((internetbased OR internet-based OR webbased OR web-based OR online OR internet OR Computer-delivered OR appbased OR app-based OR computerbased OR computer-based OR Internet-delivered OR media-delivered OR onlinebased OR phonebased OR online-based OR phone-based OR smartphone-delivered OR smartphone OR smartphonebased OR smartphone-based OR unguided) NEAR/0 intervention*) OR (medical-informatics NEAR/0 application*) OR (computer-assisted NEAR/0 therap*) OR mobile-health OR m-Health OR mHealth OR e-Health OR eHealth OR Tele-Health OR Telehealth OR Digital-health OR (health NEAR/0 app*) OR (Digital NEAR/0 (intervention* OR medicine OR therapeutic*)) OR ((electronic OR emental OR e-mental) NEAR/0 health) OR (Health NEAR/0 technolog*) OR (online NEAR/0 (intervention* OR therap* OR training*)) OR selfdirected OR self-directed OR selfguided OR self-guided))
#1 AND #2
TS=("preterm*" OR "prematu*" OR "postmatu*" OR "perinat*" OR "postnat*" OR "neonat*" OR "newborn*" OR "new-born" OR "infan*" OR "baby*" OR "babies" OR "toddler*" OR "child*" OR "pediat*" OR "paediat*" OR "kid" OR "kids" OR "prepubescen*" OR "prepuberty*" OR "teen*" OR "young*" OR "youth*" OR "minors*" OR "under ag*" OR "underag*" OR "juvenile*" OR "girl*" OR "boy*" OR "preadolesc*" OR "adolesc*" OR "nursery" OR "kindergarten*" OR "early childhood education" OR "preschool*" OR "elementary education" OR "primary education" OR "K-12*" OR "K12" OR "secondary education" OR "junior high*" OR "highschool*" OR "college*" OR "undergrad*" OR "tertiary education" OR "postsecondary education" OR "universit*" OR "student*" OR "school*" OR "classroom*")
#3 NOT #4
(((((TI=(systematic* AND review)) OR TI=(Systematic-overview*)) OR TI=((Cochrane OR systemic OR scoping OR scoping-literature OR mapping OR Umbrella OR quativative OR meta-analytical OR meta-analytic) NEAR/0 review*)) OR TI=(review-of-reviews OR overview-of-reviews OR meta-review)) OR TI=((integrative OR integrated) NEAR/0 (overview OR review))) OR TI=(meta-synthesis OR metasynthesis)) OR TI=((quantitative OR research) NEAR/0 synthesis)) OR TI=(meta-ethnography)) OR TI=(Systematic-literature NEAR/0 (search OR research)) OR TI=(meta-analyses OR metaanalyses OR metaanalysis OR meta-analysis) OR (TI=(search* OR medline OR pubmed OR embase OR Cochrane OR scopus OR web-of-science OR

sources-of-information OR data-sources OR following-databases)) OR (AB=(search* OR medline OR pubmed OR embase OR Cochrane OR scopus OR web-of-science OR sources-of-information OR data-sources OR following-databases)) AND (TI=(study-selection OR selection-criteria OR eligibility-criteria OR inclusion-criteria OR exclusion-criteria)) OR (AB=(study-selection OR selection-criteria OR eligibility-criteria OR inclusion-criteria OR exclusion-criteria))) OR DT=(Review)) NOT (DT=(Letter OR Editorial Material OR Retracted Publication OR Withdrawn Publication OR Article))

#5 AND #6

#7 2015-01-01 to 2022-08-31

Sources: (CADTH Search Filters Database 2022; Ket et al. 2019; Leclercq et al. 2013; Salvador-Oliván et al. 2021)

Table 54: Syntax search strategy key question 2 (de novo search)

Key question 2 - online interventions without continuous personal medical-therapeutic support
PubMed
"Somatoform Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Dissociative Identity Disorder"[MeSH Terms] OR "depressive disorder, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Antisocial Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Borderline Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Compulsive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Dependent Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Histrionic Personality Disorder"[MeSH Terms:noexp] OR "Paranoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Passive-Aggressive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizotypal Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "affective disorders, psychotic"[MeSH Terms] OR "Paranoid Disorders"[MeSH Terms] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Schizophrenia"[MeSH Terms:noexp] OR "schizophrenia, catatonic"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, disorganized"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, paranoid"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms]
"somatisation disorder*"[Title/Abstract] OR "somatization disorder*"[Title/Abstract] OR "somatoform disorder*"[Title/Abstract] OR "dissociative identity disorder*"[Title/Abstract] OR "multiple personalit*"[Title/Abstract] OR "dual personalit*"[Title/Abstract] OR "refractory depressi*"[Title/Abstract] OR "therapy resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "treatment resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "sociopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "psychopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial behavior*"[Title/Abstract] OR "antisocial behaviour*"[Title/Abstract] OR "compulsive personalit*"[Title/Abstract] OR "passive dependent personalit*"[Title/Abstract] OR "hysterical personalit*"[Title/Abstract] OR "passive aggressive personalit*"[Title/Abstract] OR "schizoid personalit*"[Title/Abstract] OR "psychotic affective disorder*"[Title/Abstract] OR "psychotic mood disorder*"[Title/Abstract] OR "paranoi*"[Title/Abstract] OR "psychotic disorder*"[Title/Abstract] OR "Psychosis"[Title/Abstract] OR "Psychoses"[Title/Abstract] OR "schizoaffective disorder*"[Title/Abstract] OR "schizophren*"[Title/Abstract] OR "dementia praecox"[Title/Abstract] OR "delusional disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract]
"double depression*"[Title/Abstract] OR "complex posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "complex post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract]
"somatisation disorder*"[Title/Abstract] OR "somatization disorder*"[Title/Abstract] OR "somatoform disorder*"[Title/Abstract] OR "dissociative identity disorder*"[Title/Abstract] OR "multiple personalit*"[Title/Abstract] OR "dual personalit*"[Title/Abstract] OR "refractory depressi*"[Title/Abstract] OR "therapy resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "treatment resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "sociopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "psychopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial behavior*"[Title/Abstract] OR "antisocial behaviour*"[Title/Abstract] OR "compulsive personalit*"[Title/Abstract] OR "passive dependent personalit*"[Title/Abstract] OR "hysterical personalit*"[Title/Abstract] OR "passive aggressive personalit*"[Title/Abstract] OR "schizoid personalit*"[Title/Abstract] OR "psychotic affective disorder*"[Title/Abstract] OR "psychotic mood disorder*"[Title/Abstract] OR "paranoi*"[Title/Abstract] OR "psychotic disorder*"[Title/Abstract] OR "Psychosis"[Title/Abstract] OR "Psychoses"[Title/Abstract] OR "schizoaffective disorder*"[Title/Abstract] OR "schizophren*"[Title/Abstract] OR "dementia praecox"[Title/Abstract] OR "delusional disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "double depression*"[Title/Abstract] OR "complex posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "complex post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract]
"Somatoform Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Dissociative Identity Disorder"[MeSH Terms] OR "depressive disorder, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Antisocial Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Borderline Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Compulsive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Dependent Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Histrionic Personality Disorder"[MeSH Terms:noexp] OR "Paranoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Passive-Aggressive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizotypal Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "affective disorders, psychotic"[MeSH Terms] OR "Paranoid Disorders"[MeSH Terms] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Schizophrenia"[MeSH Terms:noexp] OR "schizophrenia, catatonic"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, disorganized"[MeSH Terms]

OR "schizophrenia, paranoid"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR "somatisation disorder*"[Title/Abstract] OR "somatization disorder*"[Title/Abstract] OR "somatoform disorder*"[Title/Abstract] OR "dissociative identity disorder*"[Title/Abstract] OR "multiple personalit*"[Title/Abstract] OR "dual personalit*"[Title/Abstract] OR "refractory depressi*"[Title/Abstract] OR "therapy resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "treatment resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "sociopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "psychopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial behavior*"[Title/Abstract] OR "antisocial behaviour*"[Title/Abstract] OR "compulsive personalit*"[Title/Abstract] OR "passive dependent personalit*"[Title/Abstract] OR "hysterical personalit*"[Title/Abstract] OR "passive aggressive personalit*"[Title/Abstract] OR "schizoid personalit*"[Title/Abstract] OR "psychotic affective disorder*"[Title/Abstract] OR "psychotic mood disorder*"[Title/Abstract] OR "paranoi*"[Title/Abstract] OR "psychotic disorder*"[Title/Abstract] OR "Psychosis"[Title/Abstract] OR "Psychoses"[Title/Abstract] OR "schizoaffective disorder*"[Title/Abstract] OR "schizophren*"[Title/Abstract] OR "dementia praecox"[Title/Abstract] OR "delusional disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "double depression*"[Title/Abstract] OR "complex posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "complex post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract]

"Internet-Based Intervention"[Mesh] OR "Medical Informatics Applications"[Mesh:NoExp] OR "Therapy, Computer-Assisted"[Mesh:NoExp]

"computer delivered intervention*"[Title/Abstract] OR "internet delivered intervention*" [Title/Abstract] OR "media delivered intervention*" [Title/Abstract] OR "smartphone delivered intervention*" [Title/Abstract] OR "app delivered intervention*" [Title/Abstract] OR "online delivered intervention*" [Title/Abstract] OR "phone delivered intervention*" [Title/Abstract] OR "web delivered intervention*" [Title/Abstract] OR "app based intervention*" [Title/Abstract] OR "computer based intervention*" [Title/Abstract] OR "online based intervention*" [Title/Abstract] OR "phone based intervention*" [Title/Abstract] OR "smartphone based intervention*" [Title/Abstract] OR "internet based intervention*" [Title/Abstract] OR "web based intervention*" [Title/Abstract] OR "media based intervention*" [Title/Abstract] OR "online intervention*" [Title/Abstract] OR "digital intervention*" [Title/Abstract] OR "smartphone intervention*" [Title/Abstract] OR "internet intervention*" [Title/Abstract] OR "phone intervention*" [Title/Abstract] OR "media intervention*" [Title/Abstract] OR "app intervention*" [Title/Abstract] OR "computer intervention*" [Title/Abstract] OR "web intervention*" [Title/Abstract] OR "computer delivered therap*" [Title/Abstract] OR "internet delivered therap*" [Title/Abstract] OR "media delivered therap*" [Title/Abstract] OR "smartphone delivered therap*" [Title/Abstract] OR "app delivered therap*" [Title/Abstract] OR "online delivered therap*" [Title/Abstract] OR "phone delivered therap*" [Title/Abstract] OR "web delivered therap*" [Title/Abstract] OR "app based therap*" [Title/Abstract] OR "computer based therap*" [Title/Abstract] OR "online based therap*" [Title/Abstract] OR "phone based therap*" [Title/Abstract] OR "smartphone based therap*" [Title/Abstract] OR "internet based therap*" [Title/Abstract] OR "web based therap*" [Title/Abstract] OR "media based therap*" [Title/Abstract] OR "online therap*" [Title/Abstract] OR "digital therap*" [Title/Abstract] OR "smartphone therap*" [Title/Abstract] OR "internet therap*" [Title/Abstract] OR "phone therap*" [Title/Abstract] OR "media therap*" [Title/Abstract] OR "app therap*" [Title/Abstract] OR "computer therap*" [Title/Abstract] OR "web therap*" [Title/Abstract] OR "computer assisted therap*" [Title/Abstract] OR "onlinetherap*" [Title/Abstract] OR "smartphonetherap*" [Title/Abstract] OR "internettherap*" [Title/Abstract] OR "phonetherap*" [Title/Abstract] OR "mediatherap*" [Title/Abstract] OR "computertherap*" [Title/Abstract] OR "webtherap*" [Title/Abstract] OR "computer delivered treatment" [Title/Abstract] OR "internet delivered treatment" [Title/Abstract] OR "media delivered treatment" [Title/Abstract] OR "smartphone delivered treatment" [Title/Abstract] OR "app delivered treatment" [Title/Abstract] OR "online delivered treatment" [Title/Abstract] OR "phone delivered treatment" [Title/Abstract] OR "web delivered treatment" [Title/Abstract] OR "app based treatment" [Title/Abstract] OR "computer based treatment" [Title/Abstract] OR "online based treatment" [Title/Abstract] OR "phone based treatment" [Title/Abstract] OR "smartphone based treatment" [Title/Abstract] OR "internet based treatment" [Title/Abstract] OR "web based treatment" [Title/Abstract] OR "media based treatment" [Title/Abstract] OR "online treatment" [Title/Abstract] OR "digital treatment" [Title/Abstract] OR "smartphone treatment" [Title/Abstract] OR "internet treatment" [Title/Abstract] OR "phone treatment" [Title/Abstract] OR "media treatment" [Title/Abstract] OR "app treatment" [Title/Abstract] OR "computer treatment" [Title/Abstract] OR "web treatment" [Title/Abstract] OR "computer assisted treatment" [Title/Abstract] OR "onlinetreatment" [Title/Abstract] OR

"smartphonetreatment" [Title/Abstract] OR "internetreatment" [Title/Abstract] OR "phonetreatment" [Title/Abstract] OR "mediatreatment" [Title/Abstract] OR "computertreatment" [Title/Abstract] OR "webtreatment" [Title/Abstract] OR "medical app*" [Title/Abstract] OR "psychotherapeutic app*" [Title/Abstract] OR "therapy app*" [Title/Abstract] OR "health app*" [Title/Abstract] OR "medical informatics app*" [Title/Abstract] OR "mobile health" [Title/Abstract] OR "m-Health" [Title/Abstract] OR "mHealth" [Title/Abstract] OR "digital health" [Title/Abstract] OR "digital medicine" [Title/Abstract] OR "digital therapeutic*" [Title/Abstract] OR "health technolog*" [Title/Abstract] OR "electronic health" [Title/Abstract] OR "emental health" [Title/Abstract] OR "e mental health" [Title/Abstract] OR "e-Health" [Title/Abstract] OR "eHealth" [Title/Abstract] OR "online training*" [Title/Abstract] OR "web training*" [Title/Abstract] OR "internet training*" [Title/Abstract]
"computerized cognitive drill"[Title/Abstract] OR "Listserv"[Title/Abstract] OR "remote delivered"[Title/Abstract] OR "remotedelivered"[Title/Abstract] OR "virtual reality"[Title/Abstract] OR "computer assisted cognitive remediation"[Title/Abstract] OR "computerassisted cognitive remediation"[Title/Abstract] OR "peer support"[Title/Abstract] OR "peersupport"[Title/Abstract] OR "medication reminder"[Title/Abstract] OR "medicationreminder"[Title/Abstract] OR "cognitive training"[Title/Abstract] OR "avatar therapy"[Title/Abstract] OR "lifestyle"[Title/Abstract]
"selfdirected"[Title/Abstract] OR "self-directed"[Title/Abstract] OR "selfguided"[Title/Abstract] OR "self-guided"[Title/Abstract] OR "unguided"[Title/Abstract]
#6 OR #7
#10 AND #9
#11 NOT #8
#5 AND #12
"infan*" [All Fields] OR "newborn*" [All Fields] OR "new born*" [All Fields] OR "perinat*" [All Fields] OR "neonat*" [All Fields] OR ("infant, newborn" [MeSH Terms] OR ("infant" [All Fields] AND "newborn" [All Fields]) OR "newborn infant" [All Fields] OR "baby" [All Fields] OR "infant" [MeSH Terms] OR "infant" [All Fields]) OR "baby*" [All Fields] OR ("baby s" [All Fields] OR "babys" [All Fields] OR "infant" [MeSH Terms] OR "infant" [All Fields] OR "babies" [All Fields]) OR "toddler*" [All Fields] OR ("minority groups" [MeSH Terms] OR ("minority" [All Fields] AND "groups" [All Fields]) OR "minority groups" [All Fields] OR "minorities" [All Fields] OR "minority" [All Fields] OR "minority s" [All Fields] OR "minors" [MeSH Terms] OR "minors" [All Fields] OR "minor" [All Fields]) OR "minors*" [All Fields] OR ("men" [MeSH Terms] OR "men" [All Fields] OR "boy" [All Fields]) OR ("men" [MeSH Terms] OR "men" [All Fields] OR "boys" [All Fields]) OR ("boyfriend" [All Fields] OR "boyfriend s" [All Fields] OR "boyfriends" [All Fields]) OR "boyhood" [All Fields] OR "girl*" [All Fields] OR "kid" [All Fields] OR "kids" [All Fields] OR ("child" [MeSH Terms] OR "child" [All Fields] OR "children" [All Fields] OR "child s" [All Fields] OR "children s" [All Fields] OR "childrens" [All Fields] OR "childs" [All Fields]) OR "child*" [All Fields] OR "children*" [All Fields] OR "schoolchild*" [All Fields] OR "schoolchild" [All Fields] OR "school child" [Title/Abstract] OR "school child*" [Title/Abstract] OR "adolescen*" [All Fields] OR "juvenil*" [All Fields] OR "youth*" [All Fields] OR "teen*" [All Fields] OR "under age*" [All Fields] OR "pubescen*" [All Fields] OR "pediatrics" [MeSH Terms] OR "pediatric*" [All Fields] OR "paediatric*" [All Fields] OR "peadiatric*" [All Fields] OR "school" [Title/Abstract] OR "school*" [Title/Abstract] OR "prematu*" [All Fields] OR "preterm*" [All Fields]
#13 NOT #14
2015/01/01:2023/05/01 [Date - Publication]
#15 AND #16
Cochrane
[mh ^"Somatoform Disorders"] OR [mh "Dissociative Identity Disorder"] OR [mh "Depressive Disorder, Treatment-Resistant"] OR [mh ^"Personality Disorders"] OR [mh "Antisocial Personality Disorder"] OR [mh "Borderline Personality Disorder"] OR [mh "Compulsive Personality Disorder"] OR [mh "Dependent Personality Disorder"] OR [mh ^"Histrionic Personality Disorder"] OR [mh "Paranoid Personality Disorder"] OR [mh "Passive-Aggressive Personality Disorder"] OR [mh "Schizoid Personality Disorder"] OR [mh "Schizotypal Personality Disorder"] OR [mh "Affective Disorders, Psychotic"] OR [mh "Paranoid Disorders"] OR [mh ^"Psychotic Disorders"] OR [mh ^"Schizophrenia"] OR [mh "Schizophrenia, Catatonic"] OR [mh "Schizophrenia, Disorganized"] OR [mh "Schizophrenia, Paranoid"] OR [mh "Schizophrenia, Treatment-Resistant"] OR [mh "Stress Disorders, Post-Traumatic"]
((("Somati?ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NEXT Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR

compulsive) NEXT personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NEXT depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NEXT behavio?r*) OR (paranoi* OR Psychos?s OR schizophren* OR "dementia praecox"):ti,ab,kw OR ((double NEXT depression*) OR (("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NEXT disorder*)):ti,ab,kw
#1 OR #2
[mh "Internet-Based Intervention"] OR [mh ^"Medical Informatics Applications"] OR [mh ^"Therapy, Computer-Assisted"]
((computer delivered OR internet delivered OR media delivered OR smartphone delivered OR app delivered OR online delivered OR phone delivered OR web delivered) NEXT intervention*) OR ((computer based OR internet based OR media based OR smartphone based OR app based OR online based OR phone based OR web based) NEXT intervention*) OR ((computer OR internet OR media OR smartphone OR app OR online OR phone OR web OR digital) NEXT intervention*) OR ((computer delivered OR internet delivered OR media delivered OR smartphone delivered OR app delivered OR online delivered OR phone delivered OR web delivered) NEXT therap*) OR ((computer based OR internet based OR media based OR smartphone based OR app based OR online based OR phone based OR web based) NEXT therap*) OR (computer therap* OR internet therap* OR media therap* OR smartphone therap* OR app therap* OR online therap* OR phone therap* OR web therap*) OR (computertherap* OR internettherap* OR mediatherap* OR smartphonetherap* OR apptherap* OR onlinetherap* OR phonetherap* OR webtherap*) OR ((computer delivered OR internet delivered OR media delivered OR smartphone delivered OR app delivered OR online delivered OR phone delivered OR web delivered) NEXT treatment) OR ((computer based OR internet based OR media based OR smartphone based OR app based OR online based OR phone based OR web based) NEXT treatment) OR (computer treatment OR internet treatment OR media treatment OR smartphone treatment OR app treatment OR online treatment OR phone treatment OR web treatment) OR (computertreatment OR internettreatment OR mediatreatment OR smartphonetreatment OR apptreatment OR onlinetreatment OR phonetreatment OR webtreatment) OR ((medical OR psychotherapeutic OR therapy OR health OR medical informatics) NEXT app*) OR (mobile-health OR m-Health OR mHealth OR e-Health OR eHealth OR emental health OR e mental health) OR (digital NEXT (health OR medicine OR therapeutic)) OR (health technolog*) OR ((online OR web OR internet) NEXT training)):ti,ab,kw
#4 OR #5
(selfdirected OR self-directed OR selfguided OR self-guided OR unguided):ti,ab,kw
(computerized cognitive drill OR Listserv OR remote delivered OR remotedelivered OR virtual reality OR computer assisted cognitive remediation OR computerassisted cognitive remediation OR peer support OR peersupport OR medication reminder OR medicationreminder OR cognitive training OR avatar therapy OR lifestyle):ti,ab,kw
#6 AND #7
#9 NOT #8
#3 AND #10
(infan* or child* or adolescen* or pediatric* or paediatric* or pube* or juvenil* or school* or newborn* or "new born*" or "neo nat*" or neonat* or premature* or postmature* or "pre-mature*" or "post-mature*" or preterm* or "pre term*" or baby or babies or toddler* or youngster* or preschool* or kindergart* or kid or kids or playgroup* or "play-group*" or playschool* or prepube* or preadolescenc* or "junior high*" or highschool* or "senior high" or "young people*" or minors):ti,ab,kw
#11 NOT #12
PsycInfo
(TI ((((Somati#ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NO Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NO personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NO depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NO behavio#r*) OR (paranoi* OR Psychos#s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NO depression*) OR (("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NO disorder*))) OR AB ((((Somati#ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personaliy OR psychotic) NO Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NO personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NO depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NO behavio#r*) OR (paranoi* OR

Psychos#s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NO depression*) OR ("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NO disorder*))) OR (DE "Somatoform Disorders" OR DE "Dissociative Identity Disorder" OR DE "Treatment Resistant Depression" OR DE "Personality Disorders" OR DE "Antisocial Personality Disorder" OR DE "Borderline Personality Disorder" OR DE "Obsessive Compulsive Personality Disorder" OR DE "Dependent Personality Disorder" OR DE "Histrionic Personality Disorder" OR DE "Paranoid Personality Disorder" OR DE "Passive Aggressive Personality Disorder" OR DE "Schizoid Personality Disorder" OR DE "Schizotypal Personality Disorder" OR DE "Affective Psychosis" OR DE "Paranoia (Psychosis)" OR DE "Acute Psychosis" OR DE "Schizophrenia" OR DE "Catatonic Schizophrenia" OR DE "Schizophrenia (Disorganized Type)" OR DE "Paranoid Schizophrenia" OR DE "Posttraumatic Stress Disorder" OR DE "Complex PTSD" OR DE "DESNOS")

TI (("computer delivered" OR "internet delivered" OR "media delivered" OR "smartphone delivered" OR "app delivered" OR "online delivered" OR "phone delivered" OR "web delivered") NO intervention*) OR ("computer based" OR "internet based" OR "media based" OR "smartphone based" OR "app based" OR "online based" OR "phone based" OR "web based") NO intervention*) OR ((computer OR internet OR media OR smartphone OR app OR online OR phone OR web OR digital) NO intervention*) OR ("computer delivered" OR "internet delivered" OR "media delivered" OR "smartphone delivered" OR "app delivered" OR "online delivered" OR "phone delivered" OR "web delivered") NO therap*) OR ("computer based" OR "internet based" OR "media based" OR "smartphone based" OR "app based" OR "online based" OR "phone based" OR "web based") NO therap*) OR ((computer OR internet OR media OR smartphone OR app OR online OR phone OR web) NO therap*) OR (computertherap* OR internettherap* OR mediatherap* OR smartphonetherap* OR apptherap* OR onlinetherap* OR phonetherap* OR webtherap*) OR ("computer delivered" OR "internet delivered" OR "media delivered" OR "smartphone delivered" OR "app delivered" OR "online delivered" OR "phone delivered" OR "web delivered") NO treatment) OR ("computer based" OR "internet based" OR "media based" OR "smartphone based" OR "app based" OR "online based" OR "phone based" OR "web based") NO treatment) OR ((computer OR internet OR media OR smartphone OR app OR online OR phone OR web) NO treatment) OR (computertreatment OR internettreatment OR mediatreatment OR smartphonetreatment OR apptreatment OR onlinetreatment OR phonetreatment OR webtreatment) OR ((medical OR psychotherapeutic OR therapy OR health OR medical informatics) NO app*) OR (mobile-health OR m-Health OR mHealth OR e-Health OR eHealth OR emental health OR e mental health) OR (digital NO (health OR medicine OR therapeutic)) OR (health technolog*) OR ((online OR web OR internet) NO training)) OR AB (("computer delivered" OR "internet delivered" OR "media delivered" OR "smartphone delivered" OR "app delivered" OR "online delivered" OR "phone delivered" OR "web delivered") NO intervention*) OR ("computer based" OR "internet based" OR "media based" OR "smartphone based" OR "app based" OR "online based" OR "phone based" OR "web based") NO intervention*) OR ((computer OR internet OR media OR smartphone OR app OR online OR phone OR web OR digital) NO intervention*) OR ("computer delivered" OR "internet delivered" OR "media delivered" OR "smartphone delivered" OR "app delivered" OR "online delivered" OR "phone delivered" OR "web delivered") NO therap*) OR ("computer based" OR "internet based" OR "media based" OR "smartphone based" OR "app based" OR "online based" OR "phone based" OR "web based") NO therap*) OR ((computer OR internet OR media OR smartphone OR app OR online OR phone OR web) NO therap*) OR (computertherap* OR internettherap* OR mediatherap* OR smartphonetherap* OR apptherap* OR onlinetherap* OR phonetherap* OR webtherap*) OR ("computer delivered" OR "internet delivered" OR "media delivered" OR "smartphone delivered" OR "app delivered" OR "online delivered" OR "phone delivered" OR "web delivered") NO treatment) OR ("computer based" OR "internet based" OR "media based" OR "smartphone based" OR "app based" OR "online based" OR "phone based" OR "web based") NO treatment) OR ((computer OR internet OR media OR smartphone OR app OR online OR phone OR web) NO treatment) OR (computertreatment OR internettreatment OR mediatreatment OR smartphonetreatment OR apptreatment OR onlinetreatment OR phonetreatment OR webtreatment) OR ((medical OR psychotherapeutic OR therapy OR health OR medical informatics) NO app*) OR (mobile-health OR m-Health OR mHealth OR e-Health OR eHealth OR emental health OR e mental health) OR (digital NO (health OR medicine OR therapeutic)) OR (health technolog*) OR ((online OR web OR internet) NO training)) OR DE (("computer delivered" OR "internet delivered" OR "media delivered" OR "smartphone delivered" OR "app delivered" OR "online delivered" OR "phone delivered" OR "web delivered") NO intervention*) OR ("computer based" OR "internet based" OR "media based" OR "smartphone based" OR "app based" OR "online based" OR "phone based" OR "web based") NO intervention*) OR ((computer OR internet OR media OR smartphone OR app OR online OR phone OR web OR digital) NO intervention*) OR ("computer delivered" OR "internet delivered" OR "media delivered" OR "smartphone delivered" OR "app delivered" OR "online delivered" OR "phone delivered" OR "web delivered") NO therap*) OR ("computer based" OR

"internet based" OR "media based" OR "smartphone based" OR "app based" OR "online based" OR "phone based" OR "web based") N0 therap*) OR ((computer OR internet OR media OR smartphone OR app OR online OR phone OR web) N0 therap*) OR (computertherap* OR internettherap* OR mediatherap* OR smartphonetherap* OR apptherap* OR onlinetherap* OR phonetherap* OR webtherap*) OR (("computer delivered" OR "internet delivered" OR "media delivered" OR "smartphone delivered" OR "app delivered" OR "online delivered" OR "phone delivered" OR "web delivered") N0 treatment) OR (("computer based" OR "internet based" OR "media based" OR "smartphone based" OR "app based" OR "online based" OR "phone based" OR "web based") N0 treatment) OR ((computer OR internet OR media OR smartphone OR app OR online OR phone OR web) N0 treatment) OR (computertreatment OR internettreatment OR mediatreatment OR smartphonetreatment OR apptreatment OR onlinetreatment OR phonetreatment OR webtreatment) OR ((medical OR psychotherapeutic OR therapy OR health OR medical informatics) N0 app*) OR (mobile-health OR m-Health OR mHealth OR e-Health OR eHealth OR emental health OR e mental health) OR (digital N0 (health OR medicine OR therapeutic)) OR (health technolog*) OR ((online OR web OR internet) N0 training))

TI ((selfdirected OR self-directed OR selfguided OR self-guided OR unguided)) OR AB ((selfdirected OR self-directed OR selfguided OR self-guided OR unguided)) DE (selfdirected OR self-directed OR selfguided OR self-guided OR unguided))

TI ((computerized cognitive drill OR Listserv OR remote delivered OR remotedelivered OR virtual reality OR computer assisted cognitive remediation OR computerassisted cognitive remediation OR peer support OR peersupport OR medication reminder OR medicationreminder OR cognitive training OR avatar therapy OR lifestyle)) OR AB ((computerized cognitive drill OR Listserv OR remote delivered OR remotedelivered OR virtual reality OR computer assisted cognitive remediation OR computerassisted cognitive remediation OR peer support OR peersupport OR medication reminder OR medicationreminder OR cognitive training OR avatar therapy OR lifestyle)) OR DE ((computerized cognitive drill OR Listserv OR remote delivered OR remotedelivered OR virtual reality OR computer assisted cognitive remediation OR computerassisted cognitive remediation OR peer support OR peersupport OR medication reminder OR medicationreminder OR cognitive training OR avatar therapy OR lifestyle))

S2 AND S3

S5 NOT S4

S1 AND S6

(AG childhood OR Neonatal OR Infancy OR Preschool OR School Age OR Adolescence) OR (DE "Neonatal Development" OR DE "Infant Development" OR DE "Early Childhood Development" OR DE "Childhood Development" OR DE "Child Psychiatry" OR DE "Orthopsychiatry" OR DE "Child Psychopathology" OR DE "Child Psychology" OR DE "Child Psychotherapy" OR DE "Pediatrics" OR DE "Juvenile Delinquency" OR DE "Adolescent Behavior" OR DE "Adolescent Development" OR DE "Adolescent Psychiatry" OR DE "Adolescent Psychopathology" OR DE "Adolescent Psychology" OR DE "Adolescent Psychotherapy" OR DE "Nursery Schools" OR DE "Nursery School Students" OR DE "Kindergartens" OR DE "Kindergarten Students" OR DE "Child Day Care" OR DE "Child Care" OR DE "Preschool Education" OR DE "Preschool Students" OR DE "Preschool Teachers" OR DE "Elementary Education" OR DE "Elementary Schools" OR DE "Elementary School Students" OR DE "Elementary School Teachers" OR DE "Primary School Students" OR DE "Public School Education" OR DE "Middle Schools" OR DE "Middle School Education" OR DE "Middle School Students" OR DE "Middle School Teachers" OR DE "Junior High Schools" OR DE "Junior High School Students" OR DE "Junior High School Teachers" OR DE "Secondary Education" OR DE "High Schools" OR DE "High School Students" OR DE "High School Education" OR DE "High School Teachers" OR DE "Junior College Students" OR DE "College Students" OR DE "Colleges" OR DE "Higher Education" OR DE "Graduate Education" OR DE "Graduate Schools" OR DE "Undergraduate Education" OR DE "Vocational Education" OR DE "Vocational School Students" OR DE "Vocational Education Teachers" OR DE "Students") OR (TI ((preterm* OR prematur* OR postmatur* OR perinat* OR postnat* OR neonat* OR newborn* OR newborn OR infan* OR baby* OR babies OR toddler* OR preschool* OR child* OR pediat* OR paediat* OR kid OR kids OR prepubescen* OR prepuberty* OR puberty OR pubescen* OR teen* OR young* OR youth* OR minors* OR under-ag* OR underag* OR juvenile* OR girl* OR boy* OR preadolesc* OR adolesc* OR nursery OR prekindergarten OR kindergarten* OR early-childhood education OR preschool* OR elementary-education OR elementary-school* OR primary-education OR primary-school* OR K-12* OR K12 OR 1st-grade* OR first-grade* OR grade 1 OR grade-one OR 2nd-grade* OR second-grade* OR grade 2 OR grade-two OR 3rd-grade* OR third-grade* OR grade-3 OR grade-three OR 4th-grade* OR fourth-grade* OR grade-4 OR grade-four OR 5th-grade* OR fifth-grade* OR grade-5 OR grade-five OR 6th-grade* OR sixth-grade* OR grade-6 OR grade-

six OR intermediate-general OR middle-school* OR secondary-education OR secondary-school* OR 7th-grade* OR seventh-grade* OR grade-7 OR grade-seven OR 8th-grade* OR eight-grade* OR grade-8 OR grade-eight OR 9th-grade* OR ninth-grade* OR grade-9 OR grade-nine OR 10th-grade* OR tenth-grade* OR grade-10 OR grade-ten OR 11th-grade* OR eleventh-grade* OR grade 11 OR grade eleven OR 12th-grade* OR twelfth-grade* OR grade 12 OR grade twelve OR junior high* OR highschool* OR high school* OR preuniversity OR pre-university OR college* OR undergrad* OR tertiary education OR tertiary school* OR postsecondary education OR postsecondary school* OR universit* OR prevocational OR vocational OR classroom* OR curricul* OR education* OR learner* OR lesson* OR pupil* OR school* OR student* OR teacher*)) OR AB ((preterm* OR prematur* OR postmatur* OR perinat* OR postnat* OR neonat* OR newborn* OR newborn OR infan* OR baby* OR babies OR toddler* OR preschool* OR child* OR pediat* OR paediat* OR kid OR kids OR prepubescen* OR prepuberty* OR puberty OR pubescen* OR teen* OR young* OR youth* OR minors* OR under-ag* OR underag* OR juvenile* OR girl* OR boy* OR preadolesc* OR adolesc* OR nursery OR prekindergarten OR kindergarten* OR early-childhood education OR preschool* OR elementary-education OR elementary-school* OR primary-education OR primary-school* OR K-12* OR K12 OR 1st-grade* OR first-grade* OR grade 1 OR grade-one OR 2nd-grade* OR second-grade* OR grade 2 OR grade-two OR 3rd-grade* OR third-grade* OR grade-3 OR grade-three OR 4th-grade* OR fourth-grade* OR grade-4 OR grade-four OR 5th-grade* OR fifth-grade* OR grade-5 OR grade-five OR 6th-grade* OR sixth-grade* OR grade-6 OR grade-six OR intermediate-general OR middle-school* OR secondary-education OR secondary-school* OR 7th-grade* OR seventh-grade* OR grade-7 OR grade-seven OR 8th-grade* OR eight-grade* OR grade-8 OR grade-eight OR 9th-grade* OR ninth-grade* OR grade-9 OR grade-nine OR 10th-grade* OR tenth-grade* OR grade-10 OR grade-ten OR 11th-grade* OR eleventh-grade* OR grade 11 OR grade eleven OR 12th-grade* OR twelfth-grade* OR grade 12 OR grade twelve OR junior high* OR highschool* OR high school* OR preuniversity OR pre-university OR college* OR undergrad* OR tertiary education OR tertiary school* OR postsecondary education OR postsecondary school* OR universit* OR prevocational OR vocational OR classroom* OR curricul* OR education* OR learner* OR lesson* OR pupil* OR school* OR student* OR teacher*)))

S7 NOT S8 (mit Jahresfilter 01.01.-2015-01.05.2023)

Web of Science

TS=(((Somati?ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffektive OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NEAR/0 Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NEAR/0 personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NEAR/0 depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NEAR/0 behavio?*) OR (paranoi* OR Psychos?s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NEAR/0 depression*) OR ("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NEAR/0 disorder*))

TS=(((("computer delivered" OR "internet delivered" OR "media delivered" OR "smartphone delivered" OR "app delivered" OR "online delivered" OR "phone delivered" OR "web delivered") NEAR/0 intervention*) OR (("computer based" OR "internet based" OR "media based" OR "smartphone based" OR "app based" OR "online based" OR "phone based" OR "web based") NEAR/0 intervention*) OR ((computer OR internet OR media OR smartphone OR app OR online OR phone OR web OR digital) NEAR/0 intervention*) OR (("computer delivered" OR "internet delivered" OR "media delivered" OR "smartphone delivered" OR "app delivered" OR "online delivered" OR "phone delivered" OR "web delivered") NEAR/0 therap*) OR (("computer based" OR "internet based" OR "media based" OR "smartphone based" OR "app based" OR "online based" OR "phone based" OR "web based") NEAR/0 therap*) OR ((computer OR internet OR media OR smartphone OR app OR online OR phone OR web) NEAR/0 therap*) OR (computertherap* OR internettherap* OR mediatherap* OR smartphonetherap* OR apptherap* OR onlinetherap* OR phonetherap* OR webtherap*) OR (("computer delivered" OR "internet delivered" OR "media delivered" OR "smartphone delivered" OR "app delivered" OR "online delivered" OR "phone delivered" OR "web delivered") NEAR/0 treatment) OR (("computer based" OR "internet based" OR "media based" OR "smartphone based" OR "app based" OR "online based" OR "phone based" OR "web based") NEAR/0 treatment) OR ((computer OR internet OR media OR smartphone OR app OR online OR phone OR web) NEAR/0 treatment) OR (computertreatment OR internettreatment OR mediatreatment OR smartphonetreatment OR apptreatment OR onlinetreatment OR phonetreatment OR webtreatment) OR ((medical OR psychotherapeutic OR therapy OR health OR "medical informatics") NEAR/0 app*) OR (mobile-health OR m-Health OR mHealth OR e-Health OR eHealth OR emental health OR e mental health) OR (digital

NEAR/0 (health OR medicine OR therapeutic) OR (health technolog*) OR ((online OR web OR internet) NEAR/0 training))
TS=(selfdirected OR self-directed OR selfguided OR self-guided OR unguided)
TS=(computerized cognitive drill OR Listserv OR remote delivered OR remotedelivered OR virtual reality OR computer assisted cognitive remediation OR computerassisted cognitive remediation OR peer support OR peersupport OR medication reminder OR medicationreminder OR cognitive training OR avatar therapy OR lifestyle)
#2 AND #3
#5 NOT #4
#1 AND #6
TS=("preterm*" OR "prematu*" OR "postmatu*" OR "perinat*" OR "postnat*" OR "neonat*" OR "newborn*" OR "new-born" OR "infan*" OR "baby*" OR "babies" OR "toddler*" OR "child*" OR "pediat*" OR "paediat*" OR "kid" OR "kids" OR "prepubescen*" OR "prepuberty*" OR "teen*" OR "young*" OR "youth*" OR "minors*" OR "under ag*" OR "underag*" OR "juvenile*" OR "girl*" OR "boy*" OR "preadolesc*" OR "adolesc*" OR "nursery" OR "kindergarten*" OR "early childhood education" OR "preschool*" OR "elementary education" OR "primary education" OR "K-12*" OR "K12" OR "secondary education" OR "junior high*" OR "highschool*" OR "college*" OR "undergrad*" OR "tertiary education" OR "postsecondary education" OR "universit*" OR "student*" OR "school*" OR "classroom*")
#7 NOT #8
#9 2015-01-01 to 2023-05-01
Bibnet/Psyndex (Suche über Livivo)
FS=(Somatisierungsstörung OR Somatoforme Störung OR Dissoziative Identitätsstörung OR Multiple Identitätsstörung OR Multiple Persönlichkeit OR Persönlichkeitsspaltung OR behandlungsresistente Depression OR therapieresistente Depression OR chronische Depression OR Persönlichkeitsstörung OR Soziopathische Persönlichkeit OR Soziopathie OR Psychopathische Persönlichkeit OR Psychopathie OR Antisoziale Persönlichkeit OR Antisoziale? Verhalten OR Dissoziale? Verhalten OR Zwanghafte Persönlichkeit OR Passiv abhängige Persönlichkeit OR abhängige Persönlichkeitsstörung OR Hysterische Persönlichkeit OR Passiv aggressive Persönlichkeit OR Schizoide Persönlichkeit OR Psychotisch affektive Störung OR affektive Psychose OR Paranoi OR Psychotische Störung OR Psychotische Störungen OR Psychose OR Schizoaffektive Störung OR Schizophren OR Dementia praecox OR Wahnhafte Störung OR anhaltende wahnhafte Störung OR Chronische Posttraumatische Belastungsstörung OR Double Depression OR Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung OR Komplexe PTBS OR Chronische PTBS) (<i>Link with AND and "open search"</i>)
FS=(medizinische App OR psychotherapeutische App OR Therapie App OR Gesundheits App OR Medizinische Informatik App OR medizinische Applikation OR psychotherapeutische Applikation OR Therapie Applikation OR Gesundheits Applikation OR Medizinische Informatik Applikation OR Therapieapp OR Gesundheitsapp OR Therapieapplikation OR Gesundheitsapplikation OR digitale Gesundheit OR digitale Medizin OR digitale Therapie OR digitale Gesundheitsanwendung OR Gesundheitstechnologie OR elektronische Gesundheit OR Online Training OR Onlinetraining OR Web Training OR Webtraining OR Internettraining OR Internet training) (<i>Link with AND and "open Search", Shortened search string due to database error message for longer search strings</i>)
2015-2023 (<i>Link with AND und „Year“</i>)

Sources: (Leclercq et al. 2013; Ket et al. 2019)

Table 55: Syntax search strategy key questions 3+5

Key questions 3 +5 - outpatient and inpatient coordinated care + outpatient coordinated care
PubMed
"Somatoform Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Dissociative Identity Disorder"[MeSH Terms] OR "depressive disorder, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Antisocial Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Borderline Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Compulsive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Dependent Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Histrionic Personality Disorder"[MeSH Terms:noexp] OR "Paranoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Passive-Aggressive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizotypal Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "affective disorders, psychotic"[MeSH Terms] OR "Paranoid Disorders"[MeSH Terms] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Schizophrenia"[MeSH Terms:noexp] OR "schizophrenia, catatonic"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, disorganized"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, paranoid"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms]
"somatisation disorder*"[Title/Abstract] OR "somatization disorder*"[Title/Abstract] OR "somatoform disorder*"[Title/Abstract] OR "dissociative identity disorder*"[Title/Abstract] OR "multiple personalit*"[Title/Abstract] OR "dual personalit*"[Title/Abstract] OR "refractory depressi*"[Title/Abstract] OR "therapy resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "treatment resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "sociopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "psychopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial behavior*"[Title/Abstract] OR "antisocial behaviour*"[Title/Abstract] OR "compulsive personalit*"[Title/Abstract] OR "passive dependent personalit*"[Title/Abstract] OR "hysterical personalit*"[Title/Abstract] OR "passive aggressive personalit*"[Title/Abstract] OR "schizoid personalit*"[Title/Abstract] OR "psychotic affective disorder*"[Title/Abstract] OR "psychotic mood disorder*"[Title/Abstract] OR "paranoi*"[Title/Abstract] OR "psychotic disorder*"[Title/Abstract] OR "Psychosis"[Title/Abstract] OR "Psychoses"[Title/Abstract] OR "schizoaffective disorder*"[Title/Abstract] OR "schizophren*"[Title/Abstract] OR "dementia praecox"[Title/Abstract] OR "delusional disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract]
"double depression*"[Title/Abstract] OR "complex posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "complex post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract]
"somatisation disorder*"[Title/Abstract] OR "somatization disorder*"[Title/Abstract] OR "somatoform disorder*"[Title/Abstract] OR "dissociative identity disorder*"[Title/Abstract] OR "multiple personalit*"[Title/Abstract] OR "dual personalit*"[Title/Abstract] OR "refractory depressi*"[Title/Abstract] OR "therapy resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "treatment resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "sociopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "psychopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial behavior*"[Title/Abstract] OR "antisocial behaviour*"[Title/Abstract] OR "compulsive personalit*"[Title/Abstract] OR "passive dependent personalit*"[Title/Abstract] OR "hysterical personalit*"[Title/Abstract] OR "passive aggressive personalit*"[Title/Abstract] OR "schizoid personalit*"[Title/Abstract] OR "psychotic affective disorder*"[Title/Abstract] OR "psychotic mood disorder*"[Title/Abstract] OR "paranoi*"[Title/Abstract] OR "psychotic disorder*"[Title/Abstract] OR "Psychosis"[Title/Abstract] OR "Psychoses"[Title/Abstract] OR "schizoaffective disorder*"[Title/Abstract] OR "schizophren*"[Title/Abstract] OR "dementia praecox"[Title/Abstract] OR "delusional disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "double depression*"[Title/Abstract] OR "complex posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "complex post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract]
"Somatoform Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Dissociative Identity Disorder"[MeSH Terms] OR "depressive disorder, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Antisocial Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Borderline Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Compulsive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Dependent Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Histrionic Personality Disorder"[MeSH Terms:noexp] OR "Paranoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Passive-Aggressive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizotypal Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "affective disorders, psychotic"[MeSH Terms] OR "Paranoid Disorders"[MeSH Terms] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Schizophrenia"[MeSH Terms:noexp] OR "schizophrenia, catatonic"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, disorganized"[MeSH Terms]

OR "schizophrenia, paranoid"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR "somatisation disorder*"[Title/Abstract] OR "somatization disorder*"[Title/Abstract] OR "somatoform disorder*"[Title/Abstract] OR "dissociative identity disorder*"[Title/Abstract] OR "multiple personalit*"[Title/Abstract] OR "dual personalit*"[Title/Abstract] OR "refractory depressi*"[Title/Abstract] OR "therapy resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "treatment resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "sociopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "psychopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial behavior*"[Title/Abstract] OR "antisocial behaviour*"[Title/Abstract] OR "compulsive personalit*"[Title/Abstract] OR "passive dependent personalit*"[Title/Abstract] OR "hysterical personalit*"[Title/Abstract] OR "passive aggressive personalit*"[Title/Abstract] OR "schizoid personalit*"[Title/Abstract] OR "psychotic affective disorder*"[Title/Abstract] OR "psychotic mood disorder*"[Title/Abstract] OR "paranoi*"[Title/Abstract] OR "psychotic disorder*"[Title/Abstract] OR "Psychosis"[Title/Abstract] OR "Psychoses"[Title/Abstract] OR "schizoaffective disorder*"[Title/Abstract] OR "schizophren*"[Title/Abstract] OR "dementia praecox"[Title/Abstract] OR "delusional disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "double depression*"[Title/Abstract] OR "complex posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "complex post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract]

"Psychosocial Intervention"[Mesh] OR "Psychosocial Support Systems"[Mesh] OR "Health Facility Merger"[Mesh] OR "Case Managers"[Mesh] OR "Patient Handoff"[Mesh] OR "Intersectoral Collaboration"[Mesh] OR "Organizational Affiliation"[Mesh] OR "Independent Practice Associations"[Mesh] OR "Interinstitutional Relations"[Mesh] OR "Case Management"[Mesh] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh:NoExp] OR "Disease Management"[Mesh:NoExp] OR "Patient Care Team"[Mesh:NoExp] OR "Interprofessional Relations"[Mesh:NoExp] OR "Interdisciplinary Communication"[Mesh] OR "Community Psychiatry"[Mesh:NoExp] OR "Multi-Institutional Systems"[Mesh:NoExp]

"psychosocial intervention*"[Title/Abstract] OR "social support system*"[Title/Abstract] OR "psychosocial support*"[Title/Abstract] OR "psychological support system*"[Title/Abstract] OR "case manag*"[Title/Abstract] OR "patient handoff*"[Title/Abstract] OR "patient hand over*"[Title/Abstract] OR "patient hand off*"[Title/Abstract] OR "patient handover*"[Title/Abstract] OR "nursing handoff*"[Title/Abstract] OR "nursing handover*"[Title/Abstract] OR "nursing hand off*"[Title/Abstract] OR "nursing hand over*"[Title/Abstract] OR "clinical hand over*"[Title/Abstract] OR "clinical handover*"[Title/Abstract] OR "intersectoral"[Title/Abstract] OR "inter-sectoral"[Title/Abstract] OR "multiinstitutional system*"[Title/Abstract] OR "multihospital system*"[Title/Abstract] OR "multi institutional system*"[Title/Abstract] OR "multi hospital system*"[Title/Abstract] OR "organizational affiliation*"[Title/Abstract] OR "independent practice association*"[Title/Abstract] OR "individual practice association*"[Title/Abstract] OR "interagency relation*"[Title/Abstract] OR "disease manag*"[Title/Abstract] OR "patient care team*"[Title/Abstract] OR "medical care team*"[Title/Abstract] OR "healthcare team*"[Title/Abstract] OR "cross disciplinary communication*"[Title/Abstract] OR "community psychiatry"[Title/Abstract] OR "social psychiatry"[Title/Abstract] OR "transfer agreement*"[Title/Abstract]

"care manag*"[Title/Abstract] OR "care coordinat*"[Title/Abstract] OR "collaborative treatment"[Title/Abstract] OR "collaborative care"[Title/Abstract] OR "complex intervention"[Title/Abstract] OR "coordinated treatment"[Title/Abstract] OR "coordinated treatment"[Title/Abstract] OR "coordinated care"[Title/Abstract] OR "coordinated care"[Title/Abstract] OR "coordinated specialty care"[Title/Abstract] OR "cross-sectoral"[Title/Abstract] OR "crosssectoral"[Title/Abstract] OR "interdisciplin*"[Title/Abstract] OR "inter disciplin*"[Title/Abstract] OR "interinstitutional"[Title/Abstract] OR "inter-institutional"[Title/Abstract] OR "Interprofessional"[Title/Abstract] OR "Inter-professional"[Title/Abstract] OR "joint working"[Title/Abstract] OR "managed care"[Title/Abstract] OR "multicomponent*"[Title/Abstract] OR "multi component*"[Title/Abstract] OR "multidisciplin*"[Title/Abstract] OR "multi disciplin*"[Title/Abstract] OR "multifacet*"[Title/Abstract] OR "multi facet*"[Title/Abstract] OR "multiintervention*"[Title/Abstract] OR "multi intervention*"[Title/Abstract] OR "multiple intervention*"[Title/Abstract] OR "multiprofessional"[Title/Abstract] OR "multi-professional"[Title/Abstract] OR "organisational intervention*"[Title/Abstract] OR "organizational intervention*"[Title/Abstract] OR "patient care manag*"[Title/Abstract] OR "patient care plan*"[Title/Abstract] OR "psychosocial treatment*"[Title/Abstract] OR "sectoral barrier*"[Title/Abstract] OR "sector border*"[Title/Abstract] OR "sector boundar*"[Title/Abstract] OR "sector barrier*"[Title/Abstract] OR "sectoral border*"[Title/Abstract] OR "sectoral boundar*"[Title/Abstract] OR "shared treatment"[Title/Abstract] OR "shared care"[Title/Abstract] OR "teambased"[Title/Abstract] OR "team-based"[Title/Abstract] OR

"transdisciplin*"[Title/Abstract] OR "trans-disciplin*"[Title/Abstract] OR "transsectoral"[Title/Abstract] OR "trans-sectoral"[Title/Abstract]
#7 OR #8
#6 OR #9
#5 AND #10
"infan*"[All Fields] OR "newborn*"[All Fields] OR "new born*"[All Fields] OR "perinat*"[All Fields] OR "neonat*"[All Fields] OR ("infant, newborn"[MeSH Terms] OR ("infant"[All Fields] AND "newborn"[All Fields]) OR "newborn infant"[All Fields] OR "baby"[All Fields] OR "infant"[MeSH Terms] OR "infant"[All Fields]) OR "baby*"[All Fields] OR ("baby s"[All Fields] OR "babys"[All Fields] OR "infant"[MeSH Terms] OR "infant"[All Fields] OR "babies"[All Fields]) OR "toddler*"[All Fields] OR ("minority groups"[MeSH Terms] OR ("minority"[All Fields] AND "groups"[All Fields]) OR "minority groups"[All Fields] OR "minorities"[All Fields] OR "minority"[All Fields] OR "minority s"[All Fields] OR "minors"[MeSH Terms] OR "minors"[All Fields] OR "minor"[All Fields]) OR "minors*"[All Fields] OR ("men"[MeSH Terms] OR "men"[All Fields] OR "boy"[All Fields]) OR ("men"[MeSH Terms] OR "men"[All Fields] OR "boys"[All Fields]) OR ("boyfriend"[All Fields] OR "boyfriend s"[All Fields] OR "boyfriends"[All Fields]) OR "boyhood"[All Fields] OR "girl*"[All Fields] OR "kid"[All Fields] OR "kids"[All Fields] OR ("child"[MeSH Terms] OR "child"[All Fields] OR "children"[All Fields] OR "child s"[All Fields] OR "children s"[All Fields] OR "childrens"[All Fields] OR "childs"[All Fields]) OR "child*"[All Fields] OR "children*"[All Fields] OR "schoolchild*"[All Fields] OR "schoolchild"[All Fields] OR "school child"[Title/Abstract] OR "school child*"[Title/Abstract] OR "adolescen*"[All Fields] OR "juvenil*"[All Fields] OR "youth*"[All Fields] OR "teen*"[All Fields] OR "under age*"[All Fields] OR "pubescen*"[All Fields] OR "pediatrics"[MeSH Terms] OR "pediatric*"[All Fields] OR "paediatric*"[All Fields] OR "peadiatric*"[All Fields] OR "school"[Title/Abstract] OR "school*"[Title/Abstract] OR "prematu*"[All Fields] OR "preterm*"[All Fields]
#11 NOT #12
((("systematic*"[Title] AND "review"[Title]) OR "systematic overview*"[Title] OR "cochrane review*"[Title] OR "systemic review*"[Title] OR "scoping review"[Title] OR "scoping literature review"[Title] OR "mapping review"[Title] OR "umbrella review*"[Title] OR ("review of reviews"[Title] OR "overview of reviews"[Title]) OR "meta-review"[Title] OR ("integrative review"[Title] OR "integrated review"[Title] OR "integrative overview"[Title] OR "meta-synthesis"[Title] OR "metasynthesis"[Title] OR "quantitative review"[Title] OR "quantitative synthesis"[Title] OR "research synthesis"[Title] OR "meta-ethnography"[Title]) OR "systematic literature search"[Title] OR "systematic literature research"[Title] OR "meta-analyses"[Title] OR "metaanalyses"[Title] OR "metaanalysis"[Title] OR "meta-analysis"[Title] OR "meta analytic review"[Title] OR "meta analytical review"[Title] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR ("search*"[Title/Abstract] OR "medline"[Title/Abstract] OR "pubmed"[Title/Abstract] OR "embase"[Title/Abstract] OR "Cochrane"[Title/Abstract] OR "scopus"[Title/Abstract] OR "web of science"[Title/Abstract] OR "sources of information"[Title/Abstract] OR "data sources"[Title/Abstract] OR "following databases"[Title/Abstract])) AND ("study selection"[Title/Abstract] OR "selection criteria"[Title/Abstract] OR "eligibility criteria"[Title/Abstract] OR "inclusion criteria"[Title/Abstract] OR "exclusion criteria"[Title/Abstract])) OR "systematic review"[Publication Type]) NOT ("letter"[Publication Type] OR "editorial"[Publication Type] OR "comment"[Publication Type] OR "case reports"[Publication Type] OR "historical article"[Publication Type] OR "report"[Title] OR "protocol"[Title] OR "protocols"[Title] OR "withdrawn"[Title] OR "retraction of publication"[Publication Type] OR "retraction of publication as topic"[MeSH Terms] OR "retracted publication"[Publication Type] OR "reply"[Title] OR "published erratum"[Publication Type])
#13 AND #14
2015/01/01:2022/12/31[Date - Publication]
#15 AND #16
Cochrane
[mh ^"Somatoform Disorders"] OR [mh "Dissociative Identity Disorder"] OR [mh "Depressive Disorder, Treatment-Resistant"] OR [mh ^"Personality Disorders"] OR [mh "Antisocial Personality Disorder"] OR [mh "Borderline Personality Disorder"] OR [mh "Compulsive Personality Disorder"] OR [mh "Dependent Personality Disorder"] OR [mh ^"Histrionic Personality Disorder"] OR [mh "Paranoid Personality Disorder"] OR [mh "Passive-Aggressive Personality Disorder"] OR [mh "Schizoid Personality Disorder"] OR [mh "Schizotypal Personality Disorder"] OR [mh "Affective Disorders, Psychotic"] OR [mh "Paranoid Disorders"] OR [mh ^"Psychotic Disorders"] OR [mh ^"Schizophrenia"] OR [mh "Schizophrenia, Catatonic"] OR [mh "Schizophrenia, Disorganized"] OR [mh "Schizophrenia, Paranoid"] OR [mh "Schizophrenia, Treatment-Resistant"] OR [mh "Stress Disorders, Post-Traumatic"]

(((Somati#ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NEXT Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NEXT personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NEXT depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NEXT behavio#r*) OR (paranoi* OR Psychos#s OR schizophren* OR "dementia praecox")):ti,ab,kw OR ((double NEXT depression*) OR (("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NEXT disorder*)):ti,ab,kw
#1 OR #2
[mh "Psychosocial Intervention"] OR [mh "Psychosocial Support Systems"] OR [mh "Health Facility Merger"] OR [mh "Case Managers"] OR [mh "Patient Handoff"] OR [mh "Intersectoral Collaboration"] OR [mh "Organizational Affiliation"] OR [mh "Independent Practice Associations"] OR [mh "Interinstitutional Relations"] OR [mh "Case Management"] OR [mh ^"Delivery of Health Care, Integrated"] OR [mh ^"Disease Management"] OR [mh ^"Patient Care Team"] OR [mh ^"Interprofessional Relations"] OR [mh "Interdisciplinary Communication"] OR [mh ^"Community Psychiatry"] OR [mh ^"Multi-Institutional Systems"]
(((care NEXT (manag* OR coordinat*)) OR (collaborative NEXT (treatment OR care)) OR ((complex OR psychosocial) NEXT intervention) OR ((coordinated OR co-ordinated) NEXT (treatment OR care)) OR coordinated-specialty-care OR cross-sectoral OR crosssectoral OR interdisciplin* OR inter-disciplin* OR interinstitutional OR inter-institutional OR Interprofessional OR Inter-professional OR joint-working OR managed-care OR multicomponent* OR multi-component* OR multidisciplin* OR multi-disciplin* OR multifacet* OR multi-facet* OR multiintervention* OR ((organi#ational OR multi OR multiple) NEXT intervention*) OR multiprofessional OR multi-professional OR (patient-care NEXT (manag* OR plan*)) OR psychosocial-treatment* OR ((sectoral OR sector) NEXT (border* OR boundar* OR barrier*)) OR (shared NEXT (treatment OR care)) OR teambased OR team-based OR transdisciplin* OR trans-disciplin* OR transectoral OR trans-sectoral OR (Social-support NEXT system*) OR (psychosocial NEXT support*) OR (case NEXT manag*) OR ((patient OR nursing) NEXT (handoff* OR hand-over* OR hand-off* OR handover*)) OR (clinical NEXT (hand-over* OR handover*)) OR (intersectoral OR inter-sectoral OR ((multiinstitutional OR multihospital OR multi-institutional OR multi-hospital OR psychological-support) NEXT system*) OR (organizational NEXT affiliation*) OR ((independent-practice OR individual-practice) NEXT association*) OR (interagency NEXT relation*) OR (disease NEXT manag*) OR ((patient-care OR medical-care OR healthcare) NEXT team*) OR (cross-disciplinary NEXT communication*) OR ((community OR social) NEXT psychiatry) OR (transfer NEXT agreement*)):ti,ab,kw
#4 OR #5
#3 AND #6
(infan* or child* or adolescen* or pediatric* or paediatric* or pube* or juvenil* or school* or newborn* or "new born*" or "neo nat*" or neonat* or premature* or postmature* or "pre-mature*" or "post-mature*" or preterm* or "pre term*" or baby or babies or toddler* or youngster* or preschool* or kindergart* or kid or kids or playgroup* or "play-group*" or playschool* or prepube* or preadolescen* or "junior high*" or highschool* or "senior high" or "young people*" or minors):ti,ab,kw
#7 NOT #8 with Cochrane Library publication date Between Jan 2022 and Aug 2022
PsycInfo
(TI ((((Somati#ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NO Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NO personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NO depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NO behavio#r*) OR (paranoi* OR Psychos#s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NO depression*) OR (("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NO disorder*))) OR AB ((((Somati#ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NO Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NO personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NO depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NO behavio#r*) OR (paranoi* OR Psychos#s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NO depression*) OR (("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NO disorder*)))) OR (DE "Somatoform

Disorders" OR DE "Dissociative Identity Disorder" OR DE "Treatment Resistant Depression" OR DE "Personality Disorders" OR DE "Antisocial Personality Disorder" OR DE "Borderline Personality Disorder" OR DE "Obsessive Compulsive Personality Disorder" OR DE "Dependent Personality Disorder" OR DE "Histrionic Personality Disorder" OR DE "Paranoid Personality Disorder" OR DE "Passive Aggressive Personality Disorder" OR DE "Schizoid Personality Disorder" OR DE "Schizotypal Personality Disorder" OR DE "Affective Psychosis" OR DE "Paranoia (Psychosis)" OR DE "Acute Psychosis" OR DE "Schizophrenia" OR DE "Catatonic Schizophrenia" OR DE "Schizophrenia (Disorganized Type)" OR DE "Paranoid Schizophrenia" OR DE "Posttraumatic Stress Disorder" OR DE "Complex PTSD" OR DE "DESNOS")

(DE "Social Support" OR DE "Integrated Services" OR DE "Mergers and Acquisitions" OR DE "Coalition Formation" OR DE "Communities of Practice" OR DE "Case Management" OR DE "Discharge Planning" OR DE "Disease Management" OR DE "Patient Centered Care" OR DE "Interdisciplinary Treatment Approach" OR DE "Interdisciplinary Research" OR DE "Community Psychiatry") OR (TI ((((care NO (manag* OR coordinat*)) OR (collaborative NO (treatment OR care)) OR ((complex OR psychosocial) NO intervention) OR ((coordinated OR co-ordinated) NO (treatment OR care)) OR coordinated-specialty-care OR cross-sectoral OR crosssectoral OR interdisciplin* OR inter-disciplin* OR interinstitutional OR inter-institutional OR Interprofessional OR Inter-professional OR joint-working OR managed-care OR multicomponent* OR multi-component* OR multidisciplin* OR multi-disciplin* OR multifacet* OR multi-facet* OR multiintervention* OR ((organi?ational OR multi OR multiple) NO intervention*) OR multiprofessional OR multi-professional OR (patient-care NO (manag* OR plan*)) OR psychosocial-treatment* OR ((sectoral OR sector) NO (border* OR boundar* OR barrier*)) OR (shared NO (treatment OR care)) OR teambased OR team-based OR transdisciplin* OR trans-disciplin* OR transsectoral OR trans-sectoral OR (Social-support NO system*) OR (psychosocial NO support*) OR (case NO manag*) OR ((patient OR nursing) NO (handoff* OR hand-over* OR hand-off* OR handover*)) OR (clinical NO (hand-over* OR handover*))) OR (intersectoral OR inter-sectoral OR ((multiinstitutional OR multihospital OR multi-institutional OR multi-hospital OR psychological-support) NO system*) OR (organizational NO affiliation*) OR ((independent-practice OR individual-practice) NO association*) OR (interagency NO relation*) OR (disease NO manag*) OR ((patient-care OR medical-care OR healthcare) NO team*) OR (cross-disciplinary NO communication*) OR ((community OR social) NO psychiatry) OR (transfer NO agreement*))) OR AB ((((care NO (manag* OR coordinat*)) OR (collaborative NO (treatment OR care)) OR ((complex OR psychosocial) NO intervention) OR ((coordinated OR co-ordinated) NO (treatment OR care)) OR coordinated-specialty-care OR cross-sectoral OR crosssectoral OR interdisciplin* OR inter-disciplin* OR interinstitutional OR inter-institutional OR Interprofessional OR Inter-professional OR joint-working OR managed-care OR multicomponent* OR multi-component* OR multidisciplin* OR multi-disciplin* OR multifacet* OR multi-facet* OR multiintervention* OR ((organi?ational OR multi OR multiple) NO intervention*) OR multiprofessional OR multi-professional OR (patient-care NO (manag* OR plan*)) OR psychosocial-treatment* OR ((sectoral OR sector) NO (border* OR boundar* OR barrier*)) OR (shared NO (treatment OR care)) OR teambased OR team-based OR transdisciplin* OR trans-disciplin* OR transsectoral OR trans-sectoral OR (Social-support NO system*) OR (psychosocial NO support*) OR (case NO manag*) OR ((patient OR nursing) NO (handoff* OR hand-over* OR hand-off* OR handover*)) OR (clinical NO (hand-over* OR handover*))) OR (intersectoral OR inter-sectoral OR ((multiinstitutional OR multihospital OR multi-institutional OR multi-hospital OR psychological-support) NO system*) OR (organizational NO affiliation*) OR ((independent-practice OR individual-practice) NO association*) OR (interagency NO relation*) OR (disease NO manag*) OR ((patient-care OR medical-care OR healthcare) NO team*) OR (cross-disciplinary NO communication*) OR ((community OR social) NO psychiatry) OR (transfer NO agreement*))))

S1 AND S2

(AG childhood OR Neonatal OR Infancy OR Preschool OR School Age OR Adolescence) OR (DE "Neonatal Development" OR DE "Infant Development" OR DE "Early Childhood Development" OR DE "Childhood Development" OR DE "Child Psychiatry" OR DE "Orthopsychiatry" OR DE "Child Psychopathology" OR DE "Child Psychology" OR DE "Child Psychotherapy" OR DE "Pediatrics" OR DE "Juvenile Delinquency" OR DE "Adolescent Behavior" OR DE "Adolescent Development" OR DE "Adolescent Psychiatry" OR DE "Adolescent Psychopathology" OR DE "Adolescent Psychology" OR DE "Adolescent Psychotherapy" OR DE "Nursery Schools" OR DE "Nursery School Students" OR DE "Kindergartens" OR DE "Kindergarten Students" OR DE "Child Day Care" OR DE "Child Care" OR DE "Preschool Education" OR DE "Preschool Students" OR DE "Preschool Teachers" OR DE "Elementary Education" OR DE "Elementary Schools" OR DE "Elementary School Students" OR DE "Elementary School Teachers" OR DE "Primary School Students" OR DE "Public School Education" OR DE "Middle Schools" OR DE "Middle School Education" OR DE "Middle School Students" OR DE "Middle School Teachers" OR DE "Junior High Schools" OR DE "Junior High School Students" OR DE "Junior High School Teachers" OR DE "Secondary Education" OR DE "High Schools" OR DE "High School

Students" OR DE "High School Education" OR DE "High School Teachers" OR DE "Junior College Students" OR DE "College Students" OR DE "Colleges" OR DE "Higher Education" OR DE "Graduate Education" OR DE "Graduate Schools" OR DE "Undergraduate Education" OR DE "Vocational Education" OR DE "Vocational School Students" OR DE "Vocational Education Teachers" OR DE "Students") OR (TI ((preterm* OR prematur* OR postmatur* OR perinat* OR postnat* OR neonat* OR newborn* OR newborn OR infan* OR baby* OR babies OR toddler* OR preschool* OR child* OR pediat* OR paediat* OR kid OR kids OR prepubescen* OR prepuberty* OR puberty OR pubescen* OR teen* OR young* OR youth* OR minors* OR under-ag* OR underag* OR juvenile* OR girl* OR boy* OR preadolesc* OR adolesc* OR nursery OR prekindergarten OR kindergarten* OR early-childhood education OR preschool* OR elementary-education OR elementary-school* OR primary-education OR primary-school* OR K-12* OR K12 OR 1st-grade* OR first-grade* OR grade 1 OR grade-one OR 2nd-grade* OR second-grade* OR grade 2 OR grade-two OR 3rd-grade* OR third-grade* OR grade-3 OR grade-three OR 4th-grade* OR fourth-grade* OR grade-4 OR grade-four OR 5th-grade* OR fifth-grade* OR grade-5 OR grade-five OR 6th-grade* OR sixth-grade* OR grade-6 OR grade-six OR intermediate-general OR middle-school* OR secondary-education OR secondary-school* OR 7th-grade* OR seventh-grade* OR grade-7 OR grade-seven OR 8th-grade* OR eight-grade* OR grade-8 OR grade-eight OR 9th-grade* OR ninth-grade* OR grade-9 OR grade-nine OR 10th-grade* OR tenth-grade* OR grade-10 OR grade-ten OR 11th-grade* OR eleventh-grade* OR grade 11 OR grade eleven OR 12th-grade* OR twelfth-grade* OR grade 12 OR grade twelve OR junior high* OR highschool* OR high school* OR preuniversity OR pre-university OR college* OR undergrad* OR tertiary education OR tertiary school* OR postsecondary education OR postsecondary school* OR universit* OR prevocational OR vocational OR classroom* OR curricul* OR education* OR learner* OR lesson* OR pupil* OR school* OR student* OR teacher*)) OR AB ((preterm* OR prematur* OR postmatur* OR perinat* OR postnat* OR neonat* OR newborn* OR newborn OR infan* OR baby* OR babies OR toddler* OR preschool* OR child* OR pediat* OR paediat* OR kid OR kids OR prepubescen* OR prepuberty* OR puberty OR pubescen* OR teen* OR young* OR youth* OR minors* OR under-ag* OR underag* OR juvenile* OR girl* OR boy* OR preadolesc* OR adolesc* OR nursery OR prekindergarten OR kindergarten* OR early-childhood education OR preschool* OR elementary-education OR elementary-school* OR primary-education OR primary-school* OR K-12* OR K12 OR 1st-grade* OR first-grade* OR grade 1 OR grade-one OR 2nd-grade* OR second-grade* OR grade 2 OR grade-two OR 3rd-grade* OR third-grade* OR grade-3 OR grade-three OR 4th-grade* OR fourth-grade* OR grade-4 OR grade-four OR 5th-grade* OR fifth-grade* OR grade-5 OR grade-five OR 6th-grade* OR sixth-grade* OR grade-6 OR grade-six OR intermediate-general OR middle-school* OR secondary-education OR secondary-school* OR 7th-grade* OR seventh-grade* OR grade-7 OR grade-seven OR 8th-grade* OR eight-grade* OR grade-8 OR grade-eight OR 9th-grade* OR ninth-grade* OR grade-9 OR grade-nine OR 10th-grade* OR tenth-grade* OR grade-10 OR grade-ten OR 11th-grade* OR eleventh-grade* OR grade 11 OR grade eleven OR 12th-grade* OR twelfth-grade* OR grade 12 OR grade twelve OR junior high* OR highschool* OR high school* OR preuniversity OR pre-university OR college* OR undergrad* OR tertiary education OR tertiary school* OR postsecondary education OR postsecondary school* OR universit* OR prevocational OR vocational OR classroom* OR curricul* OR education* OR learner* OR lesson* OR pupil* OR school* OR student* OR teacher*)))

S3 NOT S4

((DE "Meta Analysis") OR (DE "Systematic Review") OR (MR systematic review OR MR meta-analysis) OR (((TI systematic* OR AB systematic*) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR ((TI methodologic* OR AB methodologic*) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR (((TI quantitative OR AB quantitative) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*) OR (TI synthes* OR AB synthes*))) OR ((TI research OR AB research) N3 ((TI integrati* OR AB integrati*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR (((TI integrative OR AB integrative) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR ((TI collaborative OR AB collaborative) N3 ((TI review* OR AB review*) OR (TI overview* OR AB overview*))) OR ((TI pool* OR AB pool*) N3 (TI analy* OR AB analy*)) OR ((TI "data synthes*" OR AB "data synthes*") OR (TI "data extraction*" OR AB "data extraction*") OR (TI "data abstraction*" OR AB "data abstraction*")) OR ((TI handsearch* OR AB handsearch*) OR (TI "hand search*" OR AB "hand search*")) OR ((TI "mantel haenszel" OR AB "mantel haenszel") OR (TI peto OR AB peto) OR (TI "der simonian" OR AB "der simonian") OR (TI dersimonian OR AB dersimonian) OR (TI "fixed effect*" OR AB "fixed effect*") OR (TI "latin square*" OR AB "latin square*")) OR ((TI "met analy*" OR AB "met analy*") OR (TI metanaly* OR AB metanaly*) OR (TI "technology assessment*" OR AB "technology assessment*") OR (TI HTA OR AB HTA) OR (TI HTAs OR AB HTAs) OR (TI "technology overview*" OR AB "technology overview*") OR (TI "technology appraisal*" OR AB "technology appraisal*")) OR ((TI "meta regression*" OR AB "meta regression*") OR (TI metaregression* OR AB metaregression*)) OR ((TI medline OR AB medline) OR (TI

cochrane OR AB cochrane) OR (TI pubmed OR AB pubmed) OR (TI medlars OR AB medlars) OR (TI embase OR AB embase) OR (TI cinahl OR AB cinahl) OR ((TI comparative OR AB comparative) N3 ((TI efficacy OR AB efficacy) OR (TI effectiveness OR AB effectiveness))) OR ((TI "Endpunkte research" OR AB "Endpunkte research") OR (TI "relative effectiveness" OR AB "relative effectiveness")) OR (((TI indirect OR AB indirect) OR (TI "indirect treatment" OR AB "indirect treatment")) OR (TI mixed-treatment OR AB mixed-treatment) OR (TI bayesian OR AB bayesian)) N3 (TI comparison* OR AB comparison*) OR ((TI multi* OR AB multi*) N3 (TI treatment OR AB treatment) N3 (TI comparison* OR AB comparison*)) OR ((TI mixed OR AB mixed) N3 (TI treatment OR AB treatment) N3 ((TI meta-analy* OR AB meta-analy*) OR (TI metaanaly* OR AB metaanaly*))) OR (TI "umbrella review*" OR AB "umbrella review*") OR ((TI multi* OR AB multi*) N2 (TI paramet* OR AB paramet*) N2 (TI evidence OR AB evidence) N2 (TI synthesis OR AB synthesis)) OR ((TI multiparamet* OR AB multiparamet*) N2 (TI evidence OR AB evidence) N2 (TI synthesis OR AB synthesis)) OR ((TI multi-paramet* OR AB multi-paramet*) N2 (TI evidence OR AB evidence) N2 (TI synthesis OR AB synthesis))

S5 AND S6

S5 AND S6 (Jahreslimit 01.01.2015-31-08-2022)

Web of Science

TS=(((Somati?ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NEAR/0 Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NEAR/0 personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NEAR/0 depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NEAR/0 behavio?r*) OR (paranoi* OR Psychos?s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NEAR/0 depression*) OR ("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NEAR/0 disorder*))

TS=(((care NEAR/0 (manag* OR coordinat*) OR (collaborative NEAR/0 (treatment OR care)) OR ((complex OR psychosocial) NEAR/0 intervention) OR ((coordinated OR co-ordinated) NEAR/0 (treatment OR care)) OR coordinated-specialty-care OR cross-sectoral OR crosssectoral OR interdisciplin* OR inter-disciplin* OR interinstitutional OR inter-institutional OR Interprofessional OR Inter-professional OR joint-working OR managed-care OR multicomponent* OR multi-component* OR multidisciplin* OR multi-disciplin* OR multifacet* OR multi-facet* OR multiintervention* OR ((organi?ational OR multi OR multiple) NEAR/0 intervention*) OR multiprofessional OR multi-professional OR (patient-care NEAR/0 (manag* OR plan*)) OR psychosocial-treatment* OR ((sectoral OR sector) NEAR/0 (border* OR boundar* OR barrier*)) OR (shared NEAR/0 (treatment OR care)) OR teambased OR team-based OR transdisciplin* OR trans-disciplin* OR transectoral OR trans-sectoral OR (Social-support NEAR/0 system*) OR (psychosocial NEAR/0 support*) OR (case NEAR/0 manag*) OR ((patient OR nursing) NEAR/0 (handoff* OR hand-over* OR hand-off* OR handover*)) OR (clinical NEAR/0 (hand-over* OR handover*))) OR (intersectoral OR inter-sectoral OR ((multiinstitutional OR multihospital OR multi-institutional OR multi-hospital OR psychological-support) NEAR/0 system*) OR (organizational NEAR/0 affiliation*) OR ((independent-practice OR individual-practice) NEAR/0 association*) OR (interagency NEAR/0 relation*) OR (disease NEAR/0 manag*) OR ((patient-care OR medical-care OR healthcare) NEAR/0 team*) OR (cross-disciplinary NEAR/0 communication*) OR ((community OR social) NEAR/0 psychiatry) OR (transfer NEAR/0 agreement*))))

#1 AND #2

TS=("preterm*" OR "prematu*" OR "postmatu*" OR "perinat*" OR "postnat*" OR "neonat*" OR "newborn*" OR "new-born" OR "infan*" OR "baby*" OR "babies" OR "toddler*" OR "child*" OR "pediat*" OR "paediat*" OR "kid" OR "kids" OR "prepubescen*" OR "prepuberty*" OR "teen*" OR "young*" OR "youth*" OR "minors*" OR "under ag*" OR "underag*" OR "juvenile*" OR "girl*" OR "boy*" OR "preadolesc*" OR "adolesc*" OR "nursery" OR "kindergarten*" OR "early childhood education" OR "preschool*" OR "elementary education" OR "primary education" OR "K-12*" OR "K12" OR "secondary education" OR "junior high*" OR "highschool*" OR "college*" OR "undergrad*" OR "tertiary education" OR "postsecondary education" OR "universit*" OR "student*" OR "school*" OR "classroom*")

#3 NOT #4

(((((TI=(systematic* AND review)) OR TI=(Systematic-overview*)) OR TI=((Cochrane OR systemic OR scoping OR scoping-literature OR mapping OR Umbrella OR quativative OR meta-analytical OR meta-analytic) NEAR/0 review*)) OR TI=(review-of-reviews OR overview-of-reviews OR meta-review)) OR TI=((integrative OR integrated) NEAR/0 (overview OR review))) OR TI=(meta-synthesis OR metasynthesis)) OR TI=((quantitative OR research) NEAR/0 synthesis)) OR TI=(meta-ethnography)) OR TI=(Systematic-literature NEAR/0 (search OR research)) OR TI=(meta-analyses OR metaanalyses OR metaanalysis OR meta-

analysis) OR (TI=(search* OR medline OR pubmed OR embase OR Cochrane OR scopus OR web-of-science OR sources-of-information OR data-sources OR following-databases)) OR (AB=(search* OR medline OR pubmed OR embase OR Cochrane OR scopus OR web-of-science OR sources-of-information OR data-sources OR following-databases)) AND (TI=(study-selection OR selection-criteria OR eligibility-criteria OR inclusion-criteria OR exclusion-criteria)) OR (AB=(study-selection OR selection-criteria OR eligibility-criteria OR inclusion-criteria OR exclusion-criteria))) OR DT=(Review)) NOT (DT=(Letter OR Editorial Material OR Retracted Publication OR Withdrawn Publication OR Article))

#6 AND #5

#6 AND #5 Timespan: 2015-01-01 to 2022-08-31

Sources: (CADTH Search Filters Database 2022; Ket et al. 2019; Leclercq et al. 2013; Salvador-Oliván et al. 2021)

Table 56: Syntax search strategy key question 4

Key question 4 - "special forms of housing" under one roof
PubMed
"Somatoform Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Dissociative Identity Disorder"[MeSH Terms] OR "depressive disorder, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Antisocial Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Borderline Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Compulsive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Dependent Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Histrionic Personality Disorder"[MeSH Terms:noexp] OR "Paranoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Passive-Aggressive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizotypal Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "affective disorders, psychotic"[MeSH Terms] OR "Paranoid Disorders"[MeSH Terms] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Schizophrenia"[MeSH Terms:noexp] OR "schizophrenia, catatonic"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, disorganized"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, paranoid"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms]
"somatisation disorder*"[Title/Abstract] OR "somatization disorder*"[Title/Abstract] OR "somatoform disorder*"[Title/Abstract] OR "dissociative identity disorder*"[Title/Abstract] OR "multiple personalit*"[Title/Abstract] OR "dual personalit*"[Title/Abstract] OR "refractory depressi*"[Title/Abstract] OR "therapy resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "treatment resistant depressi*"[Title/Abstract] OR "personality disorder*"[Title/Abstract] OR "sociopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "psychopathic personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial personalit*"[Title/Abstract] OR "antisocial behavior*"[Title/Abstract] OR "antisocial behaviour*"[Title/Abstract] OR "compulsive personalit*"[Title/Abstract] OR "passive dependent personalit*"[Title/Abstract] OR "hysterical personalit*"[Title/Abstract] OR "passive aggressive personalit*"[Title/Abstract] OR "schizoid personalit*"[Title/Abstract] OR "psychotic affective disorder*"[Title/Abstract] OR "psychotic mood disorder*"[Title/Abstract] OR "paranoi*"[Title/Abstract] OR "psychotic disorder*"[Title/Abstract] OR "Psychosis"[Title/Abstract] OR "Psychoses"[Title/Abstract] OR "schizoaffective disorder*"[Title/Abstract] OR "schizophren*"[Title/Abstract] OR "dementia praecox"[Title/Abstract] OR "delusional disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "chronic posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract]
"double depression*"[Title/Abstract] OR "complex posttraumatic stress disorder*"[Title/Abstract] OR "complex post traumatic stress disorder*"[Title/Abstract]
#2 OR #3
#1 OR #4
((("Residential Treatment"[Mesh]) OR "Institutionalization"[Mesh:NoExp]) OR "Halfway Houses"[Mesh]) OR "Group Homes"[Mesh]) OR "Assisted Living Facilities"[Mesh]
((("residential treatment*"[Title/Abstract]) OR ("institutionalis*"[Title/Abstract])) OR ("halfway house*"[Title/Abstract])) OR ("group home*"[Title/Abstract])
"supportive housing"[Title/Abstract] OR "sheltered housing"[Title/Abstract] OR "supported accommodation*"[Title/Abstract] OR "residential care*"[Title/Abstract] OR "supported housing"[Title/Abstract] OR "assisted living"[Title/Abstract] OR "residential home"[Title/Abstract] OR "supervised communit*"[Title/Abstract] OR "residential group"[Title/Abstract] OR "therapeutic communit*"[Title/Abstract] OR "Soteria"[Title/Abstract]
#7 OR #8
#6 OR #9
#5 AND #10
Infan* OR newborn* OR new-born* OR perinat* OR neonat* OR baby OR baby* OR babies OR toddler* OR minors OR minors* OR boy OR boys OR boyfriend OR boyhood OR girl* OR kid OR kids OR child OR child* OR children* OR schoolchild* OR schoolchild OR school child[tiab] OR school child*[tiab] OR adolescen* OR juvenil* OR youth* OR teen* OR under*age* OR pubescen* OR pediatrics[mh] OR pediatric* OR paediatric* OR peadiatric* OR school [tiab] OR school*[tiab] OR prematur* OR preterm*
#11 NOT #12
"germany"[Title/Abstract] OR "german"[Title/Abstract] OR "gkv"[Title/Abstract] OR "deutschland"[Title/Abstract] OR "deutsch"[Title/Abstract] OR "berlin"[Title/Abstract] OR "hamburg"[Title/Abstract] OR "munchen"[Title/Abstract] OR "muenchen"[Title/Abstract] OR "munich"[Title/Abstract] OR "koln"[Title/Abstract] OR "koeln"[Title/Abstract] OR "cologne"[Title/Abstract] OR "frankfurt"[Title/Abstract] OR "stuttgart"[Title/Abstract] OR "dusseldorf"[Title/Abstract] OR

"duesseldorf"[Title/Abstract] OR "dortmund"[Title/Abstract] OR "essen"[Title/Abstract] OR "bremen"[Title/Abstract] OR "dresden"[Title/Abstract] OR "leipzig"[Title/Abstract] OR "hannover"[Title/Abstract] OR "nurnberg"[Title/Abstract] OR "nuernberg"[Title/Abstract] OR "Aachen"[Title/Abstract] OR "augzburg"[Title/Abstract] OR "bamberg"[Title/Abstract] OR "bayreuth"[Title/Abstract] OR "bochum"[Title/Abstract] OR "braunschweig"[Title/Abstract] OR "chemnitz"[Title/Abstract] OR "clausthal"[Title/Abstract] OR "cottbus"[Title/Abstract] OR "darmstadt"[Title/Abstract] OR "detmold"[Title/Abstract] OR "Eichstatt"[Title/Abstract] OR "Ingolstadt"[Title/Abstract] OR "Erfurt"[Title/Abstract] OR "Erlangen"[Title/Abstract] OR "flensburg"[Title/Abstract] OR "freiberg"[Title/Abstract] OR "freiburg"[Title/Abstract] OR "friedrichshafen"[Title/Abstract] OR "fulda"[Title/Abstract] OR "Giessen"[Title/Abstract] OR "Giessen"[Title/Abstract] OR "Greifswald"[Title/Abstract] OR "Gottingen"[Title/Abstract] OR "Goettingen"[Title/Abstract] OR "Hagen"[Title/Abstract] OR "Halle"[Title/Abstract] OR "heidelberg"[Title/Abstract] OR "Hildesheim"[Title/Abstract] OR "Ilmenau"[Title/Abstract] OR "Jena"[Title/Abstract] OR "Kaiserslautern"[Title/Abstract] OR "Karlsruhe"[Title/Abstract] OR "Kassel"[Title/Abstract] OR "Kiel"[Title/Abstract] OR "Koblenz"[Title/Abstract] OR "Konstanz"[Title/Abstract] OR "Luebeck"[Title/Abstract] OR "Ludwigsburg"[Title/Abstract] OR "Lubeck"[Title/Abstract] OR "Lueneburg"[Title/Abstract] OR "Luneburg"[Title/Abstract] OR "Mainz"[Title/Abstract] OR "Marburg"[Title/Abstract] OR "Munster"[Title/Abstract] OR "muenster"[Title/Abstract] OR "oldenburg"[Title/Abstract] OR "osnabrueck"[Title/Abstract] OR "osnabruck"[Title/Abstract] OR "paderborn"[Title/Abstract] OR "passau"[Title/Abstract] OR "potsdam"[Title/Abstract] OR "regensburg"[Title/Abstract] OR "rostock"[Title/Abstract] OR "saar"[Title/Abstract] OR "Augustin"[Title/Abstract] OR "Schwabisch"[Title/Abstract] OR "Gmund"[Title/Abstract] OR "schwaebisch"[Title/Abstract] OR "gmuend"[Title/Abstract] OR "siegen"[Title/Abstract] OR "speyer"[Title/Abstract] OR "trier"[Title/Abstract] OR "trossingen"[Title/Abstract] OR "tuebingen"[Title/Abstract] OR "Tubingen"[Title/Abstract] OR "ulm"[Title/Abstract] OR "vallendar"[Title/Abstract] OR "vechta"[Title/Abstract] OR "weimar"[Title/Abstract] OR "weingarten"[Title/Abstract] OR "Witten"[Title/Abstract] OR "wuppertal"[Title/Abstract] OR "wuerzburg"[Title/Abstract] OR "Wurzburg"[Title/Abstract] OR "zittau"[Title/Abstract] OR "duisburg"[Title/Abstract] OR "bonn"[Title/Abstract] OR "bielefeld"[Title/Abstract] OR "mannheim"[Title/Abstract] OR "north rhine westphalia"[Title/Abstract] OR "nrw"[Title/Abstract] OR "nordrhein westfalen"[Title/Abstract] OR "rhine ruhr"[Title/Abstract] OR "rhein"[Title/Abstract] OR "ruhr"[Title/Abstract] OR "schleswig holstein"[Title/Abstract] OR "mecklenburg vorpommern"[Title/Abstract] OR "mecklenburg-western pomerania"[Title/Abstract] OR "brandenburg"[Title/Abstract] OR "sachsen"[Title/Abstract] OR "saxony"[Title/Abstract] OR "saxony anhalt"[Title/Abstract] OR "sachsen anhalt"[Title/Abstract] OR "thuringia"[Title/Abstract] OR "thuringen"[Title/Abstract] OR "thueringen"[Title/Abstract] OR "niedersachsen"[Title/Abstract] OR "lower saxony"[Title/Abstract] OR "hesse"[Title/Abstract] OR "hessia"[Title/Abstract] OR "hessen"[Title/Abstract] OR "rhineland palatinate"[Title/Abstract] OR "rheinland"[Title/Abstract] OR "pfalz"[Title/Abstract] OR "saarland"[Title/Abstract] OR "baden"[Title/Abstract] OR "wurttemberg"[Title/Abstract] OR "wuerttemberg"[Title/Abstract] OR "bavaria"[Title/Abstract] OR "bayern"[Title/Abstract]

"germany"[Affiliation] OR "german"[Affiliation] OR "gkv"[Affiliation] OR "deutschland"[Affiliation] OR "deutsch"[Affiliation] OR "berlin"[Affiliation] OR "hamburg"[Affiliation] OR "munchen"[Affiliation] OR "muenchen"[Affiliation] OR "munich"[Affiliation] OR "koln"[Affiliation] OR "koeln"[Affiliation] OR "cologne"[Affiliation] OR "frankfurt"[Affiliation] OR "stuttgart"[Affiliation] OR "dusseldorf"[Affiliation] OR "duesseldorf"[Affiliation] OR "dortmund"[Affiliation] OR "essen"[Affiliation] OR "bremen"[Affiliation] OR "dresden"[Affiliation] OR "leipzig"[Affiliation] OR "hannover"[Affiliation] OR "nurnberg"[Affiliation] OR "nuernberg"[Affiliation] OR "Aachen"[Affiliation] OR "augzburg"[Affiliation] OR "bamberg"[Affiliation] OR "bayreuth"[Affiliation] OR "benediktbeuern"[Affiliation] OR "bochum"[Affiliation] OR "braunschweig"[Affiliation] OR "chemnitz"[Affiliation] OR "clausthal"[Affiliation] OR "cottbus"[Affiliation] OR "darmstadt"[Affiliation] OR "detmold"[Affiliation] OR "Eichstatt"[Affiliation] OR "Eichstaett"[Affiliation] OR "Ingolstadt"[Affiliation] OR "Erfurt"[Affiliation] OR "Erlangen"[Affiliation] OR "flensburg"[Affiliation] OR "freiberg"[Affiliation] OR "freiburg"[Affiliation] OR "friedrichshafen"[Affiliation] OR "fulda"[Affiliation] OR "Giessen"[Affiliation] OR "Giessen"[Affiliation] OR "Greifswald"[Affiliation] OR "Gottingen"[Affiliation] OR "Goettingen"[Affiliation] OR "Hagen"[Affiliation] OR "Halle"[Affiliation] OR "heidelberg"[Affiliation] OR "Hildesheim"[Affiliation] OR "Ilmenau"[Affiliation] OR "Jena"[Affiliation] OR "Kaiserslautern"[Affiliation] OR "Karlsruhe"[Affiliation] OR "Kassel"[Affiliation] OR "Kiel"[Affiliation] OR "Koblenz"[Affiliation] OR "Konstanz"[Affiliation] OR "Luebeck"[Affiliation] OR "Ludwigsburg"[Affiliation] OR "Lubeck"[Affiliation] OR

"Lueneburg"[Affiliation] OR "Luneburg"[Affiliation] OR "Mainz"[Affiliation] OR "Marburg"[Affiliation] OR "Munster"[Affiliation] OR "muenster"[Affiliation] OR "neuendettelsau"[Affiliation] OR "oestrich-winkel"[Affiliation] OR "oldenburg"[Affiliation] OR "osnabrueck"[Affiliation] OR "osnabruck"[Affiliation] OR "paderborn"[Affiliation] OR "passau"[Affiliation] OR "potsdam"[Affiliation] OR "regensburg"[Affiliation] OR "rostock"[Affiliation] OR "saar"[Affiliation] OR "Augustin"[Affiliation] OR "Schwabisch"[Affiliation] OR "Gmund"[Affiliation] OR "schwaebisch"[Affiliation] OR "gmuend"[Affiliation] OR "siegen"[Affiliation] OR "speyer"[Affiliation] OR "trier"[Affiliation] OR "tuebingen"[Affiliation] OR "Tubingen"[Affiliation] OR "ulm"[Affiliation] OR "vallendar"[Affiliation] OR "vechta"[Affiliation] OR "weimar"[Affiliation] OR "weingarten"[Affiliation] OR "Witten"[Affiliation] OR "wuppertal"[Affiliation] OR "wuerzburg"[Affiliation] OR "Wurzburg"[Affiliation] OR "zittau"[Affiliation] OR "duisburg"[Affiliation] OR "bonn"[Affiliation] OR "bielefeld"[Affiliation] OR "mannheim"[Affiliation] OR "north rhine westphalia"[Affiliation] OR "nrw"[Affiliation] OR "nordrhein westfalen"[Affiliation] OR "rhine ruhr"[Affiliation] OR "rhein"[Affiliation] OR "ruhr"[Affiliation] OR "schleswig holstein"[Affiliation] OR "mecklenburg vorpommern"[Affiliation] OR "mecklenburg-western pomerania"[Affiliation] OR "brandenburg"[Affiliation] OR "sachsen"[Affiliation] OR "saxony"[Affiliation] OR "saxony anhalt"[Affiliation] OR "sachsen anhalt"[Affiliation] OR "thuringia"[Affiliation] OR "thuringen"[Affiliation] OR "thueringen"[Affiliation] OR "niedersachsen"[Affiliation] OR "lower saxony"[Affiliation] OR "hesse"[Affiliation] OR "hessia"[Affiliation] OR "hessen"[Affiliation] OR "rhineland palatinate"[Affiliation] OR "rheinland"[Affiliation] OR "pfalz"[Affiliation] OR "saarland"[Affiliation] OR "baden"[Affiliation] OR "wurttemberg"[Affiliation] OR "wuerttemberg"[Affiliation] OR "bavaria"[Affiliation] OR "bayern"[Affiliation]
#14 OR #15
#13 AND #16
("2015"[Date - Publication] : "2022"[Date - Publication])
(#13 AND #16) AND ("2015"[Date - Publication] : "2022"[Date - Publication])
Cochrane
[mh ^"Somatoform Disorders"] OR [mh "Dissociative Identity Disorder"] OR [mh "Depressive Disorder, Treatment-Resistant"] OR [mh ^"Personality Disorders"] OR [mh "Antisocial Personality Disorder"] OR [mh "Borderline Personality Disorder"] OR [mh "Compulsive Personality Disorder"] OR [mh "Dependent Personality Disorder"] OR [mh ^"Histrionic Personality Disorder"] OR [mh "Paranoid Personality Disorder"] OR [mh "Passive-Aggressive Personality Disorder"] OR [mh "Schizoid Personality Disorder"] OR [mh "Schizotypal Personality Disorder"] OR [mh "Affective Disorders, Psychotic"] OR [mh "Paranoid Disorders"] OR [mh ^"Psychotic Disorders"] OR [mh ^"Schizophrenia"] OR [mh "Schizophrenia, Catatonic"] OR [mh "Schizophrenia, Disorganized"] OR [mh "Schizophrenia, Paranoid"] OR [mh "Schizophrenia, Treatment-Resistant"] OR [mh "Stress Disorders, Post-Traumatic"]
((Somatization OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffective OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NEXT Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NEXT personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NEXT depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NEXT behavior*) OR (paranoi* OR Psychosis OR schizophren* OR "dementia praecox"):ti,ab,kw OR ((double NEXT depression*) OR ("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NEXT disorder*):ti,ab,kw
#1 OR #2
[mh "Residential Treatment"] OR [mh ^"Institutionalization"] OR [mh "Halfway Houses"] OR [mh "Group Homes"] OR [mh "Assisted Living Facilities"]
((residential NEXT treatment*) OR institutionalis* OR (halfway NEXT house*) OR (group NEXT home*)):ti,ab,kw
((supportive OR supported) NEXT housing) OR "sheltered housing" OR (supported NEXT accommodation*) OR (residential NEXT care*) OR "assisted living" OR "residential home" OR (supervised NEXT communit*) OR "residential group" OR (therapeutic NEXT communit*) OR Soteria):ti,ab,kw
{OR #4-#6}
#3 AND #7
(infan* or child* or adolescen* or pediatric* or paediatric* or pube* or juvenil* or school* or newborn* or "new born*" or "neo nat*" or neonat* or premature* or postmature* or "pre-mature*" or "post-mature*" or preterm* or "pre term*" or baby or babies or toddler* or youngster* or preschool* or kindergart* or kid or kids or playgroup* or "play-group*" or playschool* or prepube* or preadolescenc* or "junior high*" or highschool* or "senior high" or "young people*" or minors):ti,ab,kw

#8 NOT #9
(germany OR german OR gkv OR deutschland OR deutsch OR berlin OR hamburg OR munchen OR muenchen OR munich OR koln OR koeln OR cologne OR frankfurt OR stuttgart OR dusseldorf OR duesseldorf OR dortmund OR essen OR bremen OR dresden OR leipzig OR hannover OR nurnberg OR nuernberg OR Aachen OR augsburg OR bamberg OR bayreuth OR bochum OR braunschweig OR chemnitz OR clausthal OR cottbus OR darmstadt OR detmold OR Eichstatt OR Ingolstadt OR Erfurt OR Erlangen OR flensburg OR freiberg OR freiburg OR friedrichshafen OR fulda OR Giessen OR Greifswald OR Gottingen OR Goettingen OR Hagen OR Halle OR heidelberg OR Hildesheim OR Ilmenau OR Jena OR Kaiserslautern OR Karlsruhe OR Kassel OR Kiel OR Koblenz OR Konstanz OR Luebeck OR Ludwigsburg OR Lubeck OR Lueneburg OR Luneburg OR Mainz OR Marburg OR Munster OR muenster OR oldenburg OR osnabrueck OR osnabruck OR paderborn OR passau OR potsdam OR regensburg OR rostock OR saar OR Augustin OR Schwabisch OR Gmund OR schwaebisch OR gmuend OR siegen OR speyer OR trier OR trossingen OR tuebingen OR Tubingen OR ulm OR vallendar OR vechta OR weimar OR weingarten OR Witten OR wuppertal OR wuerzburg OR Wurzburg OR zittau OR duisburg OR bonn OR bielefeld OR mannheim OR north-rhine-westphalia OR nrw OR nordrhein-westfalen OR rhine-ruhr OR rhein OR ruhr OR schleswig holstein OR mecklenburg-vorpommern OR mecklenburg-western-pomerania OR brandenburg OR sachsen OR saxony OR saxony-anhalt OR sachsen-anhalt OR thuringia OR thuringen OR thuringen OR niedersachsen OR lower-saxony OR hesse OR hessia OR hessen OR rhineland-palatinate OR rheinland OR pfalz OR saarland OR baden OR wurtemberg OR wuerttemberg OR bavaria OR bayern):ti,ab,kw
#10 AND #11
#12 with Cochrane Library publication date Between Jan 2015 and Aug 2022
PsycInfo
(TI ((((Somati#ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffektive OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NO Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NO personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NO depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NO behavio#r*) OR (paranoi* OR Psychos#s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NO depression*) OR ("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NO disorder*))) OR AB ((((Somati#ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffektive OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NO Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NO personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NO depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NO behavio#r*) OR (paranoi* OR Psychos#s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NO depression*) OR ("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NO disorder*)))) OR (DE "Somatoform Disorders" OR DE "Dissociative Identity Disorder" OR DE "Treatment Resistant Depression" OR DE "Personality Disorders" OR DE "Antisocial Personality Disorder" OR DE "Borderline Personality Disorder" OR DE "Obsessive Compulsive Personality Disorder" OR DE "Dependent Personality Disorder" OR DE "Histrionic Personality Disorder" OR DE "Paranoid Personality Disorder" OR DE "Passive Aggressive Personality Disorder" OR DE "Schizoid Personality Disorder" OR DE "Schizotypal Personality Disorder" OR DE "Affective Psychosis" OR DE "Paranoia (Psychosis)" OR DE "Acute Psychosis" OR DE "Schizophrenia" OR DE "Catatonic Schizophrenia" OR DE "Schizophrenia (Disorganized Type)" OR DE "Paranoid Schizophrenia" OR DE "Posttraumatic Stress Disorder" OR DE "Complex PTSD" OR DE "DESNOS")
DE "Therapeutic Community" OR DE "Institutionalization" OR DE "Halfway Houses" OR DE "Group Homes" OR DE "Assisted Living" OR DE "Shelters"
TI (((supportive OR supported) NO housing) OR "sheltered housing" OR (supported NO accommodation*) OR (residential NO care*) OR "assisted living" OR "residential home" OR (supervised NO communit*) OR "residential group" OR (therapeutic NO communit*) OR Soteria OR (residential NO treatment*) OR institutionalis* OR (halfway NO house*) OR (group NO home*)) OR AB (((supportive OR supported) NO housing) OR "sheltered housing" OR (supported NO accommodation*) OR (residential NO care*) OR "assisted living" OR "residential home" OR (supervised NO communit*) OR "residential group" OR (therapeutic NO communit*) OR Soteria OR (residential NO treatment*) OR institutionalis* OR (halfway NO house*) OR (group NO home*))
S2 OR S3
S1 AND S4

(AG childhood OR Neonatal OR Infancy OR Preschool OR School Age OR Adolescence) OR (DE "Neonatal Development" OR DE "Infant Development" OR DE "Early Childhood Development" OR DE "Childhood Development" OR DE "Child Psychiatry" OR DE "Orthopsychiatry" OR DE "Child Psychopathology" OR DE "Child Psychology" OR DE "Child Psychotherapy" OR DE "Pediatrics" OR DE "Juvenile Delinquency" OR DE "Adolescent Behavior" OR DE "Adolescent Development" OR DE "Adolescent Psychiatry" OR DE "Adolescent Psychopathology" OR DE "Adolescent Psychology" OR DE "Adolescent Psychotherapy" OR DE "Nursery Schools" OR DE "Nursery School Students" OR DE "Kindergartens" OR DE "Kindergarten Students" OR DE "Child Day Care" OR DE "Child Care" OR DE "Preschool Education" OR DE "Preschool Students" OR DE "Preschool Teachers" OR DE "Elementary Education" OR DE "Elementary Schools" OR DE "Elementary School Students" OR DE "Elementary School Teachers" OR DE "Primary School Students" OR DE "Public School Education" OR DE "Middle Schools" OR DE "Middle School Education" OR DE "Middle School Students" OR DE "Middle School Teachers" OR DE "Junior High Schools" OR DE "Junior High School Students" OR DE "Junior High School Teachers" OR DE "Secondary Education" OR DE "High Schools" OR DE "High School Students" OR DE "High School Education" OR DE "High School Teachers" OR DE "Junior College Students" OR DE "College Students" OR DE "Colleges" OR DE "Higher Education" OR DE "Graduate Education" OR DE "Graduate Schools" OR DE "Undergraduate Education" OR DE "Vocational Education" OR DE "Vocational School Students" OR DE "Vocational Education Teachers" OR DE "Students") OR (TI ((preterm* OR prematur* OR postmatur* OR perinat* OR postnat* OR neonat* OR newborn* OR newborn OR infan* OR baby* OR babies OR toddler* OR preschool* OR child* OR pediat* OR paediat* OR kid OR kids OR prepubescen* OR prepuberty* OR puberty OR pubescen* OR teen* OR young* OR youth* OR minors* OR under-ag* OR underag* OR juvenile* OR girl* OR boy* OR preadolesc* OR adolesc* OR nursery OR prekindergarten OR kindergarten* OR early-childhood education OR preschool* OR elementary-education OR elementary-school* OR primary-education OR primary-school* OR K-12* OR K12 OR 1st-grade* OR first-grade* OR grade 1 OR grade-one OR 2nd-grade* OR second-grade* OR grade 2 OR grade-two OR 3rd-grade* OR third-grade* OR grade-3 OR grade-three OR 4th-grade* OR fourth-grade* OR grade-4 OR grade-four OR 5th-grade* OR fifth-grade* OR grade-5 OR grade-five OR 6th-grade* OR sixth-grade* OR grade-6 OR grade-six OR intermediate-general OR middle-school* OR secondary-education OR secondary-school* OR 7th-grade* OR seventh-grade* OR grade-7 OR grade-seven OR 8th-grade* OR eight-grade* OR grade-8 OR grade-eight OR 9th-grade* OR ninth-grade* OR grade-9 OR grade-nine OR 10th-grade* OR tenth-grade* OR grade-10 OR grade-ten OR 11th-grade* OR eleventh-grade* OR grade 11 OR grade eleven OR 12th-grade* OR twelfth-grade* OR grade 12 OR grade twelve OR junior high* OR highschool* OR high school* OR preuniversity OR pre-university OR college* OR undergrad* OR tertiary education OR tertiary school* OR postsecondary education OR postsecondary school* OR universit* OR prevocational OR vocational OR classroom* OR curricul* OR education* OR learner* OR lesson* OR pupil* OR school* OR student* OR teacher*)) OR AB ((preterm* OR prematur* OR postmatur* OR perinat* OR postnat* OR neonat* OR newborn* OR newborn OR infan* OR baby* OR babies OR toddler* OR preschool* OR child* OR pediat* OR paediat* OR kid OR kids OR prepubescen* OR prepuberty* OR puberty OR pubescen* OR teen* OR young* OR youth* OR minors* OR under-ag* OR underag* OR juvenile* OR girl* OR boy* OR preadolesc* OR adolesc* OR nursery OR prekindergarten OR kindergarten* OR early-childhood education OR preschool* OR elementary-education OR elementary-school* OR primary-education OR primary-school* OR K-12* OR K12 OR 1st-grade* OR first-grade* OR grade 1 OR grade-one OR 2nd-grade* OR second-grade* OR grade 2 OR grade-two OR 3rd-grade* OR third-grade* OR grade-3 OR grade-three OR 4th-grade* OR fourth-grade* OR grade-4 OR grade-four OR 5th-grade* OR fifth-grade* OR grade-5 OR grade-five OR 6th-grade* OR sixth-grade* OR grade-6 OR grade-six OR intermediate-general OR middle-school* OR secondary-education OR secondary-school* OR 7th-grade* OR seventh-grade* OR grade-7 OR grade-seven OR 8th-grade* OR eight-grade* OR grade-8 OR grade-eight OR 9th-grade* OR ninth-grade* OR grade-9 OR grade-nine OR 10th-grade* OR tenth-grade* OR grade-10 OR grade-ten OR 11th-grade* OR eleventh-grade* OR grade 11 OR grade eleven OR 12th-grade* OR twelfth-grade* OR grade 12 OR grade twelve OR junior high* OR highschool* OR high school* OR preuniversity OR pre-university OR college* OR undergrad* OR tertiary education OR tertiary school* OR postsecondary education OR postsecondary school* OR universit* OR prevocational OR vocational OR classroom* OR curricul* OR education* OR learner* OR lesson* OR pupil* OR school* OR student* OR teacher*)))

S5 NOT S6

AF "germany" OR "german" OR "gkv" OR "deutschland" OR "deutsch" OR "berlin" OR "hamburg" OR "munchen" OR "muenchen" OR "munich" OR "koln" OR "koeln" OR "cologne" OR "frankfurt" OR "stuttgart" OR "dusseldorf" OR "duesseldorf" OR "dortmund" OR "essen" OR "bremen" OR "dresden" OR "leipzig" OR "hannover" OR "nurnberg" OR "nuernberg" OR "Aachen" OR "augzburg" OR "bamberg" OR "bayreuth" OR

"benediktbeuern" OR "bochum" OR "braunschweig" OR "chemnitz" OR "clausthal" OR "cottbus" OR "darmstadt" OR "detmold" OR "Eichstatt" OR "Eichstaett" OR "Ingolstadt" OR "Erfurt" OR "Erlangen" OR "flensburg" OR "freiberg" OR "freiburg" OR "friedrichshafen" OR "fulda" OR "Giessen" OR "Giessen" OR "Greifswald" OR "Gottingen" OR "Goettingen" OR "Hagen" OR "Halle" OR "heidelberg" OR "Hildesheim" OR "Ilmenau" OR "Jena" OR "Kaiserslautern" OR "Karlsruhe" OR "Kassel" OR "Kiel" OR "Koblenz" OR "Konstanz" OR "Luebeck" OR "Ludwigsburg" OR "Lubeck" OR "Lueneburg" OR "Luneburg" OR "Mainz" OR "Marburg" OR "Munster" OR "muenster" OR "neuendettelsau" OR "oestrich-winkel" OR "oldenburg" OR "osnabrueck" OR "osnabruck" OR "paderborn" OR "passau" OR "potsdam" OR "regensburg" OR "rostock" OR "saar" OR "Augustin" OR "Schwabisch" OR "Gmund" OR "schwaebisch" OR "gmuend" OR "siegen" OR "speyer" OR "trier" OR "tuebingen" OR "Tubingen" OR "ulm" OR "vallendar" OR "vechta" OR "weimar" OR "weingarten" OR "Witten" OR "wuppertal" OR "wuerzburg" OR "Wurzburg" OR "zittau" OR "duisburg" OR "bonn" OR "bielefeld" OR "mannheim" OR "north rhine westphalia" OR "nrw" OR "nordrhein westfalen" OR "rhine ruhr" OR "rhein" OR "ruhr" OR "schleswig holstein" OR "mecklenburg vorpommern" OR "mecklenburg-western pomerania" OR "brandenburg" OR "sachsen" OR "saxony" OR "saxony anhalt" OR "sachsen anhalt" OR "thuringia" OR "thuringen" OR "thueringen" OR "niedersachsen" OR "lower saxony" OR "hesse" OR "hessia" OR "hessen" OR "rhineland palatinate" OR "rheinland" OR "pfalz" OR "saarland" OR "baden" OR "wurttemberg" OR "wuerttemberg" OR "bavaria" OR "bayern"

TI ("germany" OR "german" OR "gkv" OR "deutschland" OR "deutsch" OR "berlin" OR "hamburg" OR "munchen" OR "muenchen" OR "munich" OR "koln" OR "koeln" OR "cologne" OR "frankfurt" OR "stuttgart" OR "dusseldorf" OR "duesseldorf" OR "dortmund" OR "essen" OR "bremen" OR "dresden" OR "leipzig" OR "hannover" OR "nurnberg" OR "nuernberg" OR "Aachen" OR "augzburg" OR "bamberg" OR "bayreuth" OR "benediktbeuern" OR "bochum" OR "braunschweig" OR "chemnitz" OR "clausthal" OR "cottbus" OR "darmstadt" OR "detmold" OR "Eichstatt" OR "Eichstaett" OR "Ingolstadt" OR "Erfurt" OR "Erlangen" OR "flensburg" OR "freiberg" OR "freiburg" OR "friedrichshafen" OR "fulda" OR "Giessen" OR "Giessen" OR "Greifswald" OR "Gottingen" OR "Goettingen" OR "Hagen" OR "Halle" OR "heidelberg" OR "Hildesheim" OR "Ilmenau" OR "Jena" OR "Kaiserslautern" OR "Karlsruhe" OR "Kassel" OR "Kiel" OR "Koblenz" OR "Konstanz" OR "Luebeck" OR "Ludwigsburg" OR "Lubeck" OR "Lueneburg" OR "Luneburg" OR "Mainz" OR "Marburg" OR "Munster" OR "muenster" OR "neuendettelsau" OR "oestrich-winkel" OR "oldenburg" OR "osnabrueck" OR "osnabruck" OR "paderborn" OR "passau" OR "potsdam" OR "regensburg" OR "rostock" OR "saar" OR "Augustin" OR "Schwabisch" OR "Gmund" OR "schwaebisch" OR "gmuend" OR "siegen" OR "speyer" OR "trier" OR "tuebingen" OR "Tubingen" OR "ulm" OR "vallendar" OR "vechta" OR "weimar" OR "weingarten" OR "Witten" OR "wuppertal" OR "wuerzburg" OR "Wurzburg" OR "zittau" OR "duisburg" OR "bonn" OR "bielefeld" OR "mannheim" OR "north rhine westphalia" OR "nrw" OR "nordrhein westfalen" OR "rhine ruhr" OR "rhein" OR "ruhr" OR "schleswig holstein" OR "mecklenburg vorpommern" OR "mecklenburg-western pomerania" OR "brandenburg" OR "sachsen" OR "saxony" OR "saxony anhalt" OR "sachsen anhalt" OR "thuringia" OR "thuringen" OR "thueringen" OR "niedersachsen" OR "lower saxony" OR "hesse" OR "hessia" OR "hessen" OR "rhineland palatinate" OR "rheinland" OR "pfalz" OR "saarland" OR "baden" OR "wurttemberg" OR "wuerttemberg" OR "bavaria" OR "bayern") OR AB ("germany" OR "german" OR "gkv" OR "deutschland" OR "deutsch" OR "berlin" OR "hamburg" OR "munchen" OR "muenchen" OR "munich" OR "koln" OR "koeln" OR "cologne" OR "frankfurt" OR "stuttgart" OR "dusseldorf" OR "duesseldorf" OR "dortmund" OR "essen" OR "bremen" OR "dresden" OR "leipzig" OR "hannover" OR "nurnberg" OR "nuernberg" OR "Aachen" OR "augzburg" OR "bamberg" OR "bayreuth" OR "benediktbeuern" OR "bochum" OR "braunschweig" OR "chemnitz" OR "clausthal" OR "cottbus" OR "darmstadt" OR "detmold" OR "Eichstatt" OR "Eichstaett" OR "Ingolstadt" OR "Erfurt" OR "Erlangen" OR "flensburg" OR "freiberg" OR "freiburg" OR "friedrichshafen" OR "fulda" OR "Giessen" OR "Giessen" OR "Greifswald" OR "Gottingen" OR "Goettingen" OR "Hagen" OR "Halle" OR "heidelberg" OR "Hildesheim" OR "Ilmenau" OR "Jena" OR "Kaiserslautern" OR "Karlsruhe" OR "Kassel" OR "Kiel" OR "Koblenz" OR "Konstanz" OR "Luebeck" OR "Ludwigsburg" OR "Lubeck" OR "Lueneburg" OR "Luneburg" OR "Mainz" OR "Marburg" OR "Munster" OR "muenster" OR "neuendettelsau" OR "oestrich-winkel" OR "oldenburg" OR "osnabrueck" OR "osnabruck" OR "paderborn" OR "passau" OR "potsdam" OR "regensburg" OR "rostock" OR "saar" OR "Augustin" OR "Schwabisch" OR "Gmund" OR "schwaebisch" OR "gmuend" OR "siegen" OR "speyer" OR "trier" OR "tuebingen" OR "Tubingen" OR "ulm" OR "vallendar" OR "vechta" OR "weimar" OR "weingarten" OR "Witten" OR "wuppertal" OR "wuerzburg" OR "Wurzburg" OR "zittau" OR "duisburg" OR "bonn" OR "bielefeld" OR "mannheim" OR "north rhine westphalia" OR "nrw" OR "nordrhein westfalen" OR "rhine ruhr" OR "rhein" OR "ruhr" OR "schleswig holstein" OR "mecklenburg vorpommern" OR "mecklenburg-western pomerania" OR "brandenburg" OR "sachsen" OR "saxony" OR "saxony anhalt" OR "sachsen anhalt" OR "thuringia" OR "thuringen" OR "thueringen" OR "niedersachsen" OR "lower saxony" OR "hesse" OR "hessia"

OR "hessen" OR "rhineland palatinate" OR "rheinland" OR "pfalz" OR "saarland" OR "baden" OR "wurttemberg" OR "wuerttemberg" OR "bavaria" OR "bayern")
S8 OR S9
S7 AND S10
Web of Science
TS=(((Somati?ation OR Somatoform OR "dissociative identity" OR "Multiple Identity" OR schizoaffektive OR delusional OR "chronic post-traumatic stress" OR "chronic posttraumatic stress" OR "psychotic affective" OR "psychotic mood" OR personality OR psychotic) NEAR/0 Disorder*) OR ((multiple OR dual OR sociopathic OR psychopathic OR antisocial OR "passive dependent" OR hysterical OR "passive aggressive" OR schizoid OR compulsive) NEAR/0 personalit*) OR ((refractory OR "therapy resistant" OR "treatment resistant") NEAR/0 depressi*) OR ((antisocial OR dyssocial) NEAR/0 behavio?r*) OR (paranoi* OR Psychos?s OR schizophren* OR "dementia praecox")) OR ((double NEAR/0 depression*) OR (("complex posttraumatic stress" OR "complex post-traumatic stress") NEAR/0 disorder*))
TS=(((supportive OR supported) NEXT housing) OR "sheltered housing" OR (supported NEXT accommodation*) OR (residential NEXT care*) OR "assisted living" OR "residential home" OR (supervised NEXT communit*) OR "residential group" OR (therapeutic NEXT communit*) OR Soteria OR (residential NEXT treatment*) OR institutionalis* OR (halfway NEXT house*) OR (group NEXT home*))
#1 AND #2
TS=("preterm*" OR "prematu*" OR "postmatu*" OR "perinat*" OR "postnat*" OR "neonat*" OR "newborn*" OR "new-born" OR "infan*" OR "baby*" OR "babies" OR "toddler*" OR "child*" OR "pediat*" OR "paediat*" OR "kid" OR "kids" OR "prepubescen*" OR "prepuberty*" OR "teen*" OR "young*" OR "youth*" OR "minors*" OR "under ag*" OR "underag*" OR "juvenile*" OR "girl*" OR "boy*" OR "preadolesc*" OR "adolesc*" OR "nursery" OR "kindergarten*" OR "early childhood education" OR "preschool*" OR "elementary education" OR "primary education" OR "K-12*" OR "K12" OR "secondary education" OR "junior high*" OR "highschool*" OR "college*" OR "undergrad*" OR "tertiary education" OR "postsecondary education" OR "universit*" OR "student*" OR "school*" OR "classroom*")
#3 NOT #4
TS=(germany OR german OR gkv OR deutschland OR deutsch OR berlin OR hamburg OR munchen OR muenchen OR munich OR koln OR koeln OR cologne OR frankfurt OR stuttgart OR dusseldorf OR duesseldorf OR dortmund OR essen OR bremen OR dresden OR leipzig OR hannover OR nurnberg OR nuernberg OR Aachen OR augsburg OR bamberg OR bayreuth OR bochum OR braunschweig OR chemnitz OR clauthal OR cottbus OR darmstadt OR detmold OR Eichstatt OR Ingolstadt OR Erfurt OR Erlangen OR flensburg OR freiberg OR freiburg OR friedrichshafen OR fulda OR Giessen OR Giessen OR Greifswald OR Gottingen OR Goettingen OR Hagen OR Halle OR heidelberg OR Hildesheim OR Ilmenau OR Jena OR Kaiserslautern OR Karlsruhe OR Kassel OR Kiel OR Koblenz OR Konstanz OR Luebeck OR Ludwigsburg OR Lubeck OR Lueneburg OR Luneburg OR Mainz OR Marburg OR Munster OR muenster OR oldenburg OR osnabrueck OR osnabruck OR paderborn OR passau OR potsdam OR regensburg OR rostock OR saar OR Augustin OR Schwabisch OR Gmund OR schwaebisch OR gmuend OR siegen OR speyer OR trier OR trossingen OR tuebingen OR Tuingen OR ulm OR vallendar OR vechta OR weimar OR weingarten OR Witten OR wuppertal OR wuerzburg OR Wurzburg OR zittau OR duisburg OR bonn OR bielefeld OR mannheim OR north-rhine-westphalia OR nrw OR nordrhein-westfalen OR rhine-ruhr OR rhein OR ruhr OR schleswig holstein OR mecklenburg-vorpommern OR mecklenburg-western-pomerania OR brandenburg OR sachsen OR saxony OR saxony-anhalt OR sachsen-anhalt OR thuringia OR thuringen OR thuringen OR niedersachsen OR lower-saxony OR hesse OR hessia OR hessen OR rhineland-palatinate OR rheinland OR pfalz OR saarland OR baden OR wurttemberg OR wuerttemberg OR bavaria OR bayern)
OG=(("germany" OR "german" OR "gkv" OR "deutschland" OR "deutsch" OR "berlin" OR "hamburg" OR "munchen" OR "muenchen" OR "munich" OR "koln" OR "koeln" OR "cologne" OR "frankfurt" OR "stuttgart" OR "dusseldorf" OR "duesseldorf" OR "dortmund" OR "essen" OR "bremen" OR "dresden" OR "leipzig" OR "hannover" OR "nurnberg" OR "nuernberg" OR "Aachen" OR "augsburg" OR "bamberg" OR "bayreuth" OR "benediktbeuern" OR "bochum" OR "braunschweig" OR "chemnitz" OR "clauthal" OR "cottbus" OR "darmstadt" OR "detmold" OR "Eichstatt" OR "Eichstaett" OR "Ingolstadt" OR "Erfurt" OR "Erlangen" OR "flensburg" OR "freiberg" OR "freiburg" OR "friedrichshafen" OR "fulda" OR "Giessen" OR "Giessen" OR "Greifswald" OR "Gottingen" OR "Goettingen" OR "Hagen" OR "Halle" OR "heidelberg" OR "Hildesheim" OR "Ilmenau" OR "Jena" OR "Kaiserslautern" OR "Karlsruhe" OR "Kassel" OR "Kiel" OR "Koblenz" OR "Konstanz" OR "Luebeck" OR "Ludwigsburg" OR "Lubeck" OR "Lueneburg" OR "Luneburg" OR "Mainz" OR "Marburg" OR "Munster" OR "muenster" OR "neuendettelsau" OR "oestrich-winkel" OR "oldenburg" OR "osnabrueck" OR "osnabruck" OR "paderborn" OR "passau" OR "potsdam" OR "regensburg" OR "rostock" OR "saar" OR

"Augustin" OR "Schwabisch" OR "Gmund" OR "schwaebisch" OR "gmuend" OR "siegen" OR "speyer" OR "trier" OR "tuebingen" OR "Tubingen" OR "ulm" OR "vallendar" OR "vechta" OR "weimar" OR "weingarten" OR "Witten" OR "wuppertal" OR "wuerzburg" OR "Wurzburg" OR "zittau" OR "duisburg" OR "bonn" OR "bielefeld" OR "mannheim" OR "north rhine westphalia" OR "nrw" OR "nordrhein westfalen" OR "rhine ruhr" OR "rhein" OR "ruhr" OR "schleswig holstein" OR "mecklenburg vorpommern" OR "mecklenburg-western pomerania" OR "brandenburg" OR "sachsen" OR "saxony" OR "saxony anhalt" OR "sachsen anhalt" OR "thuringia" OR "thuringen" OR "thueringen" OR "niedersachsen" OR "lower saxony" OR "hesse" OR "hessia" OR "hessen" OR "rhineland palatinate" OR "rheinland" OR "pfalz" OR "saarland" OR "baden" OR "wurttemberg" OR "wuerttemberg" OR "bavaria" OR "bayern")
#7 OR #6
#5 AND #8
#9
Bibnet
FS=(Somatisierungsstörung OR Somatoforme Störung OR Dissoziative Identitätsstörung OR Multiple Identitätsstörung OR Multiple Persönlichkeit OR Persönlichkeitsspaltung OR behandlungsresistente Depression OR therapieresistente Depression OR chronische Depression OR Persönlichkeitsstörung OR Soziopathische Persönlichkeit OR Soziopathie OR Psychopathische Persönlichkeit OR Psychopathie OR Antisoziale Persönlichkeit OR Antisoziale? Verhalten OR Dissoziale? Verhalten OR Zwanghafte Persönlichkeit OR Passiv abhängige Persönlichkeit OR abhängige Persönlichkeitsstörung OR Hysterische Persönlichkeit OR Passiv aggressive Persönlichkeit OR Schizoide Persönlichkeit OR Psychotisch affektive Störung OR affektive Psychose OR Paranoi OR Psychotische Störung OR Psychotische Störungen OR Psychose OR Schizoaffektive Störung OR Schizophren OR Dementia praecox OR Wahnhafte Störung OR anhaltende wahnhafte Störung OR Chronische Posttraumatische Belastungsstörung OR Double Depression OR Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung OR Komplexe PTBS OR Chronische PTBS OR somatisation disorder OR somatization disorder OR somatoform disorder OR dissociative identity disorder OR multiple identity disorder OR multiple personalit OR dual personalit OR refractory depressi OR therapy resistant depressi OR treatment resistant depressi OR personality disorder OR sociopathic personalit OR psychopathic personalit OR antisocial personalit OR antisocial behavior OR dyssocial behavior OR antisocial behaviour OR compulsive personalit OR passive dependent personalit OR hysterical personalit OR passive aggressive personalit OR schizoid personalit OR psychotic affective disorder OR psychotic mood disorder OR paranoi OR psychotic disorder OR Psychosis OR Psychoses OR schizoaffektive disorder OR schizophren OR dementia praecox OR delusional disorder OR chronic post traumatic stress disorder OR chronic posttraumatic stress disorder OR complex post traumatic stress disorder OR complex posttraumatic stress disorder)
FS=(supportive housing OR supported housing OR sheltered housing OR supported accommodation OR residential care OR assisted living OR residential home OR supervised community OR residential group OR therapeutic community OR Soteria OR residential treatment OR institutionalisation OR halfway house OR group home OR Betreuungseinrichtung OR Wohngruppe OR Betreutes Wohnen OR Wohnheim OR betreute Wohngemeinschaft OR therapeutische Wohngemeinschaft OR Langzeitwohnprojekt OR Soteria)
DB=BIBNET
Psyndex
FS=(Somatisierungsstörung OR Somatoforme Störung OR Dissoziative Identitätsstörung OR Multiple Identitätsstörung OR Multiple Persönlichkeit OR Persönlichkeitsspaltung OR behandlungsresistente Depression OR therapieresistente Depression OR chronische Depression OR Persönlichkeitsstörung OR Soziopathische Persönlichkeit OR Soziopathie OR Psychopathische Persönlichkeit OR Psychopathie OR Antisoziale Persönlichkeit OR Antisoziale? Verhalten OR Dissoziale? Verhalten OR Zwanghafte Persönlichkeit OR Passiv abhängige Persönlichkeit OR abhängige Persönlichkeitsstörung OR Hysterische Persönlichkeit OR Passiv aggressive Persönlichkeit OR Schizoide Persönlichkeit OR Psychotisch affektive Störung OR affektive Psychose OR Paranoi OR Psychotische Störung OR Psychotische Störungen OR Psychose OR Schizoaffektive Störung OR Schizophren OR Dementia praecox OR Wahnhafte Störung OR anhaltende wahnhafte Störung OR Chronische Posttraumatische Belastungsstörung OR Double Depression OR Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung OR Komplexe PTBS OR Chronische PTBS OR somatisation disorder OR somatization disorder OR somatoform disorder OR dissociative identity disorder OR multiple identity disorder OR multiple personalit OR dual personalit OR refractory depressi OR therapy resistant depressi OR treatment resistant depressi OR personality disorder OR sociopathic personalit OR psychopathic personalit OR antisocial personalit OR antisocial behavior OR dyssocial behavior OR antisocial behaviour OR compulsive personalit OR passive dependent personalit OR hysterical personalit OR passive aggressive personalit OR schizoid personalit OR psychotic affective disorder OR psychotic mood disorder OR paranoi OR psychotic disorder OR

Psychosis OR Psychoses OR schizoaffective disorder OR schizophren OR dementia praecox OR delusional disorder OR chronic post traumatic stress disorder OR chronic posttraumatic stress disorder OR complex post traumatic stress disorder OR complex posttraumatic stress disorder)

FS=(supportive housing OR supported housing OR sheltered housing OR supported accommodation OR residential care OR assisted living OR residential home OR supervised community OR residential group OR therapeutic community OR Soteria OR residential treatment OR institutionalisation OR halfway house OR group home OR Betreuungseinrichtung OR Wohngruppe OR Betreutes Wohnen OR Wohnheim OR betreute Wohngemeinschaft OR therapeutische Wohngemeinschaft OR Langzeitwohnprojekt OR Soteria)

DB=PSYINDEX

Sources: (Ket et al. 2019; Leclercq et al. 2013; Pieper et al. 2015)

Table 57: Syntax search strategy key question 9

Key question 4 - Therapeutic relationship
<p>PubMed</p> <p>((("Somatoform Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Dissociative Identity Disorder"[MeSH Terms] OR "depressive disorder, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "Personality Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Antisocial Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Borderline Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Compulsive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Dependent Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Histrionic Personality Disorder"[MeSH Terms:noexp] OR "Paranoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Passive-Aggressive Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizoid Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "Schizotypal Personality Disorder"[MeSH Terms] OR "affective disorders, psychotic"[MeSH Terms] OR "Paranoid Disorders"[MeSH Terms] OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms:noexp] OR "Schizophrenia"[MeSH Terms:noexp] OR "schizophrenia, catatonic"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, disorganized"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, paranoid"[MeSH Terms] OR "schizophrenia, treatment resistant"[MeSH Terms] OR "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms] OR ("somatisation disorder*" [Title/Abstract] OR "somatization disorder*" [Title/Abstract] OR "somatoform disorder*" [Title/Abstract] OR "dissociative identity disorder*" [Title/Abstract] OR "multiple personalit*" [Title/Abstract] OR "dual personalit*" [Title/Abstract] OR "refractory depressi*" [Title/Abstract] OR "therapy resistant depressi*" [Title/Abstract] OR "treatment resistant depressi*" [Title/Abstract] OR "personality disorder*" [Title/Abstract] OR "sociopathic personalit*" [Title/Abstract] OR "psychopathic personalit*" [Title/Abstract] OR "antisocial personalit*" [Title/Abstract] OR "antisocial behavior*" [Title/Abstract] OR "antisocial behaviour*" [Title/Abstract] OR "compulsive personalit*" [Title/Abstract] OR "passive dependent personalit*" [Title/Abstract] OR "hysterical personalit*" [Title/Abstract] OR "passive aggressive personalit*" [Title/Abstract] OR "schizoid personalit*" [Title/Abstract] OR "psychotic affective disorder*" [Title/Abstract] OR "psychotic mood disorder*" [Title/Abstract] OR "paranoi*" [Title/Abstract] OR "psychotic disorder*" [Title/Abstract] OR "psychosis" [Title/Abstract] OR "Psychoses" [Title/Abstract] OR "psychotherapy" [Title/Abstract] OR "psychotherapist" [Title/Abstract] OR "schizo affective disorder*" [Title/Abstract] OR "schizophren*" [Title/Abstract] OR "dementia praecox" [Title/Abstract] OR "delusional disorder*" [Title/Abstract] OR "chronic post traumatic stress disorder*" [Title/Abstract] OR "chronic posttraumatic stress disorder*" [Title/Abstract] OR ("double depression*" [Title/Abstract] OR "complex posttraumatic stress disorder*" [Title/Abstract] OR "complex post traumatic stress disorder*" [Title/Abstract])))</p>
<p>AND ("therapeutic relationship*" [Title/Abstract] OR "physician-patient-relationship*" [Title/Abstract] OR "psychotherapy relationship*" [Title/Abstract] OR "therapeutic alliance*" [Title] OR "working alliance*" [Title] OR "alliance rupture repair" [Title] OR ("alliance" [Title] AND "psychotherapy" [Title]) OR "positive regard" [Title] OR "treatment outcome expectation" [Title] OR "therapist empathy" [Title] OR "self-disclosure" [Title] OR "countertransference management" [Title] OR "goal consensus" [Title] OR "real relationship" [Title])</p>
<p>NOT ("infan*" [All Fields] OR "newborn*" [All Fields] OR "new born*" [All Fields] OR "perinat*" [All Fields] OR "neonat*" [All Fields] OR ("infant, newborn" [MeSH Terms] OR ("infant" [All Fields] AND "newborn" [All Fields]) OR "newborn infant" [All Fields] OR "baby" [All Fields] OR "infant" [MeSH Terms] OR "infant" [All Fields]) OR "baby*" [All Fields] OR ("baby s" [All Fields] OR "babys" [All Fields] OR "infant" [MeSH Terms] OR "infant" [All Fields] OR "babies" [All Fields]) OR "toddler*" [All Fields] OR ("minority groups" [MeSH Terms] OR ("minority" [All Fields] AND "groups" [All Fields]) OR "minority groups" [All Fields] OR "minorities" [All Fields] OR "minority" [All Fields] OR "minority s" [All Fields] OR "minors" [MeSH Terms] OR "minors" [All Fields] OR "minor" [All Fields]) OR "minors*" [All Fields] OR ("men" [MeSH Terms] OR "men" [All Fields] OR "boy" [All Fields]) OR ("men" [MeSH Terms] OR "men" [All Fields] OR "boys" [All Fields]) OR ("boyfriend" [All Fields] OR "boyfriend s" [All Fields] OR "boyfriends" [All Fields]) OR "boyhood" [All Fields] OR "girl*" [All Fields] OR</p>

"kid"[All Fields] OR "kids"[All Fields] OR ("child"[MeSH Terms] OR "child"[All Fields] OR "children"[All Fields] OR "child s"[All Fields] OR "children s"[All Fields] OR "childrens"[All Fields] OR "childs"[All Fields]) OR "child*"[All Fields] OR "children*"[All Fields] OR "schoolchild*"[All Fields] OR "schoolchild"[All Fields] OR "school child"[Title/Abstract] OR "school child*"[Title/Abstract] OR "adolescen*"[All Fields] OR "juvenil*"[All Fields] OR "youth*"[All Fields] OR "teen*"[All Fields] OR "under age*"[All Fields] OR "pubescen*"[All Fields] OR "pediatrics"[MeSH Terms] OR "pediatric*"[All Fields] OR "paediatric*"[All Fields] OR "peadiatric*"[All Fields] OR "school"[Title/Abstract] OR "school*"[Title/Abstract] OR "prematu*"[All Fields] OR "preterm*"[All Fields]))
AND (("meta-review"[Title] OR "meta-synthesis"[Title] OR "metasynthesis"[Title] OR "quantitative review"[Title] OR "quantitative synthesis"[Title] OR "meta-ethnography"[Title]) OR "meta-analyses"[Title] OR "metaanalyses"[Title] OR "meta-analysis"[Title] OR "metaanalysis"[Title] OR "meta-analytic review"[Title] OR "meta analytic review"[Title] OR "meta analytical review"[Title] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR "Meta-Analysis"[Publication Type])
NOT ("letter"[Publication Type] OR "editorial"[Publication Type] OR "comment"[Publication Type] OR "case reports"[Publication Type] OR "historical article"[Publication Type] OR "report"[Title] OR "protocol"[Title] OR "protocols"[Title] OR "withdrawn"[Title] OR "retraction of publication"[Publication Type] OR "retraction of publication as topic"[MeSH Terms] OR "retracted publication"[Publication Type] OR "reply"[Title] OR "published erratum"[Publication Type]))
AND 2015/01/01:3000/12/31[Date - Publication]
Web of Science
TS=("Somatoform Disorders" OR "Dissociative Identity Disorder" OR "depressive disorder, treatment resistant" OR "Personality Disorders" OR "Antisocial Personality Disorder" OR "Borderline Personality Disorder" OR "Compulsive Personality Disorder" OR "Dependent Personality Disorder" OR "Histrionic Personality Disorder" OR "Paranoid Personality Disorder" OR "Passive-Aggressive Personality Disorder" OR "Schizoid Personality Disorder" OR "Schizotypal Personality Disorder" OR "affective disorders, psychotic" OR "Paranoid Disorders" OR "Psychotic Disorders" OR "Schizophrenia" OR "schizophrenia, catatonic" OR "schizophrenia, disorganized" OR "schizophrenia, paranoid" OR "schizophrenia, treatment resistant" OR "stress disorders, post traumatic" OR "somatisation disorder*" OR "somatization disorder*" OR "somatoform disorder*" OR "dissociative identity disorder*" OR "multiple personalit*" OR "dual personalit*" OR "refractory depressi*" OR "therapy resistant depressi*" OR "treatment resistant depressi*" OR "personality disorder*" OR "sociopathic personalit*" OR "psychopathic personalit*" OR "antisocial personalit*" OR "antisocial behavior*" OR "antisocial behaviour*" OR "compulsive personalit*" OR "passive dependent personalit*" OR "hysterical personalit*" OR "passive aggressive personalit*" OR "schizoid personalit*" OR "psychotic affective disorder*" OR "psychotic mood disorder*" OR "paranoi*" OR "psychotic disorder*" OR "psychosis" OR "Psychoses" OR "psychotherapy" OR "psychotherapist" OR "schizoaffective disorder*" OR "schizophren*" OR "dementia praecox" OR "delusional disorder*" OR "chronic post traumatic stress disorder*" OR "chronic posttraumatic stress disorder*" OR "double depression*" OR "complex posttraumatic stress disorder*" OR "complex post traumatic stress disorder*")
AND TI(("therapeutic relationship*" OR "physician-patient-relationship*" OR "psychotherapy relationship*" OR "therapeutic alliance*" OR "working alliance" OR "alliance rupture repair" OR ("alliance" AND "psychotherapy") OR "positive regard" OR "treatment outcome expectation" OR "therapist empathy" OR "self-disclosure" OR "countertransference management" OR "goal consensus" OR "real relationship"))
NOT ALL(("infan*" OR "newborn*" OR "new born*" OR "perinat*" OR "neonat*" OR "infant, newborn" OR "infant" AND "newborn" OR "newborn infant" OR "baby" OR "infant" OR "baby*" OR "minors" OR "minors" OR "minor" OR "minors*" OR "boyfriend" OR "boyfriend s" OR "boyfriends" OR "boyhood" OR "girl*" OR "kid" OR "kids" OR "child" OR "child" OR "children" OR "child s" OR "children s" OR "childrens" OR "childs" OR "child*" OR "children*" OR "schoolchild*" OR "schoolchild" OR "school child" OR "school child*" OR

"adolescen*" OR "juvenil*" OR "youth*" OR "teen*" OR "under age*" OR "pubescen*" OR "pediatrics" OR "pediatric*" OR "paediatric*" OR "peadiatric*" OR "school" OR "school*" OR "prematu*" OR "preterm*"))

AND

TI=("meta-review" OR "meta-synthesis" OR "metasynthesis" OR "quantitative review" OR "quantitative synthesis" OR "meta-ethnography" OR "meta-analyses" OR "metaanalyses" OR "meta-analysis" OR "metaanalysis" OR "meta-analytic review" OR "meta analytic review" OR "meta analytical review")

AND Date range 2015/01/01:3000/12/31

Table 58: Syntax search strategy key question 11

Key question 11 - dimensional diagnostics
PubMed
((("personality functioning"[Title]) OR ("criterion A"[Title])) AND ((review[Publication Type] OR (meta-analysis[Publication Type]))) AND (("2015"[Date - Publication] : "2023"[Date - Publication])))
Cochrane
"meta-analysis" OR "review" in Publication Type AND "personality functioning" OR "criterion A" in Title Abstract Keyword
PsycInfo
Title: "personality functioning" OR Title: "criterion A" AND Keywords: "meta-analysis" OR Keywords: "review" AND Year: 2015 To 2023
Web of Science
((TI=("personality functioning")) OR TI=("criterion A")) AND (DT=(Review) OR DT=(Meta-Analysis))

Table 59: Key question-specific inclusion and exclusion criteria

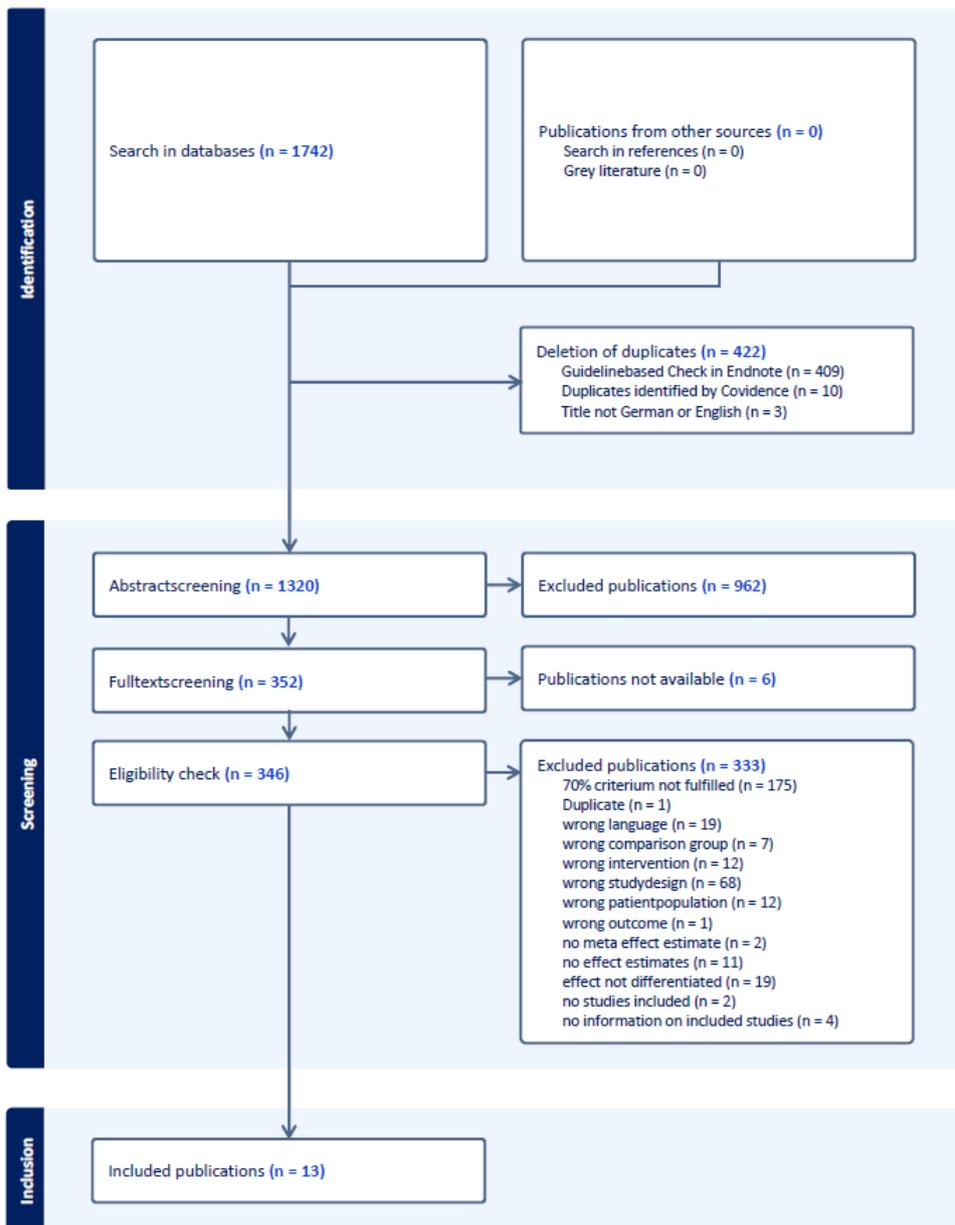
Key question no.	Comment
Interventions	
Key question 1	
Inclusion	
Psychological intervention	Initially included in the abstract screening and identified more precisely in the full-text screening
Psychosocial intervention	
Non-pharmacological intervention	
cognitive analytical therapy	Possible treatment modules for psychotherapy within the framework of statutory health insurance
present centered psychotherapy	
cognitive processing therapy	
social cognition training	
social cognitive interventions	
Behavioral activation	
Metacognitive therapy	
Metacognitive training	
Metacognition Reflection and Insight Therapy	
Interpersonal psychotherapy	
dynamic deconstructive psychotherapy	
Digital / telepsychological intervention	Inclusion and separate grasp
(only) Psychoeducation	Included as a general treatment module (we do not use individual interventions for specific disorders)
Supportive therapy	
Stress inoculation training	
Social skills program	
Exclusion	
Avatar Therapy	Disorder-specific individual intervention
Compensatory cognitive intervention	Too unspecific
Positive psychology intervention	Not psychotherapy in the true sense of the word
behavioral reconsolidation strategy	Neuropsychological intervention
Cognitive training/stimulation	NNeuropsychological intervention
Body psychotherapy	Not covered by German health insurance
cognitive bias modification therapy	Computer-aided training
written emotional disclosure/ exposure-based writing therapy	Not psychotherapy in the true sense of the word
virtual reality therapy	Not covered by German health insurance
cognitive remediation	Disorder-specific individual intervention
computer-based interventions/ computerized cognitive drill/training	Computer-aided training
Biofeedback	Not psychotherapy in the true sense of the word
emotional freedom technique	Not covered by German health insurance
integrated neurocognitive therapy	Neuropsychological intervention
Crisis intervention	Too unspecific
Art therapy	No outpatient psychotherapy in the German health insurance
Psychiatric care	Not psychotherapy in the true sense of the word
Seeking Safety	Disorder-specific individual intervention
Systems Training for Emotional Predictability & Problem Solving	Disorder-specific treatment program

Miscellaneous	
Mixed interventions, i.e. partly based on cognitive behavioral therapy, partly unclear intervention.	Included, or 70% criterion applied for full text screening
Mindfulness-based cognitive therapy	Include mindfulness-based cognitive therapy, but exclude only "mindfulness-based intervention" as too unspecific
Key question 2	
Exclusion	
Computerized cognitive drill	Does not correspond to app or similar
Reminder for medication or appointments	Only a supplement to the actual treatment
Mailing list	Too undefined: no concrete intervention
app in addition to in person psychotherapy	Lack of demarcation effect between psychotherapy and app
remote delivered Therapy	Is accompanied
virtual reality	Does not correspond to app or similar
Interventions with the involvement of relatives	Does not correspond to patient definition
Key questions 3+5	
Exclusion	
Psychosocial interventions without reference to coordination	Focus on coordination
Miscellaneous	
Occupational therapy	Inclusion only with explicit reference to "multidisciplinary" or similar.
Combined forms of therapy (e.g. psychotherapy and medication)	Inclusion only with explicit reference to "multidisciplinary" or similar.
Comparison groups	
Key question 1	
Inclusion	
Psychotherapy + medication A vs medication A only	
Psychotherapy vs medication	
Psychotherapy A + medication A vs psychotherapy B + medication B	Inclusion, only if psychotherapy differs in dose and frequency
No information about combination	
Exclusion	
Psychotherapy + medication A vs. medication B	Does not indicate the effect of psychotherapy
Psychotherapy + medication vs. psychotherapy only	
Psychotherapy + medication vs placebo	
Psychotherapy + medication vs no medication	
Psychotherapy + medication vs psychotherapy + placebo	
Outcomes	
Key question 1	
Inclusion	
Acceptance	

Violent / aggressive behavior		
Insomnia		
Relapse prevention		
Exclusion		
Applicability/pragmatism of guideline recommendations	Does not address mental health	
Predictors for response to psychotherapeutic treatment		
Access to psychotherapy		
Hearing ability		
Statistical power		
Placebo effect		
cognitive limitations		Rather neurological outcomes
Neurobiological change		
Brain function		
Neuronal correlates		
Neuronal effects		
Epigenetic changes		
Brain architecture		
Key question 2		
Inclusion		
Loneliness, social isolation		
Adherence to medication		
Relapse prevention		
Exclusion		
Motivation for treatment	Does not address mental health	
Predictors for the use of apps		
Utilization of preventive medical check-ups		
Heterogeneity of patients		
Challenges for planning / conducting studies		
social inequality		
User-friendliness (usability) / barriers to the use of apps		
Feasibility and acceptability (feasibility / acceptability)		
Adaptation of interventions to specific cultures		
Barriers and facilitating factors for the implementation of forms of treatment		
Key questions 3+5		
Inclusion		
Treatment discontinuation		
Loneliness, social isolation		
Exclusion		
supportive care needs	Does not address mental health	
Predictors for lack of response to antidepressant medication		
Cardiovascular health		
Quality features of palliative care		

Quality of model calculations on the economics of forms of treatment	
Recovery after surgery	
Applicability/pragmatism of guideline recommendations	
Mortality gap	
Key question 4	
Exclusion	
Motives for use	Does not address mental health
Relationship between patient and mental health care professional	Belongs to key question 9
Miscellaneous	
Lifestyle factors (diet, smoking, physical activity)	Inclusion only for 3+5, as we do not examine lifestyle apps in key question 2
Stigma	If related to patients: Inclusion If related to general population: exclusion
Smoking cessation	Inclusion only for 3+5, as we do not examine lifestyle apps in key question 2
Cannabis consumption	Inclusion only for 3+5, as we do not examine lifestyle apps in key question 2

Key question 1

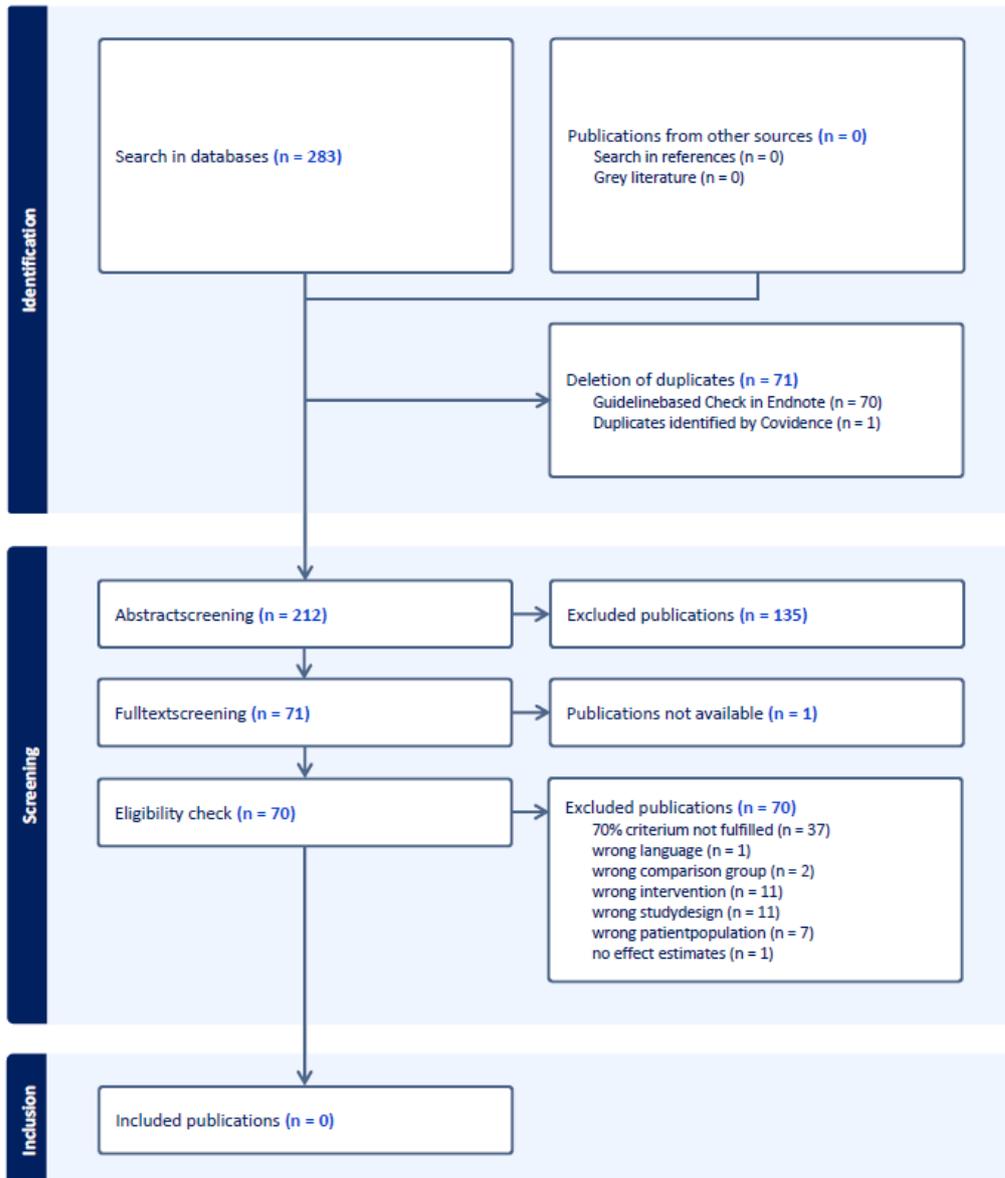


5th September 2023



Figure 2: Flowchart hit numbers key question 1

Key question 2

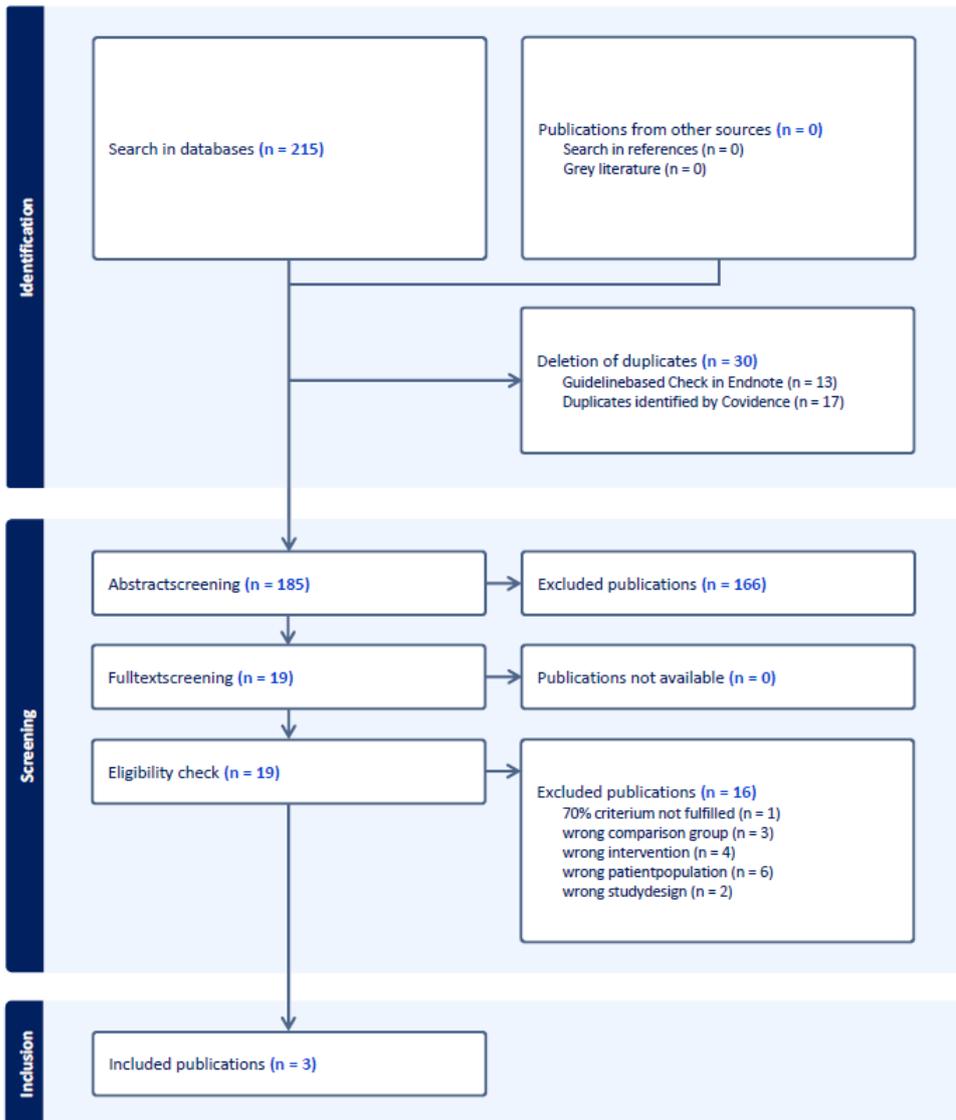


5th September 2023



Figure 3: Flowchart number of hits key question 2

Key question 2 de novo search

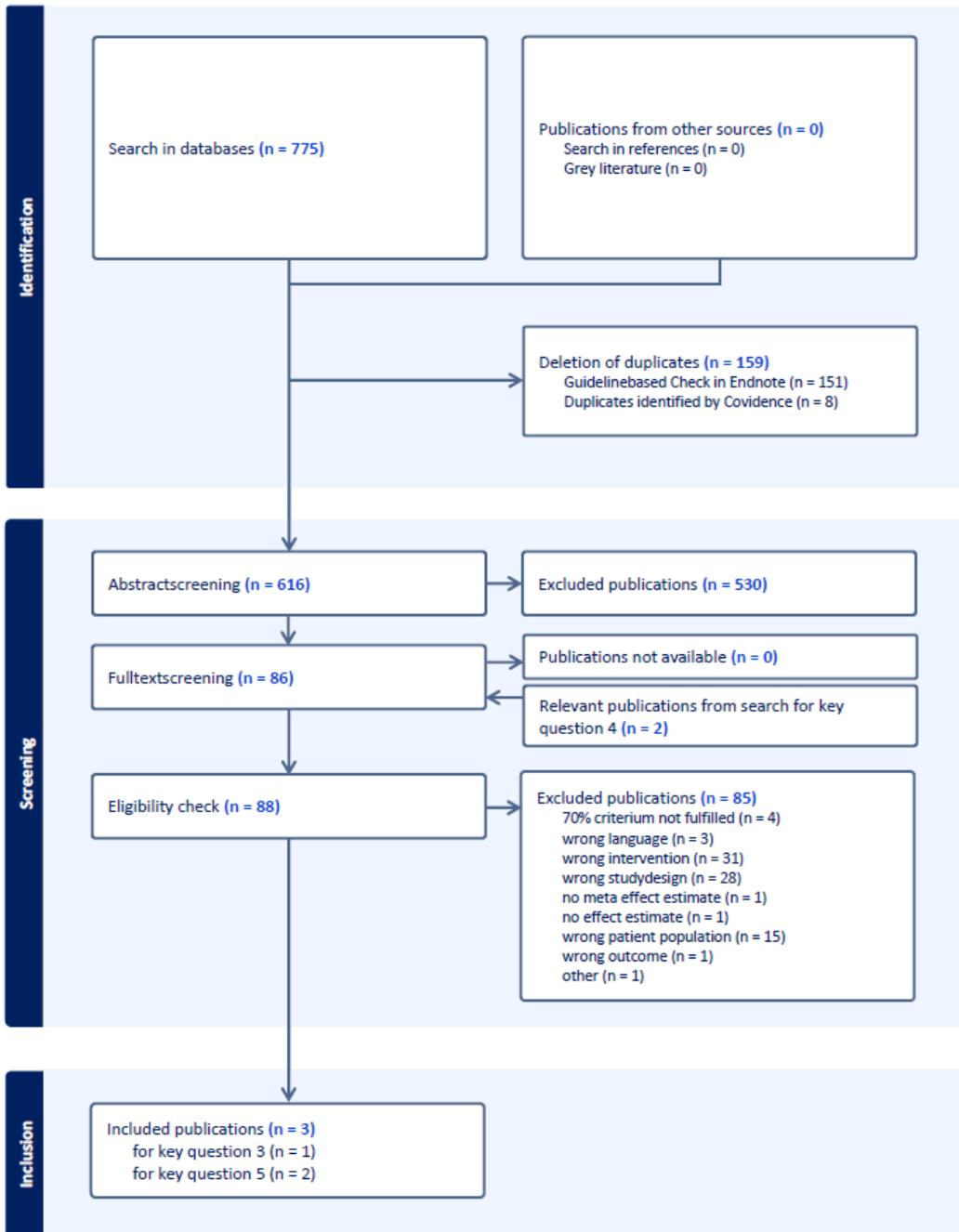


5th September 2023



Figure 4: Flowchart hit numbers key question 2 de novo search

Key questions 3+5

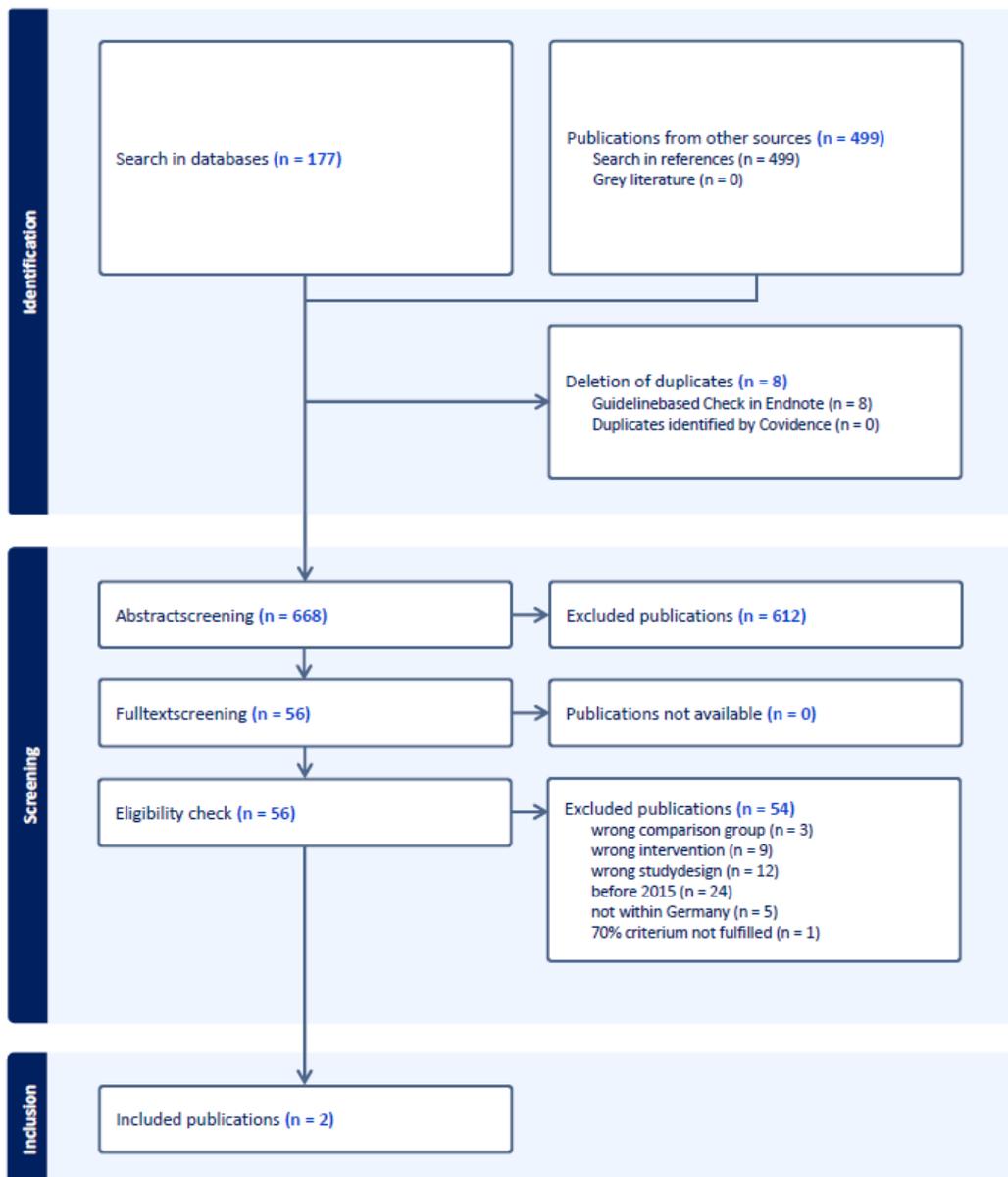


5th September 2023



Figure 5: Flowchart hit numbers key question 3 and 5

Key question 4

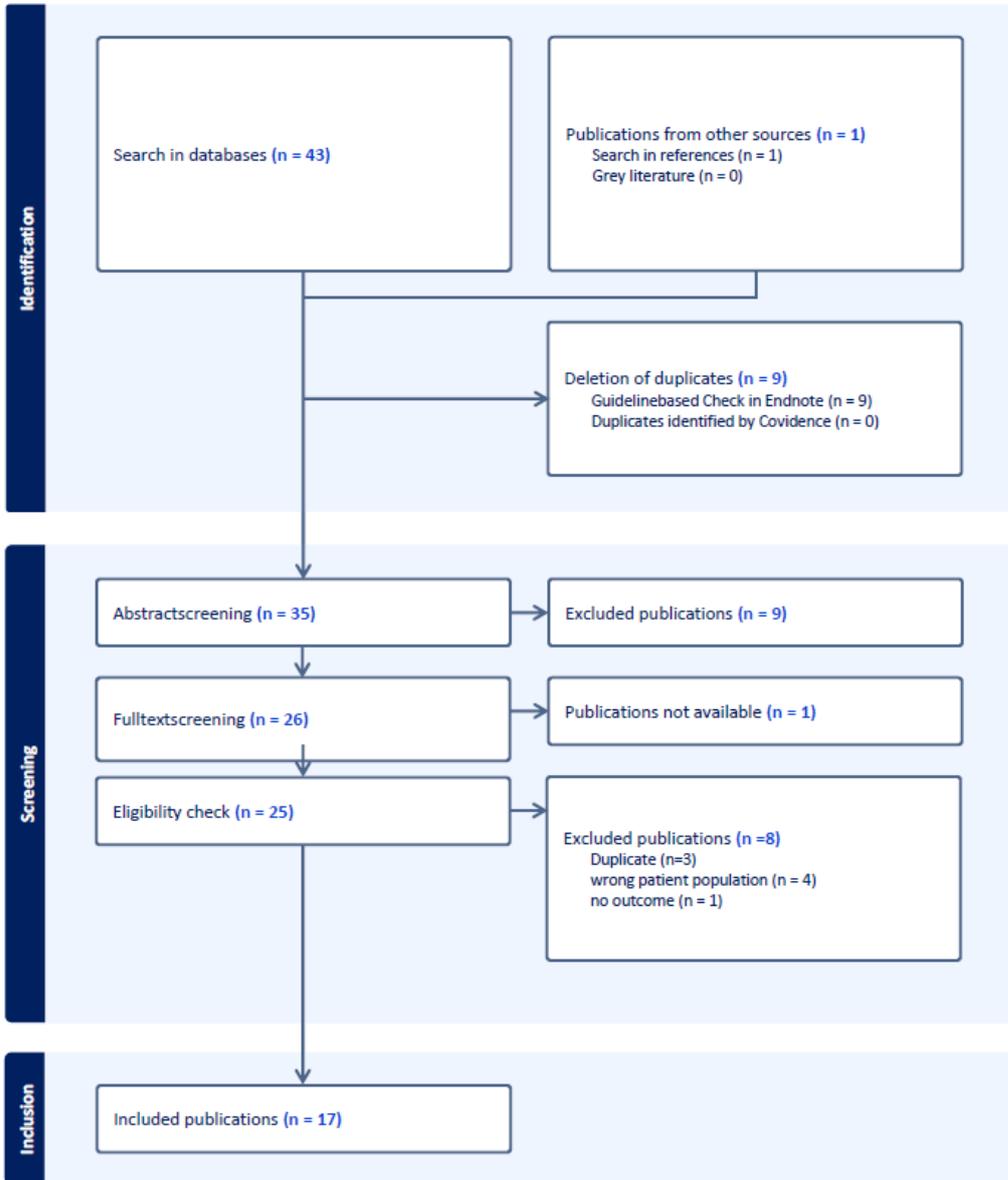


5th September 2023



Figure 6: Flowchart number of hits key question 4

Key question 9



17th April 2024



Figure 7: Flowchart hit numbers key question 9

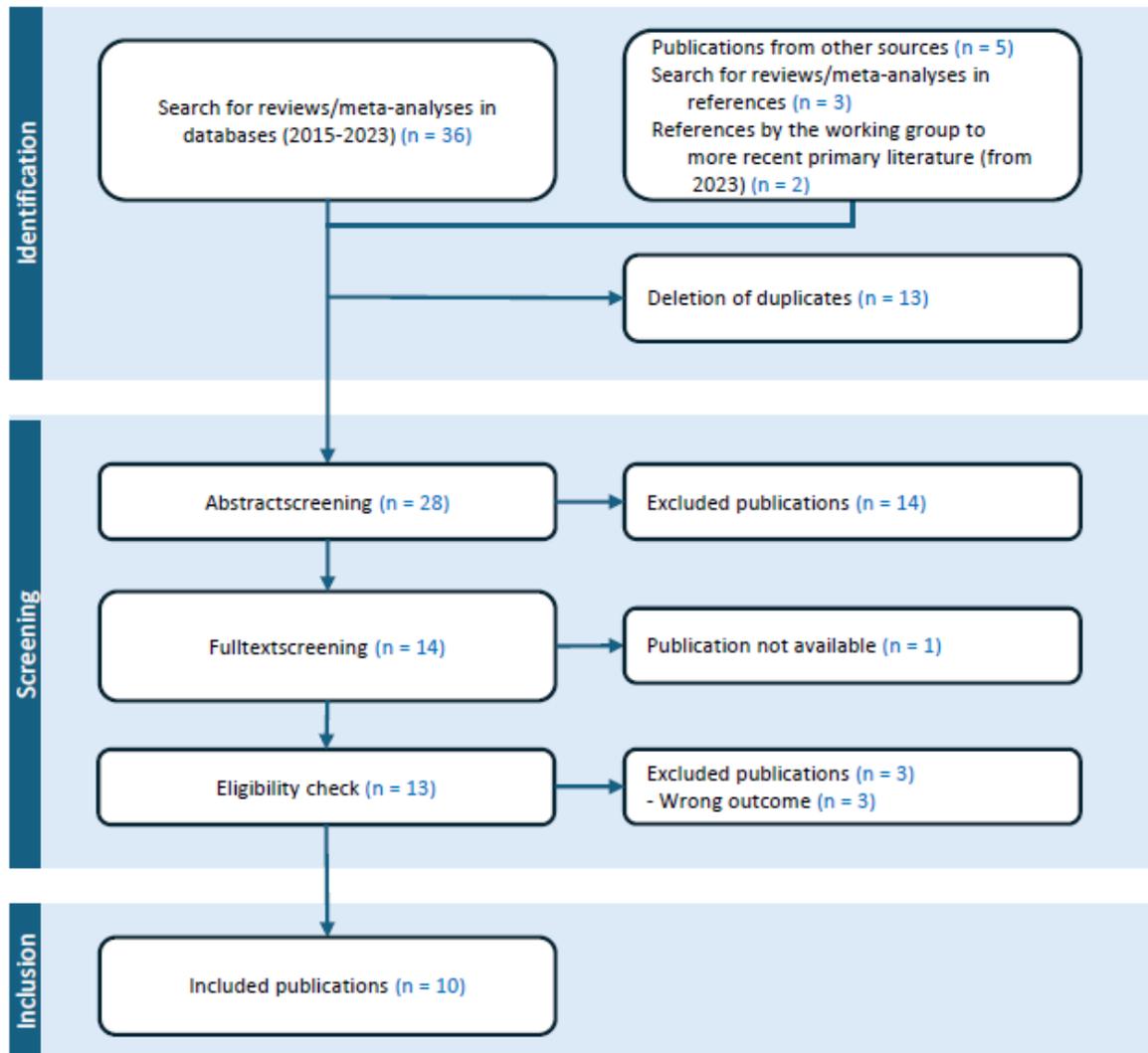


Figure 8: Flowchart number of hits key question 11

Table 60: Information on evidence key question 1

Reference	Participants (number and characteristics)	Drop out rate	Intervention	Control
<p>Althobaiti, S.; Kazantzis, N.; Ofori-Asenso, R.; Romero, L.; Fisher, J.; Mills, K. E.; Liew, D. <i>Efficacy of interpersonal psychotherapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis</i> 2020 Journal of Affective Disorders 264: 286-294 DOI: 10.1016/j.jad.2019.12.021</p> <p>Systematic review / meta-analysis</p>	<p>k = 10 Randomized controlled trials¹ n = 755</p> <p>Inclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Symptoms and diagnosis of post-traumatic stress disorder, diagnosis using validated questionnaires 		<p>Interpersonal therapy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individual or group setting • 2 to 16 sessions 	<p>Active control group</p> <ul style="list-style-type: none"> • Treatment as usual • Narrative exposure therapy (NET) • Clinical psychotherapy • Prolonged exposure • Relaxation procedure <p>Passive control group²</p> <ul style="list-style-type: none"> • Waiting list • Treatment as usual • Education

<p>Asmundson, G. J. G.; Thorisdottir, A. S.; Roden-Foreman, J. W.; Baird, S. O.; Witcraft, S. M.; Stein, A. T.; Smits, J. A. J.; Powers, M. B.</p> <p><i>A meta-analytic review of cognitive processing therapy for adults with posttraumatic stress disorder</i></p> <p>2019</p> <p>Cognitive Behavior Therapy 48 (1): 1-14</p> <p>DOI: 10.1080/16506073.2018.1522371</p> <p>Systematic review / meta-analysis</p>	<p>k = 11 Randomized controlled trials n = 1130</p> <p>Inclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosis of post-traumatic stress disorder according to ICD / DSM or • Clinically relevant symptom burden • Age 18 to 65 years <p>Exclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acute stress disorder 		<p>Cognitive Processing Therapy for post-traumatic stress disorder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individual or group setting • 4 to 24 sessions 	<p>Active control group</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dialogic exposure therapy • Memory specific training • Prolonged exposure therapy • Writing exposure therapy <p>Inactive control group</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychological placebo • Waiting list
<p>Ijaz, S.; Davies, P.; Williams, C. J.; Kessler, D.; Lewis, G.; Wiles, N.</p> <p><i>Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults</i></p> <p>2018</p> <p>Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 5. Art. No.: CD010558</p> <p>DOI: 10.1002/2F14651858.CD010558.pub2</p> <p>Cochrane Review</p>	<p>k = 6 Randomized controlled trials n = 698</p> <p>Inclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 18 to 74 years • Unipolar depression according to standardized diagnostic criteria (e.g. ICD-10) and no response to at least four weeks of drug treatment • Comorbid mental or physical illness as long as depression is the focus of treatment <p>Exclusion criteria:</p>		<p>Psychological therapy alone²</p> <p>Psychological therapy in addition to Treatment as Usual (antidepressants)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cognitive behavioral therapy (individual setting, 12-20 sessions) • Dialectical-behavioral therapy (group setting, 16 sessions) 	<p>Treatment as usual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antidepressants

	<ul style="list-style-type: none"> • Lack of response to medication due to intolerances • Comorbid schizophrenia, bipolar disorder 		<ul style="list-style-type: none"> • Interpersonal therapy (individual setting, 16 sessions) • Intensive short-term psychodynamic therapy (no information on setting and number of sessions) 	
<p>Laws, K. R.; Darlington, N.; Kondel, T. K.; McKenna, P. J.; Jauhar, S. <i>Cognitive Behavioral Therapy for schizophrenia - outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis</i> 2018 BMC Psychology Vol. 6 Chapter 32 DOI: 10.1186/s40359-018-0243-2</p> <p>Meta-analysis</p>	<p>k = 36 Randomized controlled trials¹ n = 1579 (for primary outcome)</p> <p>Inclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Majority of patients in individual studies with schizophrenia, schizoaffective or non-affective functional psychosis according to diagnostic criteria or clinical diagnosis 		<p>Cognitive behavioral therapy for psychosis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mostly individual setting • No information on number of sessions 	<p>Treatment as Usual</p> <p>active control group</p> <ul style="list-style-type: none"> • Befriending (supportive accompaniment by non-professionals) • Supportive contact • Cognitive remediation therapy • Psychoeducation • social activity therapy <p>Waiting list²</p>
<p>Li, J.-M.; Zhang, Y.; Su, W.-J.; Liu, L.-L.; Gong, H.; Peng, W.; Jiang, C.-L. <i>Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis</i> 2018 Psychiatry Research 268: 243-250 DOI: 10.1016/j.psychres.2018.07.020</p>	<p>k = 6 Randomized controlled trials¹ n = 847</p> <p>Inclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Over 18 years old • Treatment-resistant depression (lack of response to adequate 		<p>Cognitive behavioral therapy</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8-16 sessions • In one study via smartphone, otherwise assuming individual setting (not specified) 	<p>Treatment as Usual</p> <p>Psychoeducation²</p> <p>Change of medication²</p> <p>Health promotion program²</p>

Systematic review / meta-analysis	pharmacological treatment attempts)			
<p>McLaughlin, S. P. B.; Barkowski, S.; Burlingame, G. M.; Strauss, B.; Rosendahl, J. <i>Group psychotherapy for borderline personality disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials</i> 2019 American Psychological Association, Vol. 56, No. 2, 260 -273 DOI: 10.1037/pst0000211</p> <p>Meta-analysis</p>	<p>k = 24 Randomized controlled trials n = 1595</p> <p>Inclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • over 18 years old • Primary diagnosis of borderline personality disorder (comorbid disorders possible) 		<p>Group therapy as part of</p> <ul style="list-style-type: none"> • Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) • Acceptance and Commitment Therapy (ACT) • Mentalization-based psychotherapy (MBT) • Psychodynamic therapy² • Interpersonal therapy • Therapy to improve emotional intelligence² • Dialectical Behavioral Therapy (DBT) • Schema therapy • Pharmacotherapy² 	<p>Treatment as usual</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Case management² • 4-12 people per group • at least 5 sessions • 45-150 minutes / session • median 28 sessions 	
<p>Mehl, S.; Werner, D.; Lincoln, T. M. <i>Does Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis</i> 2015 Frontiers in Psychology Vol. 6, Article 1450 DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01450 resp.</p> <p>Mehl S.; Werner D.; Lincoln T. M. Corrigendum: Does Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis. Frontiers in Psychology. 2019 Aug 28;10:1868. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01868</p> <p>Meta-analysis</p>	<p>k = 19 Randomized controlled trials n = 1904</p> <p>Inclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At least 75% of patients with a psychotic disorder <p>Exclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comorbid substance abuse 		<p>Cognitive behavioral therapy for psychosis defined according to National Institute of Health and Clinical Excellence, 2014</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 to 29 sessions, average 14.8 • 4 to 39 weeks, average 19.9 • Accept individual setting (not specified) 	<p>Treatment as Usual</p> <p>Other psychological intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychoeducation • Supportive therapy / counseling • Family intervention • Social activity therapy • Attention Placebo (APC) • Problem-solving training • 10 to 25 sessions • 22 weeks on average
<p>Merz, J.; Schwarzer, G.; Gerger, H. <i>Comparative Efficacy and Acceptability of Pharmacological, Psychotherapeutic, and Combination</i></p>	<p>k = 12 Randomized controlled trials¹ n = 1009 (in meta-analyses)</p> <p>Inclusion criteria:</p>		<p>Psychotherapeutic treatment</p>	<p>Pharmacological treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sertraline

<p><i>Treatments in Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Network Meta-analysis</i> 2019 JAMA Psychiatry. 76(9):904-913. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0951</p> <p>Meta-analysis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adults with post-traumatic stress disorder 		<ul style="list-style-type: none"> • Cognitive behavioral therapy • Psychoeducation • Seeking Safety² • Eye Movement Desensitization and Processing Therapy (EMDR) • Exposure therapy <p>Combination of psychotherapy and pharmacological treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> • Combination of the above • Combination of psychotherapy and 3,4-methylenedioxymethamphetamine² • 5 to 24 weeks • 5 to 21 sessions • Assuming individual setting (not specified) 	<ul style="list-style-type: none"> • Paroxetine • Fluoxetine <p>Waiting list²</p> <p>Placebo²</p>
<p>Sonis, J.; Cook, J. M. <i>Medication versus trauma-focused psychotherapy for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis</i></p>	<p>k = 4 Randomized controlled trials¹ n = 560</p> <p>Inclusion criteria:</p>		<p>Trauma-focused psychotherapy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cognitive behavioral therapy 	<p>Selective serotonin reuptake inhibitors</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paroxetine • Fluoxetine

<p>2019</p> <p>Psychiatry Research 282 DOI: 10.1016/j.psychres.2019.112637</p> <p>Systematic review / meta-analysis</p>	<ul style="list-style-type: none"> Adults with post-traumatic stress disorder 		<ul style="list-style-type: none"> Psychoeducation Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Modal value 12 sessions (range 6-13) Individual setting And therapy + medication vs. therapy only vs. medication only 	<ul style="list-style-type: none"> Sertraline <p>Combination of psychoeducation and selective serotonin reuptake inhibitors²</p> <p>Placebo²</p>
<p>Thompson, C. T.; Vidgen, A.; Roberts, N. P. <i>Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis</i> 2018 Clinical Psychology Review 63: 66-79 DOI: 10.1016/j.cpr.2018.06.006</p> <p>Systematic review / meta-analysis</p>	<p>k = 16 Randomized controlled trials¹ n = 1048</p> <p>Inclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> Over 18 years At least 80% of patients in individual studies with post-traumatic stress disorder according to diagnostic criteria or scales At least 80% of patients in individual studies were asylum seekers or refugees at the time of study inclusion 		<p>Trauma-focused psychological interventions</p> <ul style="list-style-type: none"> Narrative exposure therapy (NET; 3-13 sessions) Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; 7-12 sessions) Cognitive behavioral therapy (12-20 sessions) Mostly individual setting 	<p>Active control group</p> <ul style="list-style-type: none"> Stabilization Stress inoculation training Supportive advice Psychoeducation Antidepressant medication Exposure therapy <p>Treatment as Usual²</p> <p>Waiting list²</p> <p>Minimal intervention²</p>

<p>Turner, D. T.; Burger, S.; Smit, F.; Valmaggia, L. R.; van der Gaag, M. <i>What Constitutes Sufficient Evidence for Case Formulation-Driven CBT for Psychosis? Cumulative Meta-analysis of the Effect on Hallucinations and Delusions</i> 2020 Schizophrenia Bulletin vol. 46 no. 5 pp. 1072-1085, 2020 DOI: 10.1093/schbul/sbaa045</p> <p>Meta-analysis</p>	<p>k = 35 Randomized controlled trials¹ n = 2407</p> <p>Inclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosis of schizophrenia, schizoaffective disorder, delusional disorder, brief psychotic disorder or psychosis not further defined <p>Exclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alcohol/substance abuse • High-risk patients 		<p>Cognitive behavioral therapy for psychosis</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 weeks to 9 months • 8-29 sessions • Mostly individual setting 	<p>Treatment as Usual</p> <p>Active control group</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supportive advice • Psychoeducation • Befriending² (supportive accompaniment by non-professionals) • Virtual Reality²
<p>van Bronswijk, S.; Moopen, N.; Beijers, L.; Ruhe, H. G.; Peeters, F. <i>Effectiveness of psychotherapy for treatment-resistant depression: a meta-analysis and meta-regression</i> 2019 Psychological Medicine , Volume 49 Issue 3 : 366 - 379 DOI: 10.1017/S003329171800199X</p> <p>Meta-analysis</p>	<p>k = 21 Randomized controlled trials n = 3539</p> <p>Inclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Over 18 years old • Majority of patients with treatment-resistant depression (lack of response to at least one adequate pharmacological treatment attempt) 		<p>Psychotherapy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cognitive behavioral therapy • Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) • Interpersonal therapy • Mindfulness-based cognitive therapy • 8-60 sessions • Individual or group setting 	<p>Treatment as Usual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antidepressants

			Combination of psychotherapy and Treatment as Usual Psychotherapy plus <ul style="list-style-type: none"> • Clinical management • Pharmacotherapy • Psychoeducation • Health promotion program 	
Wei, Y.; Chen, S. <i>Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials</i> 2021 American Psychological Association Vol. 13, No. 8: 877-884 DOI: 10.1037/tra0000922 Meta-analysis	k = 18 Randomized controlled trials ¹ n = 877 Inclusion criteria: <ul style="list-style-type: none"> • More than 80% of patients in individual studies with a diagnosis of post-traumatic stress disorder 	Average drop-out rate of all studies 14 %	Narrative exposure therapy (NET) <ul style="list-style-type: none"> • 6.4 weeks on average • 7.5 sessions on average • 97.5 minutes per session on average • Accept individual setting (not specified) 	Active control group <ul style="list-style-type: none"> • Emotional freedom technique • Stress inoculation training • Interpersonal psychotherapy • Treatment as Usual • Psychoeducation • Supportive advice Inactive control group <ul style="list-style-type: none"> • Waiting list

¹Number of randomized controlled trials in the review/meta-analysis. Fewer studies may have been included for each outcome; this is noted in the evidence tables.

²This comparison group was not included in the evidence table because either no meta-estimator was available and/or no primary outcome was reported for this comparison group and/or no effect estimate was reported separately for this control group.

Table 61: Information on evidence key question 2

Reference	Participants (number and characteristics)	Drop out rate	Intervention	Control
<p>Adu, M.K.; Shalaby R.; Eboeime, E.; Sapara A.; Lawal, M.A.; Chew, C.; Daubert, S.; Urichuck, L.; Surood, S.; Li, D.; Snaterse, M.; Mach, M.; Chue, P.; Greenshaw, A. J.; Agyapong, V. I. O</p> <p><i>Apparent Lack of Benefit of Combining Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation with Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for the Treatment of Resistant Depression: Patient-Centered Randomized Controlled Pilot Trial</i></p> <p>2023 Brain Sciences 13: 293 DOI: 10.3390/brainsci13020293</p> <p>Randomized controlled trial</p>	<p>n = 78</p> <p>Inclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Treatment-resistant depression (DSM-5) • more than two unsuccessful antidepressant treatments during the current episode • Hamilton Depression Rating Scale¹ (17-HAM-D) score of at least 10 • Fulfillment of the criteria to receive publicly funded treatment • 18-65 years old • Good knowledge of English • Computer and internet access • Informed consent to participation <p>Exclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neurological disorder • Personality disorder • Amnestic disorder, dementia, delirium • Participation in another clinical study in the 6 weeks before the screening appointment and/or during the study • Pregnant women/breastfeeding mothers 	<p>2 from 78</p>	<p>Combination treatment of transcranial magnetic stimulation and unaccompanied internet-based cognitive behavioral therapy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Internet-based cognitive behavioral therapy using the "MoodGYM" program • 12 one-hour sessions over 6 weeks • From home on the computer before rTMS • Reminders via text message 	<p>transcranial magnetic stimulation (rTMS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30 sessions of unilateral rTMS over 6 weeks • Individual setting • Following the rTMS protocol of the Alberta Health Services Strategic Clinical Network for Addiction and Mental Health • Patients were continuously monitored during treatment • Participation in at least 25 of 30 sessions was counted as complete treatment

	Intervention group: n = 39	Control group: n = 39			
<p>Hedman, E.; Axelsson, E.; Andersson, E.; Lekander, M.; Ljotsson, B. <i>Exposure-based cognitive-behavioural therapy via the internet and as bibliotherapy for somatic symptom disorder and illness anxiety disorder: randomized controlled trial</i> 2016 The British Journal of Psychiatry 209: 407-413. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.181396</p> <p>Randomized controlled trial</p>	<p>n = 132 (n = 127 post-treatment)</p> <p>Inclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primary diagnosis DSM-5 somatization disorder or illness anxiety disorder • At least 18 years old • Writing and reading skills in Swedish • No current or previous episode of bipolar disorder or psychosis • No substance abuse/addiction • If taking antidepressants: at a stable dose for at least 2 months, which can be maintained throughout the study • No severe depressive symptoms or suicidal intentions • No other treatment for the above-mentioned disorders and no completed cognitive behavioral therapy for the above-mentioned disorders in the past • No serious physical illness to which fear of illness would be a justified reaction 	<p>4% dropout at post-treatment time; After 6 months, 90% of the follow-up surveys were carried out (control group had no follow-up)</p>	<p>unaccompanied internet-based exposure-based cognitive behavioral therapy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duration 12 weeks • 12 text modules, each with homework until the following week • Focus on systematic exposure to disease anxiety-related situations, combined with prevention measures • No support from psychotherapists 	<p>inactive control group</p> <ul style="list-style-type: none"> • No treatment <p>supported internet-based exposure-based cognitive behavioral therapy</p> <p>Same as intervention group, but additional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contact with therapist in the form of e-mails/SMS • Weekly progress report with feedback from psychotherapists <p>Bibliotherapy without therapist contact</p> <ul style="list-style-type: none"> • Content, but modules are not made available via the Internet, but as books. • Without support from psychotherapists 	

<p>Rodante, D. E.; Kaplan, M. I.; Fedi, R. O.; Gagliesi, P.; Pascali, A.; José Quintero, P. S.; Compte, E. J.; Perez, A. I.; Weinstein, M.; Chiapella, L. C.; Daray, F. M.</p> <p><i>CALMA, a Mobile Health Application, as an Accessory to Therapy for Reduction of Suicidal and Non-Suicidal Self-Injured Behaviors: A Pilot Cluster Randomized Controlled Trial</i></p> <p>2020 Archives of Suicide Research: 801-818 DOI: 10.1080/13811118.2020.1834476</p> <p>Cluster-randomized controlled trial</p>	<p>n = 21 (in analysis 18)</p> <p>Inclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Between 18 and 65 years old • Participation in a FORO Foundation's DBT skills training group for at least 1 month before the start of the study • Smartphone ownership • One month prior to evaluation at least one of the following symptoms: suicidal thoughts, suicide plan, suicide attempt, suicidal act or self-harming behavior • Informed consent to participation <p>Exclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lack of intention to continue the DBT skills training group for at least 1 month after the start of the study • Psychotic symptoms • Lack of understanding of course content 		<p>Intervention group:</p> <p>2 from 11 dropout</p> <p>Control group:</p> <p>1 from 10 dropout</p>	<p>Dialectical behavioral therapy + CALMA app</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 weeks • CALMA app with various modalities, including based on "Inventory of Reasons to Live"¹² <p>+ weekly DBT skills training</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pharmacotherapy and family interventions if necessary 	<p>Dialectical behavioral therapy</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 weeks • Weekly DBT skills training • Group setting with 8-10 people, 2.5 hours long • If necessary, pharmacotherapy and family interventions
	<p>Intervention group: n = 11 (n = 9 in analysis)</p>	<p>Control group: n = 10 (n = 9 in analysis)</p>			

¹Hamilton, M. A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 1960, 23, 56

²Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The reasons for living inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 276-286. doi:10.1037//0022-006x.51.2.276

Table 62: Information on evidence key question 3

Reference	Participants (number and characteristics)	Drop out rate	Intervention	Control		
<p>Müller, H.; Haag, I.; Jessen, F.; Kim, E. H.; Klaus, J.; Konkol, C.; Bechdorf, A. <i>Cognitive behavioral therapy and assertive community treatment reduce the number of inpatient days and extend the time to hospitalization for severe psychotic disorders</i> 2016 Advances in Neurology Psychiatry 84: 76-82 DOI: 10.1055/s-0042-102055</p> <p>Quasi-experimental longitudinal study</p>	<p>n = 26</p> <p>Inclusion criteria</p> <ul style="list-style-type: none"> Multiple inpatient stays with severe course with F1, F2 or F3 diagnoses (ICD-10) Course of illness characterized by psychotic symptoms <p>Exclusion criteria</p> <ul style="list-style-type: none"> Lack of consent Lack of severity of the disease 		<p>Integrated care</p> <ul style="list-style-type: none"> multi-professional team Intensive support Multimodal: inclusion of relationship motives, socio-therapy and pharmacotherapy Outreach (components of assertive community treatment) 	<p>Standard supply</p> <ul style="list-style-type: none"> Complex psychiatric treatment in an inpatient setting or in the outpatient clinic of the Department of Psychiatry and Psychotherapy 		
	<table border="1"> <tr> <td>Intervention group: n=13 - n=1 F1 Diagnosis - n=12 F2 Diagnosis</td> <td>Control group: n=13 - n=2 F1 Diagnosis - n=11 F2 Diagnosis</td> </tr> </table>	Intervention group: n=13 - n=1 F1 Diagnosis - n=12 F2 Diagnosis	Control group: n=13 - n=2 F1 Diagnosis - n=11 F2 Diagnosis			
Intervention group: n=13 - n=1 F1 Diagnosis - n=12 F2 Diagnosis	Control group: n=13 - n=2 F1 Diagnosis - n=11 F2 Diagnosis					

Table 63: Information on evidence key question 4

Reference	Participants (number and characteristics)	Drop out rate	Intervention	Control		
<p>Dehn, L. B.; Beblo, T.; Richter, D.; Wienberg, G.; Kremer, G.; Steinhardt, I.; Driessen, M. <i>Effectiveness of supported housing versus residential care in severe mental illness: a multicenter, quasi-experimental study</i> 2022 Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 57:927-937 DOI: 10.1007/s00127-021-02214-6</p> <p>prospective cohort study</p>	<p>n = 257 (t1), n=210 (intention to treat sample), n=124 (propensity score matched intention to treat sample used for evaluation)</p> <p>Inclusion criteria</p> <ul style="list-style-type: none"> • 18-69 years • Serious mental illness diagnosed by a psychiatrist • Illness lasts longer than 2 years • Illness entitles to assisted living in accordance with Sozialgesetzbuch IX <p>Exclusion criteria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insufficient language skills • Severe somatic comorbidity 	<p>n = 257 on t1</p> <p>Intention to treat sample t3 = n=165 people who were assigned the type of housing for two years (=per protocol sample) + n=45 people who received the form of housing assigned to them for at least 1 year</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervention group 20% loss to follow up (n=104 t1, n=83 at t3 intention to treat), • Control group 17% loss to follow up (n=153 t1, n=127 t3) 	<p>Residential Care</p> <p>according to STAX-SA¹ Type 1 and 2 (community setting, permanent care, high level of support)</p>	<p>Supported Housing</p> <p>according to STAX-SA¹ Type 4 (own apartment, no permanent care)</p>		
	<table border="1"> <tr> <td> Intervention group n=83 - 41% F1 Diagnosis - 35% F2 Diagnosis </td> <td> Control group n= 127 - 16% F1 Diagnosis - 13% F3 Diagnosis </td> </tr> </table>	Intervention group n=83 - 41% F1 Diagnosis - 35% F2 Diagnosis	Control group n= 127 - 16% F1 Diagnosis - 13% F3 Diagnosis			
Intervention group n=83 - 41% F1 Diagnosis - 35% F2 Diagnosis	Control group n= 127 - 16% F1 Diagnosis - 13% F3 Diagnosis					

	- 8% F3 Diagnosis - 6% F4 Diagnosis - 10% other diagnosis	- 32% F3 Diagnosis - 13% F4 Diagnosis - 26% other diagnosis	intention to treat)		
Dehn, L.B.; Beblo, T.; Wienberg, G.; Driessen, M.; Steinhart, I. <i>How effective is housing support? A comparison of support services in one's own form of housing and those in a special form of housing</i> 2021 Notch 4:24-26 Prospective cohort study	n=257, n=165 (per protocol sample), n=102 (propensity score matched per protocol sample used for evaluation) Inclusion criteria: <ul style="list-style-type: none"> • 18-69 years • Diagnosis of a serious mental illness Exclusion criteria: <ul style="list-style-type: none"> • Serious physical illness • Relevant intellectual disability • Insufficient knowledge of the German language 	n = 257 at t1, after 2 years still n=165 (per protocol sample) <ul style="list-style-type: none"> • Intervention group 41% Loss to follow up (n=104 t1, n=61 t3 per protocol) • Control group 32% Loss to follow up (n=257 t1, n=104 at t3 per protocol) 	Special form of housing <ul style="list-style-type: none"> • Stationary • Living in communal housing 	Support in your own home <ul style="list-style-type: none"> • Outpatient • Living in your own apartment 	

	<p>Intervention group:</p> <p>n=51</p> <ul style="list-style-type: none"> - 39% F10-19 Diagnosis - 29% F20-29 Diagnosis - 10% F30-39 Diagnosis - 8% F40-48 Diagnosis - 12% F60-69 Diagnosis - 2% other diagnosis 	<p>Control group:</p> <p>n=51</p> <ul style="list-style-type: none"> - 29% F10-19 Diagnosis - 25% F20-29 Diagnosis - 20% F30-39 Diagnosis - 10% F40-48 Diagnosis - 12% F60-69 Diagnosis - 4% other diagnosis 			
--	--	--	--	--	--

¹ Simple taxonomy for supported accommodation according to McPherson P, Krotofil J, Killaspy H (2018) What works? Toward a new classification system for mental health supported accommodation services: the simple taxonomy for supported accommodation (STAX-SA). Int J Environ Res Public Health 15:190

Table 64: Information on evidence key question 5

Reference	Participants (number and characteristics)	Drop out rate	Intervention	Control
<p>Dieterich, M.; Irving, C. B.; Bergman, H.; Khokhar, M. A.; Park, B.; Marshall, M.</p> <p><i>Intensive case management for severe mental illness</i> 2017 Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 1. Art. No.: CD007906 DOI: 10.1002/2F14651858.CD007906.pu b3</p> <p>Cochrane Review</p>	<p>k = 40 RCTs n = 7524</p> <p>Inclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosis of "severe mental illness" according to the National Institute of Mental Health (1987)¹ or diagnosis of schizophrenia, schizophrenia-like illness, bipolar disorder, depression with psychotic symptoms and/or personality disorder • Between 18-65 years • Outpatient treatment <p>Exclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dementia • Mental disabilities • Acute illness 		<p>Intensive case management</p> <p>Defined as care based on one of the following three models with ≤20 people to be supported per case manager</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assertive community treatment model according to Stein (1980)² • Assertive outreach model according to Witheridge (1982)³ / (1991)⁴, McGrew (1995)⁵ • Case management model according to Intagliata (1982)⁶ 	<p>Non-intensive case management</p> <p>Model-based like intervention group, but with more than 20 people to be supported per case manager</p> <p>or</p> <p>Treatment as usual</p> <p>Supply without underlying model</p>

<p>Lim, C. T.; Caan, M. P.; Kim, C. H.; Chow, C. M.; Leff, H. S.; Tepper, M. C.</p> <p><i>Care Management for Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis</i></p> <p>2022</p> <p>Psychiatric Services 73:2</p> <p>DOI: 10.1176/appi.ps.202000473</p> <p>Systematic review/meta-analysis</p>	<p>k = 12 RCTs in meta-analysis n = 3960</p> <p>Inclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> At least 50% of patients with a diagnosis of "severe mental illness" (illnesses from the schizophrenia spectrum or bipolar disorder) 		<p>Care Management</p> <p>Standard outpatient treatment plus</p> <ul style="list-style-type: none"> Planning and coordination of treatment by one person Separate treatments (no multidisciplinary team) 	<p>Standard Outpatient Care</p> <p>Standard outpatient treatment without treatment coordination</p>
---	---	--	---	--

¹ National Institute of Mental Health. Towards a Model for a Comprehensive, Community-Based Mental Health System. Washington, DC: NIMH, 1987.

² Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Archives of General Psychiatry 1980;37(4):392-7.

³ Witheridge TF, Dincin J, Appleby L. Working with the most frequent recidivists: a total team approach to assertive resource management. Psychosocial Rehabilitation Journal 1982;5:9-11.

⁴ Witheridge TF. The "active ingredients" of assertive outreach. In: Cohen NL editor(s). Psychiatric Outreach to the Mentally Ill (New Directions for Mental Health Services, No. 52). San Francisco: Jossey-Bass, 1991:47-64.

⁵ McGrew JH, Bond GR. Critical ingredients of assertive community treatment: judgements of the experts. Journal of Mental Health Administration 1995;22:113-25.

⁶ Intagliata J. Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management. Schizophrenia Bulletin 1982;8:655-74.

Table 65: Information on evidence key question 9

Reference	Participants (number and characteristics)	Drop out rate	Intervention / Exposure	Control
<p>Bourke et al. <i>Systematic review and meta-analysis of therapeutic alliance, engagement, and outcome in psychological therapies for psychosis</i> 2021 Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice 94, 822-853 DOI: 10.1111/papt.12330</p> <p>Systematic review / meta-analysis</p>	<p>k = 13 studies for the MA (there are 24 studies in the SR) n = 984 patients</p> <p>Inclusion criteria: Patients with psychoses in psychotherapy</p>	not applicable	Alliance	none Exposure is considered continuously
<p>Browne et al. <i>The alliance-outcome relationship in individual psychosocial treatment for schizophrenia and early psychosis: A meta-analysis</i> 2021 Schizophr Res 231, 154-163 DOI: 10.1016/j.schres.2021.04.002</p> <p>Systematic review / meta-analysis</p>	<p>k = 14 studies n = 2,968 patients</p> <p>Inclusion criteria: - P: Patients with schizophrenia spectrum disorder and early psychoses in individual treatment - O: Commitment to treatment, adherence to medication, function, symptoms (total, positive, negative, depressive)</p>	not applicable	Alliance	none Exposure is considered continuously
<p>Constantino et al. <i>A meta-analysis of the association between patients' early treatment outcome expectation and their posttreatment outcomes</i> 2018 Psychotherapy 55, 473-485 DOI: 10.1037/pst0000169</p>	<p>k = 81 samples n = 12,722 patients</p> <p>Inclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clinical sample • At least 3 sessions of psychotherapy with a psychotherapist • Outcome expectations set by the patient themselves 	not applicable	Early expectations of the treatment outcome ("re-moralization")	none Exposure is considered continuously

<p>Elliott et al. <i>Therapist Empathy and Client Outcome: An Updated Meta-Analysis</i> 2018 Psychotherapy 55, 399-410 DOI: 10.1037/pst0000175</p> <p>Systematic review / meta-analysis</p>	<p>k = 82 samples n = 6,138 patients</p> <p>Inclusion criteria: Patients in psychotherapy</p>	not applicable	Empathy of the therapist	none Exposure is considered continuously
<p>Eubanks et al. <i>Alliance Rupture Repair: A Meta-Analysis</i> 2018 Psychotherapy 55, 508-519 DOI: 10.1037/pst0000185</p> <p>Systematic review / meta-analysis</p>	<p>k = 11 samples n = 1,314 patients</p> <p>Inclusion criteria: Patients in psychotherapy or counseling</p>	not applicable	Repair of relationship ruptures (Alliance Rupture Repair)	Active control group <ul style="list-style-type: none"> - Resolution - No repair - Unrepaired fractures
<p>Farber et al. <i>Positive Regard and Psychotherapy Outcome: A Meta-Analytic Review</i> 2018 Psychotherapy 55, 411-423 DOI: 10.1037/pst0000171</p> <p>Systematic review / meta-analysis</p>	<p>k = 64 studies n = 3,528 patients</p> <p>Inclusion criteria: Patients in psychotherapy</p>	not applicable	Positive appreciation	none Exposure is considered continuously

<p>Flückinger et al. <i>The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis</i> 2018 Psychotherapy 55, 316-340 DOI: 10.1037/pst0000172</p> <p>Systematic review / meta-analysis</p>	<p>k = 295 samples (of k=100 RCTs and k=195 observational studies) n ≈ 30,000 patients</p> <p>Inclusion criteria: Patients in psychotherapy</p>	<p>not applicable</p>	<p>Alliance</p>	<p>none Exposure is considered continuously</p>
<p>Gelso et al. <i>The Real Relationship and Its Role in Psychotherapy Outcome: A Meta-Analysis</i> 2018 Psychotherapy 55, 434-444 DOI: 10.1037/pst0000183</p> <p>Systematic review / meta-analysis</p>	<p>k = 16 studies n = 1,502 patients</p> <p>Inclusion criteria: Patients in psychotherapy</p>	<p>not applicable</p>	<p>Real relationship</p>	<p>none Exposure is considered continuously</p>
<p>Haw et al. <i>A systematic review and meta-ethnography to explore people's experiences of psychotherapy for self-harm</i> 2023 Br J Clin Psychol 62, 392-410 DOI: 10.1111/bjc.12414</p> <p>Systematic review / meta-analysis</p>	<p>k = 10 studies n = 104 patients</p> <p>Inclusion criteria: Patients in individual psychotherapy due to self-harm</p>	<p>not applicable</p>	<p>Patient experiences with psychotherapy</p>	<p>none Topic analysis based on qualitative data</p>

<p>Hayes, et al. <i>Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings</i> 2018 Psychotherapy 55, 496-507 DOI: 10.1037/pst0000189</p> <p>Systematic review / meta-analysis</p>	<p>k = 36 studies n = 2,890 persons</p> <p>Inclusion criteria: Patients in psychotherapy, therapists, supervisors</p> <p>→ 3 Meta-analyses: k = 14 studies n = 973 persons</p> <p>k = 13 studies n = 1,065 persons</p> <p>k = 9 studies → these are relevant for the LL n = 392 persons</p>	<p>not applicable</p>	<p>Countertransference (CT) Three meta-analyses were calculated: 1. IVT reactions related to treatment outcome 2. management of the EI in relation to EI reactions 3. management of the GÜ in relation to therapy outcome</p>	<p>none Exposure is considered continuously</p>
<p>Hill et al. <i>Therapist Self-Disclosure and Immediacy: A Qualitative Meta-Analysis</i> 2018 Psychotherapy 55, 445-460 DOI: 10.1037/pst0000182</p> <p>Systematic review / meta-analysis</p>	<p>k = 21 studies n = 184 patients</p> <p>Inclusion criteria: Patients in psychotherapy</p>	<p>not applicable</p>	<p>Self-opening and immediacy</p>	<p>none Process analysis based on qualitative data</p>
<p>Howard et al. <i>Therapeutic alliance in psychological therapy for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis</i> 2022 Clin Psychol Psychother 29, 373-399 DOI: 10.1002/cpp.2642</p> <p>Systematic review / meta-analysis</p>	<p>k = 12 studies n = 691 patients</p> <p>Inclusion criteria: Patients undergoing psychotherapy for PTSD or related trauma symptoms</p>	<p>not applicable</p>	<p>Alliance</p>	<p>none Exposure is considered continuously</p>
<p>Krivzov et al. <i>Interpersonal Dynamics and Therapeutic Relationship in Patients With Functional Somatic Syndromes: A Metasynthesis of Case Studies</i> 2021</p>	<p>k = 22 case studies n = 23 patients</p> <p>Inclusion criteria: Patients with functional somatic syndromes</p>	<p>not applicable</p>	<p>Interpersonal dynamics</p>	<p>none Topic analysis based on qualitative data</p>

Journal of Counseling Psychology 68, 593-607 DOI: 10.1037/cou0000529 Systematic review / meta-analysis				
Loughlin et al. <i>Service users' and carers' experiences of engaging with early intervention services: A meta-synthesis review</i> 2020 Early Interv Psychiatry 14, 26-36 DOI: 10.1111/eip.12803 Systematic review / meta-analysis	k = 14 studies n = 340 persons Inclusion criteria: Patients with schizophrenia, psychosis or bipolar disorder and their relatives	not applicable	Experiences of patients and relatives with early intervention services	none Topic analysis based on qualitative data
Stovell et al. <i>Shared treatment decision-making and empowerment-related outcomes in psychosis: systematic review and meta-analysis</i> 2016 The British Journal of Psychiatry 209: 23-28 DOI: 10.1192/bjp.bp.114.158931 Systematic review / meta-analysis	k = 11 RCTs n = 1261 patients Inclusion criteria: <ul style="list-style-type: none"> • P: ≥ 50% of all study participants in the original studies have schizophrenia spectrum disorder • O: treatment-related empowerment and coercive treatment (primary); ability to make treatment decisions, quality of the therapeutic relationship (secondary) 	not applicable	Measures to strengthen participatory decision-making <ul style="list-style-type: none"> • Shared decision making in relation to current or future treatments • Individual or group setting • Direct contact between patient and clinician 	Active control group <ul style="list-style-type: none"> • Treatment as Usual • Non-specified control treatment
Troup et al. <i>Clinician perspectives on what constitutes good practice in community services for people with complex emotional needs: A qualitative thematic meta-synthesis</i>	k = 27 samples n = 550 therapists Inclusion criteria: Therapists for people with complex emotional needs (People with	not applicable	Therapists' perspective on what constitutes "good care practice"	none Topic analysis based on qualitative data

<p>2022 PLoS One 17, e0267787 DOI: 10.1371/journal.pone.0267787</p> <p>Systematic review / meta-analysis</p>	<p>Complex Emotional Needs, CEN)¹</p>			
<p>Tryon et al. <i>Meta-Analyses of the Relation of Goal Consensus and Collaboration to Psychotherapy Outcome</i> 2018 Psychotherapy 55, 372-383 DOI: 10.1037/pst0000170</p> <p>Systematic review / meta-analysis</p>	<p>k = 84 studies n = 7,278 patients regarding goal consensus and treatment outcome n = 5,286 patients regarding cooperation and therapy outcome</p> <p>Inclusion criteria: Patients in psychotherapy</p>	<p>not applicable</p>	<p>Target consensus and cooperation</p>	<p>none Exposure is considered continuously</p>

¹ The authors opted for this terminology because they consider the term "personality disorder" to be potentially stigmatizing and demotivating. However, the meta-analysis mainly included studies that used the term "personality disorder" themselves (mostly "borderline personality disorder").

Table 66: Information on evidence key question 11

Reference	Included concepts (Number and characteristics of participants not applicable)	Included diagnostic methods (Drop-out not applicable)	Included quality criteria (Intervention not applicable)	(Control not applicable)
<p>Birkhölzer, M.; Schmeck, K.; Goth, K. <i>Assessment of Criterion A</i> 2021 Current Opinion in Psychology 37: 98-103 DOI: 10.1016/j.cop syc.2020.09.009</p> <p>Narrative Review</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concept according to the Level of Personality Functioning Scale (Criterion A of the DSM-5 AMPD) 	<ul style="list-style-type: none"> • Self-reports • Clinical interviews/ expert ratings 	<ul style="list-style-type: none"> • Reliability • Validity • Clinical usefulness 	
<p>Haslam, N.; McGrath, M. J.; Viechtbauer, W.; Kuppens, P. <i>Dimensions over categories: a meta-analysis of taxometric research</i> 2020 Psychological Medicine 50(9): 1418-1432 DOI: 10.1017/s003329172000183x</p> <p>Meta-analysis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Personality disorders • Personality traits • Other (without direct relevance) 	<ul style="list-style-type: none"> • Self-reports • Clinical interviews/ expert ratings 	<ul style="list-style-type: none"> • Validity 	
<p>Hörz-Sagstetter, S.; Ohse, L.; Kampe, L.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concept according to the Level of Personality 	<ul style="list-style-type: none"> • Self-reports 	<ul style="list-style-type: none"> • Reliability • Validity 	

<p><i>Three Dimensional Approaches to Personality Disorders: a Review on Personality Functioning, Personality Structure, and Personality Organization</i> 2021 Current Psychiatry Reports 23: 45 DOI: 10.1007/s11920-021-01250-y</p> <p>Narrative Review</p>	<p>Functioning Scale (Criterion A of the DSM-5 AMPD)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personality organization • Personality structure 	<ul style="list-style-type: none"> • Clinical interviews/ expert ratings 	<ul style="list-style-type: none"> • Clinical usefulness 	
<p>Markon, K. E.; Chmielewski, M.; Miller, C. J. <i>The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: A quantitative review</i> 2011 Psychological Bulletin 137(5): 856-879 DOI: 10.1037/a0023678</p> <p>Meta-analysis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Personality disorders • Other (without direct relevance) 	<ul style="list-style-type: none"> • Self-reports • Clinical interviews/ expert ratings 	<ul style="list-style-type: none"> • Reliability • Validity 	
<p>Morey, L. C.; McCredie, M. N.; Bender, D. S.; Skodol, A. E.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concept according to the Level of Personality 	<ul style="list-style-type: none"> • Self-reports 	<ul style="list-style-type: none"> • Reliability • Validity 	

<p><i>Criterion A: Level of personality functioning in the alternative DSM-5 model for personality disorders</i> 2022 Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment 13(4): 305-315. DOI: 10.1037/per0000551</p> <p>Narrative review</p>	<p>Functioning Scale (Criterion A of the DSM-5 AMPD)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clinical interviews/ expert ratings 	<ul style="list-style-type: none"> • Clinical usefulness 	
<p>Sharp, C.; Wall, K. <i>DSM-5 level of personality functioning: refocusing personality disorder on what it means to be human</i> 2021 Annual Review of Clinical Psychology 17(1): 313-337 DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-105402</p> <p>Narrative Review</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concept according to the Level of Personality Functioning Scale (Criterion A of the DSM-5 AMPD) 	<ul style="list-style-type: none"> • Self-reports • Clinical interviews/ expert ratings 	<ul style="list-style-type: none"> • Reliability • Validity 	
<p>Weekers, L. C.; Hutsebaut, J.; Rovers, J. M. C.; Kamphuis, J. H.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concept according to the Level of Personality 	<ul style="list-style-type: none"> • Clinical interviews/ expert ratings 	<ul style="list-style-type: none"> • Clinical usefulness 	

<p><i>Head-to-head comparison of the alternative model for personality disorders and Section II personality disorder model in terms of predicting patient outcomes 1 year later</i> 2023 Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. Advance online publication. DOI: 10.1037/per0000637</p> <p>Individual study</p>	<p>Functioning Scale (Criterion A of the DSM-5 AMPD)</p>			
<p>Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. <i>Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.</i> 2024 DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr.</p> <p>Individual study</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concept according to the Level of Personality Functioning Scale (Criterion A of the DSM-5 AMPD) 	<ul style="list-style-type: none"> • Expert ratings 	<ul style="list-style-type: none"> • Clinical usefulness 	

<p>Young, S.; Beazley, P. Interrater reliability of criterion A of the alternative model for personality disorder (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fifth Edition-Section III): A meta-analysis 2023 Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment 14(6): 613-624. DOI: 10.1037/per0000631</p> <p>Meta-analysis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concept according to the Level of Personality Functioning Scale (Criterion A of the DSM-5 AMPD) 	<ul style="list-style-type: none"> • Clinical interviews 	<ul style="list-style-type: none"> • Reliability 	
<p>Zimmermann, J.; Hopwood, C. J.; Krueger, R. F. The DSM-5 level of personality functioning scale. 2023 In R. F. Krueger & P. H. Blaney (Eds.), Oxford Textbook of Psychopathology (4th ed., pp. 579-603). Oxford University Press. DOI: 10.1093/med-psych/9780197542521.003.0025</p> <p>Narrative review incl. meta-analysis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concept according to the Level of Personality Functioning Scale (Criterion A of the DSM-5 AMPD) 	<ul style="list-style-type: none"> • Self-reports • Clinical interviews/ expert ratings 	<ul style="list-style-type: none"> • Reliability • Validity • Clinical usefulness 	

Table 67: Comments Consultation phase

Chapter/Page	Draft text of the guideline	Proposed amendment	Justification (with references)	Statement of guideline coordination
Note Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie				
<p>4.3.1.2.3 Other psychosocial therapies Artistic therapies Page 127 - 129</p>	<p>In the course of a search, no RCTs, systematic reviews or meta-analyses could be found in which the effectiveness of artistic therapies for patients with SBPF in outpatient care was investigated (page 129)</p>	<p>Please add current studies on artistic therapies. The target group can also be transferred to patients with severe impairment of personality functioning: In the review by Haeyen, S. & Dimaggio, G. (2024), RCTs (page 3) were found on the effectiveness of artistic therapies on emotional experience, emotion and behavior regulation and the reduction of aggression in patients with</p>	<p>Haeyen, S. & Dimaggio, G. (2024) Arts and psychomotor therapies in the treatment of personality disorders. - Journal of Clinical Psychology. Early View https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.23693?af=R RCTs Haeyen, S., van Hooren, S., van der Veld, W. M., & Hutschemaekers, G. (2018a). Efficacy of art therapy in individuals with personality disorders cluster B/C: A randomized controlled trial. Journal of Personality Disorders, 32(4), 527-542. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_312 Haeyen, S., van Hooren, S., van der Veld, W. M., & Hutschemaekers, G. (2018b). Promoting mental health versus reducing mental illness in art therapy with patients with personality disorders: A quantitative study. The Arts in Psychotherapy, 58, 11-16. https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.12.009 van den Broek, E., Keulen-de Vos, M., & Bernstein, D. P. (2011). Arts therapies and schema focused therapy: A pilot</p>	<p>After a thorough examination, the studies were accepted.</p>

Chapter/Page	Draft text of the guideline	Proposed amendment	Justification (with references)	Statement of guideline coordination
		personality disorders.	study. <i>The Arts in Psychotherapy</i> , 38(5), 325-332. https://doi.org/10.1016/j.aip.2011.09.005	
		In the review Haeyen, S. (2022), under recommendations for practice, reference was made to the benefits and effects of artistic therapies in the outpatient sector (page 10).	Haeyen, S. (2022). Effects of Arts and Psychomotor Therapies in Personality Disorders. Developing a Treatment Guideline Based on a Systematic Review Using GRADE. - <i>Frontiers in Psychiatry</i> , 13, Article 878866. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35782411/	After a thorough examination, the studies were accepted.
		In a quantitative survey conducted over a period of 3 months (N= 539), the benefits and effects of artistic therapies were examined in patients with various personality disorders (page 3).	Haeyen, S. et al. (2020): Benefits of Art Therapy in People Diagnosed With Personality Disorders: A Quantitative Survey. - <i>Front Psychol</i> , 11: 686 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7174707/	After a thorough examination, the studies were accepted.
Note 1 Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie				

Chapter/Page	Draft text of the guideline	Proposed amendment	Justification (with references)	Statement of guideline coordination
s. 28	<p>Case study Ms. A.</p> <p>...Ms. A. is of average height, slim and tends to eroticize. In the diagnostic interviews in the university outpatient clinic, she triggers strong erotic countertransference in the male interviewer, while the female interviewer tends to reject and devalue her.</p>	<p>Please delete these sentences without replacement!</p>	<p>The eroticizing effect has nothing to do with the severity of personality functioning, but is a subjective assessment by the diagnostician. This is inappropriate and superfluous here.</p>	<p>The point of a case example is not just to list the diagnostic criteria or symptoms once again - these can be found in Table 5 of the long version. A case example should describe possible or typical contexts (life history, life situation, internal and external, etc.) "by way of example" so that a vivid picture of possible manifestations emerges. In the case of Ms. A, this includes her tendency to compensate for self-esteem deficits by (possibly unconsciously) trying to get others to desire her sexually - a not uncommon form of compensation in patients with severe impairment of personality functioning. To illustrate this aspect, the interviewer's experience was also named and, in contrast, the interviewer's experience - such dichotomous reactions of teams or other groups to patients with severe impairment of personality functioning are quite typical. We therefore do not wish to comply with the commentators' request for a "neutral" case presentation</p>

Chapter/Page	Draft text of the guideline	Proposed amendment	Justification (with references)	Statement of guideline coordination
				without statements about the team's reactions, as it is precisely a characteristic of patients with severe impairment of personality functioning that they sometimes trigger intense reactions in their social environment. Sexual or erotic thoughts and behaviours are not specific to the procedure and should be recognized and named if they play such an important role in the treatment as in Ms. A.'s case.
Note 2 Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie				
8	9. do patients with severe impairment of personality functioning who have a regular reference mental health care professional have a better outcome than those who do not? than those who don't have one?	Bad German	The proposed amendment has been adopted in the text.
28	Case study Ms. A	The case study should be revised.	If applicable, the authors of the case study should be named. The case of Ms. A should be placed at the end of	see statement in note 1

Chapter/Page	Draft text of the guideline	Proposed amendment	Justification (with references)	Statement of guideline coordination
		<p>The presentation should have a purely descriptive, non-judgmental character.</p> <p>E.g. "Mrs. A. is of average height, slim and tends to eroticize."</p> <p>"...it triggers intense erotic counter-transference in the male interviewer, but rather rejection and devaluation in the female interviewer."</p>	<p>the cases (as it will certainly lead to very controversial reactions and appears to be the least well thought out).</p> <p>Gender-specific clichés and (hopefully) outdated role stereotypes should have no place in the guideline.</p> <p>Here the description of the person (tall, slim) is inappropriately linked with an interpretation by the treating person (what is the basis for the interpretation "tending to eroticize"? This is not a description of the patient's symptoms)</p> <p>This statement is characterized by a one-sided theoretical approach. Statements are made about the treatment team rather than the patient. The case descriptions should be formulated in a "neutral" way, i.e. across all schools of therapy.</p> <p>Isn't the symptom complex "suicidal thoughts" more important than the erotic countertransference of the male team members?</p> <p>For the other case examples, please add when the case example from the literature ends and the guideline authors' interpretation of the type of SBPF begins. (Mark quotations with "", as well as changes by the authors)</p>	

Chapter/Page	Draft text of the guideline	Proposed amendment	Justification (with references)	Statement of guideline coordination
38 Fig 1	"Good Clinical	"Good clinical practice"	incomplete	Corrected
44	Against this background, maladaptive trait characteristics can be explained, for example, as a consequence of a lack of ability (a person tends to be uncaring because their ability to empathize is impaired. See e.g. Sharp and Wall 2021; Zimmermann 2022). Trait characteristics show a relatively high genetic load		Is that logically correct? If trait characteristics have a high genetic component, aren't the missing abilities more likely to be the result?	The sentence with the high genetic load was accidentally still in the text (from a previous version) and should actually have been deleted already. This has been corrected accordingly.
55	Firstly, patients with personality disorders want a long-term perspective for treatments that	Firstly, patients with personality disorders want a long-term perspective for treatments that	Grammar Analogous to "Second, that..."	Adjusted in the text

Chapter/Page	Draft text of the guideline	Proposed amendment	Justification (with references)	Statement of guideline coordination
	usually last several years.	usually last several years.		
57	Instruments based on the newer severity concept of personality disorders from the 11th edition of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11, WHO 2022) are not included in this review.		Add justification	<p>Most self-assessment instruments are based on a preliminary version of the model or are not based exactly on the concept of Personality functioning (see e.g. Olajide, Munjiza, Moran et al., 2017: Development and Psychometric Properties of the Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder (SASPD), Journal of Personality Disorders, doi: 10.1521/pedi_2017_31_285, or Kim, Blashfield, Tyrer, Hwang, Lee 2013, Field trial of a putative research algorithm for diagnosing ICD-11 personality disorders in psychiatric patients: 1. Severity of personality disturbance, Personality and Mental Health, doi: https://doi.org/10.1002/pmh.1248).</p> <p>The only instrument available in 2023 that reflects the severity in accordance with the model was PDS-ICD-11, and to the best of our knowledge there were</p>

Chapter/Page	Draft text of the guideline	Proposed amendment	Justification (with references)	Statement of guideline coordination
				2023 only 2 studies.
105/106	Self-disclosure	Self-revelation	Is self-disclosure really the best translation of self-disclosure?	After another internal discussion, "self-opening" was accepted as the best translation.

Table 68: Summary of declarations of conflicts of interest

Table for declaring interests and dealing with conflicts of interest

The declarations of interest are summarized below in table form, together with the results of the conflict of interest assessment and the measures that were decided by the LL Group following discussion of the issues and implemented at the consensus conference.

Guideline coordination: Prof. Dr. Cord Benecke

Guideline: LL-SBPF

Registration number: 134-001

	Activity as a consultant and/or expert	Participation in a scientific advisory board	Paid lecture or training activity	Paid authorship or co-authorship	Research projects/ conducting clinical studies	Ownership interests (patent, copyright, share ownership)	Indirect interests	Guideline topics affected by COI, Classification with regard to relevance, Consequence
Prof. Dr. Benecke, Cord	Yes	No	Yes	Yes	Yes	No	Yes, among others Member: DPG, DGPT	no topic (none), none
Daszkowski, Jurand	No	No	Yes	No	No	No	Member: Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.	no topic (none), none
Dr. Dillo, Wolfgang	No	No	No	No	No	No	Member: Systemische Gesellschaft/ Board Treasurer	Systemic therapies are probably "preferred" by him, but since we are not comparing the therapy methods, I do not see this as problematic. (low), limitation of management function (no withdrawal of voting rights as no comparison of procedures)
Dr. med. Dulz, Birger	No	No	Yes	No	Yes	No	Yes, among others Member: Board Geps e.V., Board TIN e.V., Board DGTFP e.V.	no topic (none), none
Dr. Dürich, Christian	No	No	Yes	Yes	No	No	Yes, including member: Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie /	no topic (none), none

	Activity as a consultant and/or expert	Participation in a scientific advisory board	Paid lecture or training activity	Paid authorship or co-authorship	Research projects/ conducting clinical studies	Ownership interests (patent, copyright, share ownership)	Indirect interests	Guideline topics affected by COI, Classification with regard to relevance, Consequence
							Psychodynamische Psychotherapie (DFT) e.V. (co-opted board member; head of the psychoanalysis Working group, member of the trauma Working group), member: Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V. (full member), member: Marburger Bund (member), member: Konferenz ADHS (member of the board of trustees)	
Engel-Diouf, Claudia	No	No	No	No	No	No	No	no topic (none), none
Engelhardt, Ute	on discharge reports and concepts for rehabilitation DRV	No	No	No	No	No	Member: DGPPR DGPN	no topic (none), none
Engesser, Deborah	No	No	No	No	No	Yes	Yes, among others Member: EORTC Quality of life Group	no topic (none), none
Eversmann, Hannah	No	No	No	No	No	No	Yes, among others Member: DVE - Deutscher Verband der Ergotherapeuten	no topic (none), none
Dr. Fassbinder, Eva	Yes	No	Yes	Yes	Yes	No	Yes, among others Member: DVT / since fall 2021 2nd Chairwoman of the Board - Mandate holder DGPPN ISST (International Society for Schema Therapy) DBT Dachverband Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen (GEPS)	no topic (none), none

	Activity as a consultant and/or expert	Participation in a scientific advisory board	Paid lecture or training activity	Paid authorship or co-authorship	Research projects/ conducting clinical studies	Ownership interests (patent, copyright, share ownership)	Indirect interests	Guideline topics affected by COI, Classification with regard to relevance, Consequence
							ACBS	
Prof. Franke, Gabriele Helga	No	No	No	No	No	No	No	no topic (none), none
Giertz, Karsten	No	No	No	No	No	No	No	no topic (none), none
Prof. Dr. Herpertz, Sabine C.	No	No	No	No	Yes	No	Yes, e.g. member: DGPPN, board member, member: member of the management committee of the Center for Psychological Psychotherapy (KVT), no income, member: member of the advisory board of the Heidelberg Institute for Psychotherapy (psychodynamic), no income	no topic (none), none
Prof. Dr. Hörz-Sagstetter, Susanne	No	No	No	No	Yes	No	Yes, Member: Speaker of the DGPT University Teachers' Group, Participation in further education/training: Board member of the TFP Institut München e.V.	She is a board member of the TFP Institute. But since we do not evaluate procedures separately, this should not be a problem. (none), none
Dr. Jansen, Alessa	No	No	No	No	No	No	No	Representation of the interests of psychological psychotherapists, but is balanced by the composition of the LL group. (low), limitation of management function (no withdrawal of voting rights as no procedural comparison)
Dr. Dipl.-Psych. Klein, Eva	No	No	No	No	No	No	Yes	no topic (none), none
Prof. Dr.	Expert opinion	Scientific Advisory	No	Elsevier,	BMBF/DZD,	No	Member: Chairman and then Past	A preference for medical

	Activity as a consultant and/or expert	Participation in a scientific advisory board	Paid lecture or training activity	Paid authorship or co-authorship	Research projects/ conducting clinical studies	Ownership interests (patent, copyright, share ownership)	Indirect interests	Guideline topics affected by COI, Classification with regard to relevance, Consequence
Kruse, Johannes		Board on Psychotherapy of the BÄK and the BPTK, working committee "Mental Health" of the Joint State Committee according to § 90a SGB V, Working group "Medical Psychotherapy" of the BÄK		Schattauer, Thieme	BMBF/DLR, Innovation Committee of the Federal Joint Committee, National Association of Statutory Health Insurance Funds, BMBF/DLR, Innovation Committee of the Federal Joint Committee, BMBF/DZD		President of the Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), Member: Speaker of the Standing Conference of Medical Psychotherapeutic Associations (StäKo), Member: DeGPT - no function, Member: DKPM - no function, Scientific activity: Mental disorders in physical illnesses, Clinical studies, Psychotraumatology, Somatoform disorders, Psychodiabetology, Scientific activity: Inpatient psychosomatic treatment, Participation in further education/training: Advanced training association for psychosomatic medicine and psychotherapy in Hesse in the DGPM and the advanced training academy of the Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), Personal relationship: ----	psychotherapy is to be assumed, but in my opinion this has no effect on the LL. We appointed him to the steering group because of this experience. (low), limitation of management function (no withdrawal of voting rights as no procedural comparison)
Prof. Dr. Kubiak, Thomas	No	No	Yes	No	No	No	Member: Spokesperson for the Health Psychology Section of the DGPs, Member: 1st Chairman of the Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation, Member: Spokesperson for the Geriatrics and Nursing Working Group of the Deutschen Diabetes Gesellschaft, Member: Executive	no topic (none), none

	Activity as a consultant and/or expert	Participation in a scientific advisory board	Paid lecture or training activity	Paid authorship or co-authorship	Research projects/ conducting clinical studies	Ownership interests (patent, copyright, share ownership)	Indirect interests	Guideline topics affected by COI, Classification with regard to relevance, Consequence
							Committee Member, President Elect of the Society for Ambulatory Assessment since 2020	
Dr. Kupsch, Wolfgang	No	No	No	No	No	No	Member: DGPPR - Board Member (Psychosomatic Rehabilitation), Member: DGPT Landesverband BaWü Board Member, Participation in further education/training: Psychoanalytisches Seminar Freiburg Chairman	no topic (none), none
Dr. Lammers, Claas-Hinrich	No	No	No	No	No	No	Yes, Member: DGPPN, DVT, DVÄT, Scientific activity: Publication of specialist books on psychotherapy, Clinical activity: Medical Director and Chief Physician, Participation in further education/training: Board of the WPPH training association, Hamburg (registered association)	Perspective of medical psychotherapy, but that is precisely why we asked him (low) Limitation of management function (no withdrawal of voting rights as no procedural comparison)
Prof. Dr. Lieb, Klaus	none	none	No	No	none	none	Yes, e.g. Member: Member of MEZIS e.V.; Head of the Transparency and Independence Committee of the AkdÄ	no topic (none), none
Prof. Dr. Lindner, Reinhard	No	No	No	No	Yes	Yes	Yes, member among others: Wissenschaftsforum Geriatrie e.V. 1st Chairman and "liquidator" of the association after dissolution resolution Jan. 2021, Member: Deutsche Akademie für Suizidprävention e.V. Deputy Chairman, member:	no topic (none), none

	Activity as a consultant and/or expert	Participation in a scientific advisory board	Paid lecture or training activity	Paid authorship or co-authorship	Research projects/ conducting clinical studies	Ownership interests (patent, copyright, share ownership)	Indirect interests	Guideline topics affected by COI, Classification with regard to relevance, Consequence
							National Suicide Prevention Program for Germany, managing director, member of the DGPT, participation in further education/training: Arbeitsgemeinschaft für integrative Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatik in Hamburg (APH) e.V. Chairman of the scientific advisory board. advisory board	
Dotzauer, Lena	No	No	No	No	No	No	Yes, among others Member: DGPT (Associate Member)	no topic (none), none
Dipl.-Psych. Matzat, Jürgen	Yes	No	No	No	No	No	Yes, among others Member: DAG SHG	no topic (none), none
Prof. Dr. Milch, Wolfgang	Yes	No	No	No	No	No	Yes, among others Member: DPV DGPT, IAPSP	no topic (none), none
PD. Dr. med. Montag, Christiane	No	No	No	No	IPU Berlin, Prof. Dr. Dorothea von Haebler	No	Member: Member and since 2022 board member DDPP, Member: Member Working group OPD / structural axis / psychotic disorders, Scientific activity: Social cognition, metacognition and empathy, psychosis psychotherapy, creative therapies, innovative care models, avoidance of coercion in the psychiatric help system, Scientific activity: General psychiatry, psychotherapy, psychosis psychotherapy, differential diagnosis of psychotic illnesses,	Research activity, association activity, teaching and publications on psychodynamic psychosis psychotherapy (low), limitation of management function (no withdrawal of voting rights as no procedural comparison)

	Activity as a consultant and/or expert	Participation in a scientific advisory board	Paid lecture or training activity	Paid authorship or co-authorship	Research projects/ conducting clinical studies	Ownership interests (patent, copyright, share ownership)	Indirect interests	Guideline topics affected by COI, Classification with regard to relevance, Consequence
							innovative models of care, home treatment, participation in further education/training: curriculum for psychodynamic psychosis psychotherapy (cooperation IPU and Charité/PUK SHK)	
Dr. Munz, Dietrich	No	No	No	No	No	No	Member: Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie eV (DGPT)	not an issue (minor), representative of the Federal Chamber of Psychotherapists, therefore representing the interests of psychological psychotherapy. However, balanced by the composition of the LL group. Limitation of management function (no withdrawal of voting rights as no procedural comparison)
Prof. Dr. Muschalla, Beate	No	No	No	No	Yes	No	Yes, among others Member: PKN (Psychotherapeutenkammer Niedersachsen), DGPs, DGRW, DGPPR, participation in further education/training: Head of the WSPP and WSKJP training courses for psychological psychotherapists and child and adolescent psychotherapists at the TU Braunschweig	no topic (none), none
Müller, Ina	No	No	No	No	German Ministry of Health (BMG), German Federal Joint Committee independent Funding Program for Clinical Practice Guidelines developed under the	No	Member: Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS), Scientific activity: Human-computer interaction, ethical aspects of the use of digital applications, social transformations with regard to advancing digitalization, Scientific activity: Müller, I.; Moebert, T.;	no topic (none), none

	Activity as a consultant and/or expert	Participation in a scientific advisory board	Paid lecture or training activity	Paid authorship or co-authorship	Research projects/ conducting clinical studies	Ownership interests (patent, copyright, share ownership)	Indirect interests	Guideline topics affected by COI, Classification with regard to relevance, Consequence
					auspices of AWMF member societies, German Cancer Aid Foundation, German Ministry for Education and Research (BMBF)		Lucke, U. (2020): Lessons Learned from Designing Adaptive Training Systems: An Ethical Perspective. In: N. Pinkwart, Sa. Liu (eds.) Artificial Intelligence Supported Educational Technologies, Advances in Analytics for Learning and Teaching, Springer: Cham, pp. 273-290., Scientific activity: Lucke, U.; Köhler, T.; Assadi, G.; Moebert, T.; Müller, I.; Kranz, J.; Viehöver, W.; Bösch, S.; Manzeschke, A. (2022): Interactive maps as a learning tool for ethical exploration and reflection in construction processes. In: Peter A. Henning, Michael Striwe and Matthias Wölfel (eds.): DELFI 2022, Die 20. Fachtagung Bildungstechnologien der Gesellschaft für Informatik e.V., September 12-14, 2022, Karlsruhe, P-322: Gesellschaft für Informatik e.V (LNI), pp. 183-188.	
Dr. med. Nothacker, Monika	No	Yes	Yes	No	Yes	no	Yes, among others Member: - Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (Member) - Deutsche Krebsgesellschaft (Member until 12/2020) - Guidelines International Network/GRADE Working Group (Member)	no topic (none), none
Prof. Dr. Ommert, Judith	Yes	None Available	No	No	none available	none available	Yes, e.g. member: DGSA, member: DVSG, member: AG Teilhabeforschung	no topic (none), none

	Activity as a consultant and/or expert	Participation in a scientific advisory board	Paid lecture or training activity	Paid authorship or co-authorship	Research projects/ conducting clinical studies	Ownership interests (patent, copyright, share ownership)	Indirect interests	Guideline topics affected by COI, Classification with regard to relevance, Consequence
Dr. med. Reddemann, Olaf	No	No	No	No	No	No	Yes, including member of the Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, member of the Standing Guidelines Committee, spokesperson and co-spokesperson of the Psychosomatics Working Group, member of the Deutscher Hausärzterverband, DGPM, Balint Society, DZvhÄ, in each case without a specific function, member of the Carus Foundation, Foundation Advisory Board	no topic (none), none
Prof. Dr. Reininger, Klaus Michael	No	No	No	No	No	No	Member: DPTV Hamburg regional group/ Board member, Scientific activity: DFT/Vice President	no topic (none), none
Prof. Renneberg, Babette	No	No	No	No	No	No	Member: Member of the steering group for AWMF S3 guideline Borderline Personality Disorder Member of DGPS, Scientific activity: Book author: "Persönlichkeitsstörungen" in the series Fortschritte der Psychotherapie, Scientific activity: Head of the university outpatient clinic of the Free University of Berlin, behavioral therapist, supervisor and trainer, Participation in further education/training: Head of the ZGFU, Training Institute for Child and Adolescent Psychotherapy (VT)	Leading management of a training institute for VT (low), limitation of management function (no withdrawal of voting rights as no procedural settlement)
Rixe,	No	No	Yes	Yes	Yes	No	Yes, e.g. member: Deutsche	no topic (none), none

	Activity as a consultant and/or expert	Participation in a scientific advisory board	Paid lecture or training activity	Paid authorship or co-authorship	Research projects/ conducting clinical studies	Ownership interests (patent, copyright, share ownership)	Indirect interests	Guideline topics affected by COI, Classification with regard to relevance, Consequence
Jacqueline							Fachgesellschaft Psychiatriische Pflege (DFPP), advisory board member, participation in further education/training: Head of the Mental Health/Psychiatric Nursing degree program	
Prof. Dr. Röh, Dieter	No	No	No	No	No	No	Yes	no topic (none), none
Schumacher, Cornelia	No	No	No	No	No	No	Member: BAG KT (Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien) DFKGT (Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie) WFKT (Wissenschaftliche Fachgesellschaft Künstlerische Therapien)	no topic (none), none
Dipl.-Psych. Schäfer, Georg	None	Yes	No	No	No	none	Yes, among others Member: Chairman and Deputy Chairman DGPT e.V. Chairman Wilhelm Bitter Foundation Chairman Association for the Promotion of Psychoanalysis and Depth Psychology in Germany e.V. Delegate to the German Psychotherapists' Conference Member of the Chamber Assembly of the NRW Chamber of Psychotherapists	no topic (none), none
Prof. Dr. Siegel, Stefan	No	No	No	No	No	No	Yes, e.g. member and board member of the DGSMTW (sending professional society), ordinary member of the DGPPN, DeGPT	no topic (none), none

	Activity as a consultant and/or expert	Participation in a scientific advisory board	Paid lecture or training activity	Paid authorship or co-authorship	Research projects/ conducting clinical studies	Ownership interests (patent, copyright, share ownership)	Indirect interests	Guideline topics affected by COI, Classification with regard to relevance, Consequence
							and the German Balint Society, scientific activity: psychiatry and psychotherapy	
Dr. Siegl, Judith	Yes	No	No	No	No	No	Yes, e.g. Member: Speaker of the Institute Committee of the DVT (Deutscher Fachverband Verhaltenstherapie) Chamber delegate in the Bavarian Chamber of Psychotherapists delegate of the German Psychotherapists' Day, outpatient clinic management of the CIP (e.g. screening of patients) Supervisor, participation in further education/training: Institute management of the Clp Bamberg and Erlangen; state-recognized training institute	no topic (none), none
Prof. Dr. Singer, Susanne	No	Content Ed Net, Lilly	No	Pfizer	No	No	Member: EORTC Quality of Life Group, Member: EORTC Head and Neck Cancer Group, Member: AG PSO der DKG, Member: AG Psychodynamische Hochschulprofessorinnen und Professoren (board), Member: Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (member), Member: DGPT (member), Scientific activities: Quality of life research, oncology, mental health and psychosocial care of cancer patients, psychotherapy, psychoanalysis, EbM, social epidemiology, Scientific activity: currently not clinically active, Involvement in further	Board activity psychodynamics / psychoanalysis (low), methods and results of evidence research are co-assessed by Johannes Zimmermann (peer) Limitation of management function (no withdrawal of voting rights as no procedural comparison)

	Activity as a consultant and/or expert	Participation in a scientific advisory board	Paid lecture or training activity	Paid authorship or co-authorship	Research projects/ conducting clinical studies	Ownership interests (patent, copyright, share ownership)	Indirect interests	Guideline topics affected by COI, Classification with regard to relevance, Consequence
							education/training: board member of the Mainz Psychoanalytical Institute	
Prof. Dr. Spitzer, Carsten	No	No	Yes	No	Yes	No	Yes, among others Member: Operationalized psychodynamic diagnostics	no topic (none), none
Dr. med. Steger, Thomas	-	-	Yes	No	-	-	Yes	no topic (none), none
Tarbiat, Kaveh	No	No	No	No	No	No	No	no topic (none), none
Dipl.-Psych. Waldherr, Benedikt	PETRA 1 project financed by the GBA innovation fund	none	No	No	PETRA 2 Project of the GBA Innovation Fund	none	Member: Chairman of the bvvp Federal Association, Psychological Psychotherapist, Behavioral Therapy, Scientific activity: Individual articles on ICD 10 and ICD 11 in our association magazine, Scientific activity: Treatment of mentally ill people, also with complex personality disorders, Participation in further education/training: Further training on ICD 10 within the framework of our association, Personal relationship: none	Representative of the interests of psychotherapists in private practice, but that is precisely why we asked him. (low), limitation of management function (no withdrawal of voting rights as no procedural comparison)
Prof. Dr. Weißflog, Sabine	No	No	No	No	No	No	No	no topic (none), none
Welk, Claudia	No	No	No	No	No	No	No	no topic (none), none
Wendt, Leon	No	No	No	No	No	No	No	no topic (none), none
Dr. Wessels, Tina	No	No	No	No	No	No	No	no topic (none), none
MD/PhD	No	No	No	No	No	No	Yes, among others Member:	no topic (none), none

	Activity as a consultant and/or expert	Participation in a scientific advisory board	Paid lecture or training activity	Paid authorship or co-authorship	Research projects/ conducting clinical studies	Ownership interests (patent, copyright, share ownership)	Indirect interests	Guideline topics affected by COI, Classification with regard to relevance, Consequence
Wiegand, Hauke							Membership in: DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie ISST - International Society for Schematherapy	
Prof. Wingenfeld, Katja	No	No	No	No	No	No	"Membership Committee of the ISPNE (International Society of Psychoneuroendocrinology)	no topic (none), none
Prof. Dr. Zimmermann, Johannes	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes, member among others: Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology (HiTOP) Consortium	no topic (none), none
van Haaren, Yannik	No	No	No	No	No	No	Yes, including member: Associate member of the DGPT, deputy federal candidate speaker in the DPG, member of the bvvp, member of the DPtV, participation in further education/training: DPG annual conference 2021 in Göttingen / online	no topic (none), none
Prof. Dr. von Haebler, Dorothea	-	-	DDPP VIA UKE	No	Charité IPU	-	Member: Dachverband Deutschsprachiger Psychosenpsychotherapie e.V., Chairwoman, Member: DGPT, Scientific activity: Professorship for interdisciplinary psychosis therapy, multi-professional work for people with psychoses Teaching as part of teaching activities and invited lectures at other academic institutions. Scientific activity: Head of psychosis outpatient clinic in	Leading management of a training course, chair of a professional association (low), limitation of management function (no withdrawal of voting rights as no procedural comparison)

	Activity as a consultant and/or expert	Participation in a scientific advisory board	Paid lecture or training activity	Paid authorship or co-authorship	Research projects/ conducting clinical studies	Ownership interests (patent, copyright, share ownership)	Indirect interests	Guideline topics affected by COI, Classification with regard to relevance, Consequence
							Berlin - psychotic disorders; schizophrenia; bipolar disorders, PIA consultation hours at Charité, CCM, participation in further education/training: Curricular further training in psychodynamic psychosis therapy, Personal relationship: no	

Bibliography

- Adu, Medard Kofi; Shalaby, Reham; Eboeime, Ejemai; Sapara, Adegboyega; Lawal, Mobolaji A.; Chew, Corina et al. (2023): Apparent Lack of Benefit of Combining Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation with Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for the Treatment of Resistant Depression: Patient-Centered Randomized Controlled Pilot Trial. In: *Brain sciences* 13 (2). DOI: 10.3390/brainsci13020293.
- Althobaiti, Salman; Kazantzis, Nikolaos; Ofori-Asenso, Richard; Romero, Lorena; Fisher, Jane; Mills, Kerry E.; Liew, Danny (2020): Efficacy of interpersonal psychotherapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. In: *Journal of affective disorders* 264, S. 286–294. DOI: 10.1016/j.jad.2019.12.021.
- Asmundson, Gordon J. G.; Thorisdottir, Audur S.; Roden-Foreman, Jacob W.; Baird, Scarlett O.; Witcraft, Sara M.; Stein, Aliza T. et al. (2019): A meta-analytic review of cognitive processing therapy for adults with posttraumatic stress disorder. In: *Cognitive behaviour therapy* 48 (1), S. 1–14. DOI: 10.1080/16506073.2018.1522371.
- Bender, Donna S.; Morey, Leslie C.; Skodol, Andrew E. (2011): Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. In: *Journal of personality assessment* 93 (4), S. 332–346. DOI: 10.1080/00223891.2011.583808.
- Birkhölzer, M., Schmeck, K., & Goth, K. (2021): Assessment of Criterion A. In: *Current Opinion in Psychology* (37), S. 98–103.
- Bourke, Emilie; Barker, Chris; Fornells-Ambrojo, Miriam (2021): Systematic review and meta-analysis of therapeutic alliance, engagement, and outcome in psychological therapies for psychosis. In: *Psychology and psychotherapy* 94 (3), S. 822–853. DOI: 10.1111/papt.12330.
- Browne, Julia; Wright, Abigail C.; Berry, Katherine; Mueser, Kim T.; Cather, Corinne; Penn, David L.; Kurtz, Matthew M. (2021): The alliance-outcome relationship in individual psychosocial treatment for schizophrenia and early psychosis: A meta-analysis. In: *Schizophrenia research* 231, S. 154–163. DOI: 10.1016/j.schres.2021.04.002.
- Buer Christensen, Tore; Eikenaes, Ingeborg; Hummelen, Benjamin; Pedersen, Geir; Nysæter, Tor-Erik; Bender, Donna S. et al. (2020): Level of personality functioning as a predictor of psychosocial functioning-Concurrent validity of criterion A. In: *Personality disorders* 11 (2), S. 79–90. DOI: 10.1037/per0000352.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2018): BPtK-Studie: Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie – Wartezeiten 2018. Bundespsychotherapeutenkammer. Online verfügbar unter www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf, zuletzt aktualisiert am 2018, zuletzt geprüft am 15.12.2021.
- CADTH Search Filters Database (2022): SR / MA / HTA / ITC - CINAHL. CADTH. Ottawa. Online verfügbar unter <https://searchfilters.cadth.ca/link/98>, zuletzt aktualisiert am 01.12.2021, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Coenen, M.; Schuetz, G. M.; Dewey, M. (2013): Bewertung der methodischen Qualität von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen: AMSTAR (A Measurement Tool for the Assessment of Multiple Systematic Reviews). In: *RoFo : Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin* 184 (10), S. 937–940. DOI: 10.1055/s-0033-1350140.
- Cohen, J. (1969): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 1st. edition.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge Academic, New York.

Constantino, Michael J.; Vřslř, Andreea; Coyne, Alice E.; Boswell, James F. (2018): A meta-analysis of the association between patients' early treatment outcome expectation and their posttreatment outcomes. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 473–485. DOI: 10.1037/pst0000169.

Cronbach, L. J., & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52(4), 281–302

Dehn, Lorenz B.; Beblo, Thomas; Richter, Dirk; Wienberg, Günther; Kremer, Georg; Steinhart, Ingmar; Driessen, Martin (2022): Effectiveness of supported housing versus residential care in severe mental illness: a multicenter, quasi-experimental study. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 57 (5), S. 927–937. DOI: 10.1007/s00127-021-02214-6.

Dehn, Lorenz B.; Beblo, Thomas; Wienberg, Günther; Driessen, Martin; Steinhart, Ingmar (2021): Wie wirksam ist Wohnunterstützung? Ein Vergleich von Unterstützungsangeboten in der eigenen Wohnung und solchen in der besonderen Wohnform. In: *Kerbe* (4), S. 24–26.

Dieterich, Marina; Irving, Claire B.; Bergman, Hanna; Khokhar, Mariam A.; Park, Bert; Marshall, Max (2017): Intensive case management for severe mental illness. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 1 (1), CD007906. DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub3.

Elliott, Robert; Bohart, Arthur C.; Watson, Jeanne C.; Murphy, David (2018): Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 399–410. DOI: 10.1037/pst0000175.

Eubanks, Catherine F.; Muran, J. Christopher; Safran, Jeremy D. (2018): Alliance rupture repair: A meta-analysis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 508–519. DOI: 10.1037/pst0000185.

Farber, Barry A.; Suzuki, Jessica Y.; Lynch, David A. (2018): Positive regard and psychotherapy outcome: A meta-analytic review. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 411–423. DOI: 10.1037/pst0000171.

Flückiger, Christoph; Del Re, A. C.; Wampold, Bruce E.; Horvath, Adam O. (2018): The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 316–340. DOI: 10.1037/pst0000172.

Gelso, Charles J.; Kivlighan, Dennis M.; Markin, Rayna D. (2018): The real relationship and its role in psychotherapy outcome: A meta-analysis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 434–444. DOI: 10.1037/pst0000183.

Haslam, Nick; McGrath, Melanie J.; Viechtbauer, Wolfgang; Kuppens, Peter (2020): Dimensions over categories: a meta-analysis of taxometric research. In: *Psychological medicine* 50 (9), S. 1418–1432. DOI: 10.1017/s003329172000183x.

Haw, Rebecca; Hartley, Samantha; Trelfa, Sarah; Taylor, Peter J. (2023): A systematic review and meta-ethnography to explore people's experiences of psychotherapy for self-harm. In: *The British journal of clinical psychology* 62 (2), S. 392–410. DOI: 10.1111/bjc.12414.

Hayes, Jeffrey A.; Gelso, Charles J.; Goldberg, Simon; Kivlighan, Dennis Martin (2018): Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 496–507. DOI: 10.1037/pst0000189.

Hedman, Erik; Axelsson, Erland; Andersson, Erik; Lekander, Mats; Ljótsson, Brjánn (2016): Exposure-based cognitive-behavioural therapy via the internet and as bibliotherapy for somatic symptom

- disorder and illness anxiety disorder: randomised controlled trial. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 209 (5), S. 407–413. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.181396.
- Hill, Clara E.; Knox, Sarah; Pinto-Coelho, Kristen G. (2018): Therapist self-disclosure and immediacy: A qualitative meta-analysis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 445–460. DOI: 10.1037/pst0000182.
- Horvath, Adam O.; Greenberg, Leslie S. (1989): Development and validation of the Working Alliance Inventory. In: *Journal of Counseling Psychology* 36 (2), S. 223–233. DOI: 10.1037/0022-0167.36.2.223.
- Hörz-Sagstetter, Susanne; Ohse, Ludwig; Kampe, Leonie (2021): Three Dimensional Approaches to Personality Disorders: a Review on Personality Functioning, Personality Structure, and Personality Organization. In: *Current psychiatry reports* 23 (7), S. 45. DOI: 10.1007/s11920-021-01250-y.
- Howard, Ruth; Berry, Katherine; Haddock, Gillian (2022): Therapeutic alliance in psychological therapy for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. In: *Clinical psychology & psychotherapy* 29 (2), S. 373–399. DOI: 10.1002/cpp.2642.
- Ijaz, Sharea; Davies, Philippa; Williams, Catherine J.; Kessler, David; Lewis, Glyn; Wiles, Nicola (2018): Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 5 (5), CD010558. DOI: 10.1002/14651858.CD010558.pub2.
- Jacobi, Frank; Höfler, Michael; Siegert, Jens; Mack, Simon; Gerschler, Anja; Scholl, Lucie et al. (2014): Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). In: *International journal of methods in psychiatric research* 23 (3), S. 304–319. DOI: 10.1002/mpr.1439.
- Ket, J. C.F.; Leclercq, E.; Mol, M.; Riphagen, I.; Staaks, J.; Vries, R. de (2019): Search Blocks Children. Online verfügbar unter <https://blocks.bmi-online.nl/catalog/58>, zuletzt aktualisiert am 18.11.2019, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Kien, Christina; Gartlehner, Gerald; Kaminski-Hartenthaler, Angela; Meerpohl, Joerg J.; Flamm, Maria; Langer, Gero et al. (2013): GRADE-Leitlinien: 9. Heraufstufen der Qualität der Evidenz. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 107 (3), S. 249–255. DOI: 10.1016/j.zefq.2013.04.007.
- Krivzov, Juri; Baert, Fleur; Meganck, Reitske; Cornelis, Shana (2021): Interpersonal dynamics and therapeutic relationship in patients with functional somatic syndromes: A metasynthesis of case studies. In: *Journal of Counseling Psychology* 68 (5), S. 593–607. DOI: 10.1037/cou0000529.
- Kulig, Michael; Perleth, Matthias; Langer, Gero; Meerpohl, Joerg J.; Gartlehner, Gerald; Kaminski-Hartenthaler, Angela; Schünemann, Holger J. (2012): GRADE Leitlinien: 6. Einschätzung der Qualität der Evidenz - Unzureichende Präzision. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 106 (9), S. 677–688. DOI: 10.1016/j.zefq.2012.10.016.
- Laws, Keith R.; Darlington, Nicole; Kondel, Tejinder K.; McKenna, Peter J.; Jauhar, Sameer (2018): Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia - outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis. In: *BMC psychology* 6 (1), S. 32. DOI: 10.1186/s40359-018-0243-2.
- Leclercq, Edith; Leeflang, Mariska M. G.; van Dalen, Elvira C.; Kremer, Leontien C. M. (2013): Validation of search filters for identifying pediatric studies in PubMed. In: *The Journal of pediatrics* 162 (3), 629–634.e2. DOI: 10.1016/j.jpeds.2012.09.012.
- Li, Jia-Mei; Zhang, Yi; Su, Wen-Jun; Liu, Lin-Lin; Gong, Hong; Peng, Wei; Jiang, Chun-Lei (2018): Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis. In: *Psychiatry research* 268, S. 243–250. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.07.020.

- Lim, Christopher T.; Caan, Marissa P.; Kim, Clara H.; Chow, Clifton M.; Leff, H. Stephen; Tepper, Miriam C. (2022): Care Management for Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 73 (2), S. 180–187. DOI: 10.1176/appi.ps.202000473.
- Loughlin, Matthew; Bucci, Sandra; Brooks, Joanna; Berry, Katherine (2020): Service users' and carers' experiences of engaging with early intervention services: A meta-synthesis review. In: *Early intervention in psychiatry* 14 (1), S. 26–36. DOI: 10.1111/eip.12803.
- Markon, Kristian E.; Chmielewski, Michael; Miller, Christopher J. (2011): The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: a quantitative review. In: *Psychological bulletin* 137 (5), S. 856–879. DOI: 10.1037/a0023678.
- McLaughlin, Stephanie P. B.; Barkowski, Sarah; Burlingame, Gary M.; Strauss, Bernard; Rosendahl, Jenny (2019): Group psychotherapy for borderline personality disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 56 (2), S. 260–273. DOI: 10.1037/pst0000211.
- Meerpohl, Joerg J.; Langer, Gero; Perleth, Matthias; Gartlehner, Gerald; Kaminski-Hartenthaler, Angela; Schünemann, Holger (2012a): GRADE-Leitlinien: 3. Bewertung der Qualität der Evidenz (Vertrauen in die Effektschätzer). In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 106 (6), S. 449–456. DOI: 10.1016/j.zefq.2012.06.013.
- Meerpohl, Joerg J.; Langer, Gero; Perleth, Matthias; Gartlehner, Gerald; Kaminski-Hartenthaler, Angela; Schünemann, Holger (2012b): GRADE-Leitlinien: 4. Bewertung der Qualität der Evidenz - Studienlimitationen (Risiko für Bias). In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 106 (6), S. 457–469. DOI: 10.1016/j.zefq.2012.06.014.
- Mehl, Stephanie; Werner, Dirk; Lincoln, Tania M. (2015): Does Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis. In: *Frontiers in psychology* 6, S. 1450. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01450.
- Mehl, Stephanie; Werner, Dirk; Lincoln, Tania M. (2019): Corrigendum: Does Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis. In: *Frontiers in psychology* 10, S. 1868. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01868.
- Merz, Jasmin; Schwarzer, Guido; Gerger, Heike (2019): Comparative Efficacy and Acceptability of Pharmacological, Psychotherapeutic, and Combination Treatments in Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Network Meta-analysis. In: *JAMA psychiatry* 76 (9), S. 904–913. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0951.
- Morey, Leslie C.; Bender, Donna S.; Skodol, Andrew E. (2013): Validating the proposed diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition, severity indicator for personality disorder. In: *The Journal of nervous and mental disease* 201 (9), S. 729–735. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3182a20ea8.
- Morey, Leslie C.; McCredie, Morgan N.; Bender, Donna S.; Skodol, Andrew E. (2022): Criterion A: Level of personality functioning in the alternative DSM-5 model for personality disorders. In: *Personality disorders* 13 (4), S. 305–315. DOI: 10.1037/per0000551.
- Morey, Leslie C.; Skodol, Andrew E.; Oldham, John M. (2014): Clinician judgments of clinical utility: A comparison of DSM-IV-TR personality disorders and the alternative model for DSM-5 personality disorders. In: *Journal of abnormal psychology* 123 (2), S. 398–405. DOI: 10.1037/a0036481.
- Müller, H.; Haag, I.; Jessen, F.; Kim, E. H.; Klaus, J.; Konkol, C.; Bechdorf, A. (2016): Kognitive Verhaltenstherapie und Assertive Community Treatment reduzieren die Anzahl stationärer Tage und

verlängern die Zeit bis zu einer stationären Aufnahme bei schweren psychotischen Störungen. In: *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 84 (2), S. 76–82. DOI: 10.1055/s-0042-102055.

Mullins-Sweatt, Stephanie N.; Widiger, Thomas A. (2009): Clinical utility and DSM-V. In: *Psychological assessment* 21 (3), S. 302–312. DOI: 10.1037/a0016607.

Nolting, Alexandra; Perleth, Matthias; Langer, Gero; Meerpohl, Joerg J.; Gartlehner, Gerald; Kaminski-Hartenthaler, Angela; Schünemann, Holger J. (2012): GRADE Leitlinien: 5. Einschätzung der Qualität der Evidenz - Publikationsbias. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 106 (9), S. 670–676. DOI: 10.1016/j.zefq.2012.10.015.

Perleth, Matthias; Langer, Gero; Meerpohl, Joerg J.; Gartlehner, Gerald; Kaminski-Hartenthaler, Angela; Schünemann, Holger J. (2012): GRADE Leitlinien: 7. Einschätzung der Qualität der Evidenz - Inkonsistenz. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 106 (10), S. 733–744. DOI: 10.1016/j.zefq.2012.10.018.

Pieper, Dawid; Jülich, Fabian; Antoine, Sunya-Lee; Bächle, Christina; Chernyak, Nadja; Genz, Jutta et al. (2015): Studies analysing the need for health-related information in Germany - a systematic review. In: *BMC health services research* 15, S. 407. DOI: 10.1186/s12913-015-1076-9.

Rabe-Menssen, C.; Ruh, M.; Dazer, A. (2019): Die Versorgungssituation seit der Reform der Psychotherapie- Richtlinie 2017. Ergebnisse der DPTV-Onlineumfragen 2017 und 2018 zu Wartezeiten. In: *Psychotherapie Aktuell* 1 (1), S. 25–34.

Rasch, Andrej; Perleth, Matthias; Langer, Gero; Meerpohl, Joerg J.; Gartlehner, Gerald; Kaminski-Hartenthaler, Angela; Schünemann, Holger J. (2012): GRADE Leitlinien: 8. Einschätzung der Qualität der Evidenz - Indirektheit. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 106 (10), S. 745–753. DOI: 10.1016/j.zefq.2012.10.019.

Rodante, Demián E.; Kaplan, Marcela I.; Olivera Fedi, Ramiro; Gagliosi, Pablo; Pascali, Agustina; José Quintero, Paula S. et al. (2022): CALMA, a Mobile Health Application, as an Accessory to Therapy for Reduction of Suicidal and Non-Suicidal Self-Injured Behaviors: A Pilot Cluster Randomized Controlled Trial. In: *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research* 26 (2), S. 801–818. DOI: 10.1080/13811118.2020.1834476.

Salvador-Oliván, José Antonio; Marco-Cuenca, Gonzalo; Arquero-Avilés, Rosario (2021): Development of an efficient search filter to retrieve systematic reviews from PubMed. In: *Journal of the Medical Library Association : JMLA* 109 (4), S. 561–574. DOI: 10.5195/jmla.2021.1223.

Sharp, Carla; Wall, Kiana (2021): DSM-5 Level of Personality Functioning: Refocusing Personality Disorder on What It Means to Be Human. In: *Annual review of clinical psychology* 17, S. 313–337. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-105402.

Singer, Susanne; Maier, Lena; Paserat, Anke; Lang, Klaus; Wirp, Bernhild; Kobes, Jörg et al. (2022): Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz vor und nach der Psychotherapiestrukturereform. In: *Psychotherapeut* 67 (2), S. 176–184. DOI: 10.1007/s00278-021-00551-0.

Sonis, Jeffrey; Cook, Joan M. (2019): Medication versus trauma-focused psychotherapy for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. In: *Psychiatry research* 282, S. 112637. DOI: 10.1016/j.psychres.2019.112637.

Stovell, Diana; Morrison, Anthony P.; Panayiotou, Margarita; Hutton, Paul (2016): Shared treatment decision-making and empowerment-related outcomes in psychosis: systematic review and meta-analysis. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 209 (1), S. 23–28. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.158931.

- The Cochrane Collaboration (Hg.) (2011): *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 (updated March 2011).
- Thompson, Christopher T.; Vidgen, Andrew; Roberts, Neil P. (2018): Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. In: *Clinical psychology review* 63, S. 66–79. DOI: 10.1016/j.cpr.2018.06.006.
- Troup, Jordan; Lever Taylor, Billie; Sheridan Rains, Luke; Broeckelmann, Eva; Russell, Jessica; Jaynes, Tamar et al. (2022): Clinician perspectives on what constitutes good practice in community services for people with complex emotional needs: A qualitative thematic meta-synthesis. In: *PLoS one* 17 (5), e0267787. DOI: 10.1371/journal.pone.0267787.
- Tryon, Georgiana Shick; Birch, Sarah E.; Verkuilen, Jay (2018): Meta-analyses of the relation of goal consensus and collaboration to psychotherapy outcome. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 372–383. DOI: 10.1037/pst0000170.
- Turner, David T.; Burger, Simone; Smit, Filip; Valmaggia, Lucia R.; van der Gaag, Mark (2020): What Constitutes Sufficient Evidence for Case Formulation-Driven CBT for Psychosis? Cumulative Meta-analysis of the Effect on Hallucinations and Delusions. In: *Schizophrenia bulletin* 46 (5), S. 1072–1085. DOI: 10.1093/schbul/sbaa045.
- van Bronswijk, Suzanne; Moopen, Neha; Beijers, Lian; Ruhe, Henricus G.; Peeters, Frenk (2019): Effectiveness of psychotherapy for treatment-resistant depression: a meta-analysis and meta-regression. In: *Psychological medicine* 49 (3), S. 366–379. DOI: 10.1017/S003329171800199X.
- Weekers, Laura C.; Hutsebaut, Joost; Rovers, Jenneke M. C.; Kamphuis, Jan H. (2024): Head-to-head comparison of the alternative model for personality disorders and Section II personality disorder model in terms of predicting patient outcomes 1 year later. In: *Personality disorders* 15 (2), S. 101–109. DOI: 10.1037/per0000637.
- Wei, Yanping; Chen, Shulin (2021): Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. In: *Psychological trauma : theory, research, practice and policy* 13 (8), S. 877–884. DOI: 10.1037/tra0000922.
- Wendt, L. P.; Engesser, D.; Dotzauer, L.; van Haaren, Y.; Benecke, C.; Singer, S.; Zimmermann, J. (2024a): Leitlinien-Mapping der LL-SBPF – Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/Q2FKJ>
- Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr
- Young, Samantha E.; Beazley, Peter (2023): Interrater reliability of criterion A of the alternative model for personality disorder (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fifth Edition-Section III): A meta-analysis. In: *Personality disorders* 14 (6), S. 613–624. DOI: 10.1037/per0000631.
- Zimmermann, Johannes; Hopwood, Christopher J.; Krueger, Robert F. (2023): The DSM-5 Level of Personality Functioning Scale. In: Robert F. Krueger und Paul H. Blaney (Hg.): *Oxford Textbook of Psychopathology*: Oxford University Press New York, S. 579–603.

Schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen - Was ist das und wie kann man das behandeln?

Was sind Persönlichkeitsfunktionen?

Persönlichkeitsfunktionen sind Fähigkeiten, die zur Bewältigung des Lebens wichtig sind, sowohl im Umgang mit anderen Menschen als auch im Umgang mit sich selbst. Dazu gehören:

Identität:

Das heißt, dass man ein
sicheres Gefühl dafür hat,
wer und was man ist.

Selbststeuerung:

Das bedeutet, dass man Gefühle
von Trauer, Ärger usw. so
handhaben kann, dass man nicht
ungewollt von ihnen völlig
überschwemmt wird.

Empathie:

Darunter versteht man
die Fähigkeit, sich in
andere Menschen
einfühlen zu können.

Nähe:

Diese Fähigkeit
beschreibt, wie gut man
in der Lage ist, sich
Anderen anzuvertrauen.

Menschen können hinsichtlich dieser Fähigkeiten vorübergehend oder dauerhaft schwer oder sogar extrem beeinträchtigt sein. Bei vielen psychischen Erkrankungen spielt eine solche dauerhafte Beeinträchtigung eine Rolle. Man kann diese Beeinträchtigungen aber behandeln.

Für Menschen mit schweren Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen wurde deshalb eine **Leitlinie** erarbeitet, die Ärzt:innen und Therapeut:innen bei der Behandlung hilft. Hier möchten wir Ihnen die wichtigsten Punkte dieser Leitlinie vorstellen.

Wie kann man eine schwere Beeinträchtigung von Persönlichkeitsfunktionen feststellen?

Ärzt:innen und Therapeut:innen benutzen eine Methode, die „Level of Personality Functioning Scale“ heißt. Damit können sie einschätzen, wie schwer die Probleme sind. Dies geschieht in Gesprächen, in denen man über wichtige Themen spricht. Man kann auch Fragebögen ausfüllen, um einen ersten Eindruck zu bekommen. Das Ziel ist es, genau zu wissen, wie schwer die Probleme sind.

Was ist wichtig in der Behandlung?

Wichtig ist, dass Sie psychisch stärker werden. Alle Entscheidungen sollten gemeinsam mit Ihnen getroffen werden. Das nennt man „Partizipative Entscheidungsfindung“.

Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen können Ihnen sehr helfen. Sie stärken Sie und helfen Ihnen, die Krankheit besser zu verstehen und damit umzugehen.

Unterstützung durch andere Betroffene (Peer-Support) ist auch wichtig. Ihre Ärztin oder Ihr Therapeut kann Ihnen helfen, solche Personen zu finden.

Was passiert in der Behandlung?

Damit es Ihnen besser geht, ist es gut, eine Therapie zu machen. Dabei sprechen Sie mit einer Therapeutin oder einem Therapeuten. Manchmal spricht man auch mit anderen Leuten in einer Gruppe.

Es kann sein, dass Sie oft zur Therapie gehen müssen, vielleicht sogar mehrmals in der Woche. Die Therapie kann auch in einem Krankenhaus oder in einer Tagesklinik stattfinden, wenn die normale Therapie nicht ausreicht.

Therapien sollten gut geplant und aufeinander abgestimmt sein. Die Leute, die mit Ihnen arbeiten, sollten sich gut absprechen. Es ist wichtig, dass Sie eine gute Beziehung zu Ihren Therapeut:innen haben. Diese

sollten Ihnen helfen, kleine Fortschritte zu erkennen und Sie unterstützen. Eine Therapie, die in Ihrem gewohnten Umfeld stattfindet, kann sehr hilfreich sein.

Es ist auch wichtig, dass Ihre anderen Krankheiten und Probleme berücksichtigt werden. So müssen Sie nicht immer die Therapeut:innen wechseln.

Manchmal besuchen Sie die Therapeut:innen auch zuhause. Diese sollten dann respektvoll und offen für Ihre Situation sein.

Freunde und Familie können in die Therapie einbezogen werden, wenn Sie das möchten. Das kann hilfreich sein.

Ambulante psychiatrische Pflege kann Ihnen in schwierigen Zeiten helfen. Damit Sie wieder arbeiten können, gibt es spezielle Programme und Trainings. Eine gute Ausbildung und berufliche Rehabilitation sind wichtig.

Sie sollten verständliche Informationen über Ihre Krankheit bekommen und Fragen stellen können.

Wenn Sie möchten, können Sie auch künstlerische Therapien, Ergotherapie oder Sport- und Bewegungstherapie machen. Man sollte Ihnen auch erklären, wie Sie für Ihre körperliche und psychische Gesundheit sorgen können.

Ein spezieller Behandlungsplan kann in der Therapie hilfreich sein.

Ihr Hausarzt oder Ihre Hausärztin spielt auch eine wichtige Rolle. Ein gutes Verhältnis ist wichtig. Die Ärzte sollten sich mit psychischen Problemen auskennen und gut vernetzt sein.

Ob Medikamente Ihnen helfen können, ist noch nicht sicher. Dazu muss noch mehr geforscht werden.

Mehr Informationen

I. Quellen, Methodik und Links

Diese Information beruht auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen der S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen.“ Diese Leitlinie wurde von der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. auf den Weg gebracht und von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften angeleitet.

Insgesamt haben 33 Fachgesellschaften an dieser Leitlinie mitgearbeitet.

Weitere Informationen:

→ <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001> [hier der Link zur Patienten-LL]

II. Kontakt Selbsthilfe

Wo Sie eine Selbsthilfeorganisation in Ihrer Nähe finden, erfahren Sie bei der NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen):

→ www.nakos.de, Telefon: 030 3101 8960

Für Angehörige:

→ <https://www.bapk.de/angebote/selbsthilfenetz-psychiatrie/suche-angehoerigengruppen-deutschland-text.html>

الضعف الشديد في وظائف الشخصية - ما هو وكيف يمكن علاجه؟

ما هي وظائف الشخصية؟

يتوافق الأداء الوظيفي للشخصية مع المهارات المهمة للتعامل مع الحياة، سواء في التعامل مع الآخرين أو في التعامل مع الذات. وتشمل هذه المهارات ما يلي:

يمكن أن يعاني الأشخاص من ضعف مؤقت أو دائم شديد أو حتى شديد للغاية فيما يتعلق بهذه القدرات ويلعب هذا الضعف الدائم دوراً في العديد من الأمراض النفسية. ومع ذلك، يمكن علاج هذه المعوقات.

الهوية:

وهذا يعني أن يكون لديك إحساس آمن بمن أنت (كشخص) وما أنت عليه.

ضبط النفس:

وهذا يعني قدرتك على التحكم بمشاعر الحزن والغضب وما إلى ذلك بطريقة لا تغمرك بالكامل دون قصد.

التعاطف:

يشير هذا إلى القدرة على التعاطف مع والإحساس بالآخرين.

التقارب:

تصف هذه القدرة مدى استطاعتك على الثقة بالآخرين.

لذلك تم وضع دليل إرشادي للأشخاص الذين يعانون من ضعف شديد في وظائف الشخصية لمساعدة الأطباء والمعالجين في العلاج. نود أن نقدم لكم هنا أهم نقاط هذا الدليل الإرشادي:.

كيف يمكن تحديد الضعف الشديد في وظائف الشخصية؟

باستخدام طرق التشخيص التي تعتمد على فكرة مقياس مستوى وظائف الشخصية، يمكن للأطباء والمعالجين تقييم مدى ضعف مستوى وظائف الشخصية لدى الشخص. يمكن القيام بذلك في محادثات يتم فيها مناقشة الموضوعات التي يمكن أن تشير إلى مثل هذه المعوقات معاً. يمكن أيضاً استخدام استبيانات الإكمال الذاتي لتكوين انطباع أولي عن المعوقات المحتملة في وظائف الشخصية. الهدف من التشخيص هو تقييم المدى الدقيق لضعف وظائف الشخصية، بدلاً من مجرد التفريق بين "ضعيف" و "غير ضعيف".

ما هو أساس علاجك؟

من الأساسي للعلاج أن يتم تعزيزك نفسياً.

يجب أن تتخذ جميع القرارات المتعلقة بعلاجك معك، إذا كنت ترغب في ذلك؛ وهذا ما يسمى بـ "المشاركة في اتخاذ القرارات".

كما يمكن أن تكون مجموعات المساعدة الذاتية وهذه المجموعات مفيدة للغاية، حيث يمكنها أن تقويك وتحسن من فهمك للمرض وإدارته.

يمكن أن يلعب الدعم من المصابين الآخرين (دعم الأقران) دوراً مهماً أيضاً. يمكن لطبيبك أو معالجك النفسي أن يساعدك في التعرف على المصابين الآخرين الذين يمكنهم دعمك.

ماذا يحدث أثناء العلاج؟

يوصى بالعلاج النفسي خارجياً (في العيادات الخارجية) لتحسين حالتك. كقاعدة عامة، عادةً ما يكون من الضروري إجراء جلسات أطول وجلسات استشارية متكررة بما فيه الكفاية (على سبيل المثال عدة مرات في الأسبوع). يمكن أن يتم هذا العلاج كعلاج فردي أو جماعي.

يمكن أن يكون علاج المرضى داخلياً (في مصحة نفسية) أو العلاج في عيادة نهائية مفيداً إذا لم يكن علاج المرضى العيادات الخارجية كافياً.

يجب تناغم العلاج النفسي الداخلي والخارجي والتنسيق الجيد بينهما. كما يجب تنسيق العلاج من قبل أشخاص على اتصال منتظم بك كجزء من علاجك.

من المهم أن تكون قادراً على بناء علاقة مستقرة ومستدامة مع معالجك، لأن هذا أمر ضروري لنجاح علاجك. يجب أن يكون المعالجون قادرين على ملاحظة خطواتك الصغيرة إلى الأمام وتقديرها، والتجاوب معك عاطفياً والتفكير معك بانتظام في تقدم علاجك. وعادةً ما يكون الدعم المستمر في بيئتك المعيشية مفيداً. يجب أن تراعي مراكز العلاج أمراضك الأخرى ومواقفك الاجتماعية المحتملة حتى لا تضطر إلى تغيير الأطباء أو المعالجين باستمرار. في بعض الأحيان، قد يكون العلاج داخل المستشفى أو الرعاية النهارية مفيداً. كما أنه يجب ألا تكون هناك فجوات في العلاج أثناء الانتقال إلى الرعاية الخارجية.

يجب أن يتبادل معالجوك النفسيون المعلومات مع بعضهم البعض بانتظام، حيث يساعد ذلك على تحسين العلاج. يجب أن يكون المعالجون أيضاً مدربين تدريباً جيداً.

في بعض الحالات، قد يكون من الضروري أن يقوم المعالجون بزيارتك في المنزل. وفي هذه الحالة، يجب أن يكونوا متفهمين ومنفتحين على حالتك.

يجب أن يشجع المعالج إشراك أفراد الأسرة (الأصدقاء أو الأقارب) في عملية العلاج، إذا كان ذلك في مصلحة المريض، ويجب التعامل مع مخاوف جميع الأطراف المعنية باحترام.

يمكن للرعاية النفسية في العيادات الخارجية أن تساعدك في أوقات الأزمات وفي التأقلم مع مرضك.

لتمكينك من المشاركة في الحياة العملية، يجب أن تُعرض عليك برامج مثل "التوظيف المدعوم" والتدخلات التدريبية. يعد التدريب المهني وإعادة التأهيل المهني المبكر والمخصص أمراً مهماً للعديد من المرضى.

يجب أن تكون المعلومات المتعلقة بحالتك (التثقيف النفسي) سهلة الفهم بالنسبة لك. يجب أن تتاح لك الفرصة لطرح الأسئلة.

يجب تقديم العلاج بالفن والعلاج المهني والعلاج الرياضي والتمارين الرياضية لك إذا كنت ترغب في ذلك. يجب تقديم المشورة لك بشأن الصحة البدنية ومخاطر المرض وإخبارك بما يمكنك القيام به من أجل صحتك العقلية والبدنية.

يمكن أن يكون عقد العلاج المحدد مفيداً في سياق العلاج النفسي.

يعد الدعم طويل الأمد من الطبيب العام جزءاً مهماً من علاجك. من المهم وجود علاقة جيدة بينكما. يجب أن يكون أطباء العموم على دراية باضطرابات وظائف الشخصية وأن يكونوا قادرين على التعامل معها؛ ويجب أن يكونوا مدربين وفقاً لذلك؛ كما يحتاجون أيضاً إلى شبكة جيدة مع الأشخاص الآخرين الذين يعالجونك.

ليس من المؤكد بعد ما إذا كانت الأدوية يمكن أن تساعدك أم لا. يجب إجراء المزيد من الأبحاث العلمية في هذا الشأن.

المزيد من المعلومات

I. المصادر والمنهجية والروابط

تستند هذه المعلومات إلى أحدث النتائج العلمية للمبدأ التوجيهي S3 "تشخيص وعلاج وإعادة تأهيل المرضى الذين يعانون من ضعف شديد في وظائف الشخصية". تم وضع هذا المبدأ التوجيهي بمبادرة من الجمعية الألمانية للتحليل النفسي والعلاج النفسي والعلاج النفسي الجسدي وعلم النفس العميق، وبتوجيه من رابطة الجمعيات الطبية العلمية.

ساهمت 33 جمعية مهنية متخصصة في هذا المبدأ التوجيهي.

لمزيد من المعلومات

هنا رابط الدليل الإرشادي للمريض <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001>

II. الاتصال بالمساعدة الذاتية

يمكنك العثور على منظمة للمساعدة الذاتية في منطقتك من المركز الوطني للاتصال والمعلومات لتشجيع ودعم مجموعات المساعدة الذاتية:

www.nakos.de

تلفون: 030 3101 8960

للأقارب:

[→https://www.bapk.de/angebote/selbsthilfenetz-psychiatrie/suche-angehoerigengruppen-deutschland-text.html](https://www.bapk.de/angebote/selbsthilfenetz-psychiatrie/suche-angehoerigengruppen-deutschland-text.html)

人格功能严重受损 - 什么是人格功能严重受损，如何治疗？

什么是人格功能？

人格功能是应对生活的重要技能，既包括与人打交道的技能，也包括与自己打交道的技能。这些技能包括

身份认同:

指您对自己的身份和认同有著安全感。

情绪自控:

指您可以控制悲伤、愤怒等情绪，使自己不会在无意中被这些情绪淹没。

这些能力可能会暂时或永久性受损，甚至严重受损。这些永久性损伤是许多精神疾病的诱因。不过，这些损伤是可以治疗的。

同理心:

指您能够体会他人的情绪和感受的能力。

亲近:

指您能够信赖他人的能力。

因此，我们为**严重人格障碍患者**制定了一份**指引**，以协助医生和治疗师进行治疗。在此，我们希望能在此向您介绍该指引的三个要点。

如何确定人格功能严重受损？

医生和治疗师可以利用以人格功能量表为基础的诊断方法，来评估一个人的人格功能受损程度。这评估可以以谈话方式进行，在谈话过程中可以谈及可能有關於该人格障碍的话题。此外，医生和治疗师也可以透过自填问卷的方式，对可能存在的人格功能障碍获得初步的了解。诊断的主要目的是评估人格功能受损的程度，而并不是简单地区分“受损”及“未受损”。

基本的治疗方法

最根本的治疗方法是要**加强个人心理的治疗**。

如果您愿意，您的医生或治疗师应该与您一起决定有关治疗的所有事情；这也被称为“**参与式决策**”。

自助和自助小组也很有帮助，它们可以增强您的个人力量，提高您对疾病的理解和处理能力。

还有，**其他患者的支持和鼓励**（同伴支持）也能在治疗期间中发挥出重要的作用。您的医生或治疗师可以协助您结识其他互相扶持的患者。

治疗期间会发生什么？

一般情况下会建议患者选用门诊心理治疗来改善病情。通常，**患者**需要较长时间的治疗和足够频繁的咨询（如每周数次）从而达到理想的治疗效果。门诊心理治疗可以以个人或集体治疗方式进行。

如果门诊治疗效果不佳，**住院治疗**或**日间诊所治疗**可能会更有助改善病情。

门诊治疗和住院治疗应相互协调，治疗应由在治疗期间与您经常保持联系的人来协调。

与治疗师建立**稳定及持久的关系**是非常重要，这对治疗的成功有关键性的作用。治疗师应能够识别并表扬您向前迈出一小步，并与您有情感上的交流，还有定期与您一起反思治疗的进展。在您的生活环境中提供持续的支持通常也会对治疗有帮助。治疗中心应顾及到您的其他疾病和可能存在的社交障碍，以避免您不断更换医生或治疗师。有时住院治疗或日间护理治疗也很**有效**。在向门诊治疗过渡的过程中，治疗不应出现间断。

您的治疗师应**定期相互交流**，因为这有助于改善您的治疗。治疗师也必须**受过良好训练**。

在某些情况下，治疗师可能需要对您进行家访。在这种情况下，他们应该尊重并坦诚地对待您的情况。

治疗师应鼓励**家庭成员**（朋友或亲戚）积极参与治疗过程（如果这符合他们的利益），并应尊重所有相关方的意愿。

精神科门诊治疗可以提供帮助以协助您度过危机和应对疾病。

为使您能够投入社会工作，**相关机构**应为您提供 "辅助就业 "等计划和培训。对许多患者来说，早期的、量身定制的职业培训和康复训练是非常重要的。

有关您的障碍的资料（心理教育）应易于理解，而且您也应该有提问的机会。

如果您愿意，还可以接受**艺术治疗、职业治疗**以及**运动和锻炼治疗**。相关机构应向您提供有关身体健康和疾病风险的咨询，并为您提供身体健康的建议。

在心理治疗中，具体的**心理咨询协议合同**会有所帮助。

家庭医生的长期支持是治疗的主要一部分，保持你们之间的好关系是非常重要的。全科医生应该熟悉人格功能障碍并能够处理有关问题，他们必需接受相应的培训。还有，他们需要与其他为您提供治疗的人建立良好的网络。

目前还不能确定**药物治疗**是否对您有帮助，这方面还需要进行更多的科学研究。

更多信息

I. 资料来源、方法和链接

本信息基于 S3 指导方针 "人格功能严重受损患者的诊断、治疗和康复 "的最新科学发现。该指引由德国精神分析、心理治疗、心身医学和深度心理学协会发起，并得到了科学医学协会（Association of Scientific Medical Societies）的指导。

共有 33 个国家/地区/地区本指南提供了意见。

更多信息：

→<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001> [这里是病人 LL 的链接]

II 联系自助

您可以从 NAKOS（全国鼓励和支持自助团体联络和信息中心）了解您所在地区的自助组织：

www.nakos.de 电话：030 3101 8960

给亲戚

→<https://www.bapk.de/angebote/selbsthilfenetz-psychiatrie/suche-angehoerigengruppen-deutschland-text.html>

Severe impairment of personality functioning - What is it and how can it be treated?

What is personality functioning?

Personality functioning corresponds to skills that are important for coping with life, both in dealing with other people and in dealing with oneself. These include

Identity:

This means having a secure sense of who and what you are.

Self-direction:

This means that you can manage feelings of sadness, anger, etc. in such a way that you are not completely overwhelmed by them unintentionally.

Empathy:

This refers to the ability to empathise with other people.

Intimacy:

This ability describes how well you are able to confide in others.

People can be temporarily or permanently severely or even extremely impaired with regard to these abilities. Such permanent impairment plays a role in many mental illnesses. However, these impairments can be treated.

A **guideline** has therefore been drawn up for **people with severe impairment of personality functioning** to help doctors and therapists with treatment. We would like to present the most important points of this guideline to you here.

How can a severe impairment of personality functioning be determined?

Using diagnostic methods based on the idea of the Level of Personality Functioning Scale, doctors and therapists can assess the extent to which a person's personality functioning is impaired. This can be done in conversations in which topics that could indicate such impairments are discussed together. Self-completion questionnaires can also be used to gain an initial impression of possible personality functioning impairments. The aim of diagnostics is to assess the exact extent of a personality functioning impairment, rather than simply differentiating between "impaired" and "not impaired".

What is the basis for your treatment?

It is fundamental to the treatment that you are **psychologically strengthened**.

All decisions regarding your treatment should be made together with you, if you wish; this is called "**participatory decision-making**".

Self-help and **self-help groups** can also be very helpful, as they can strengthen you and improve your understanding and management of the illness.

Support from other sufferers (peer support) can also play an important role. Your doctor or therapist can help you to get to know other sufferers who can support you.

What happens during treatment?

Outpatient psychotherapy is recommended to improve your condition. Usually, longer therapies and sufficiently frequent counselling sessions (e.g. several times a week) are necessary. This therapy can take place as individual or group therapy.

Inpatient treatment or treatment in a **day clinic** can be useful if outpatient treatment is not sufficient.

Outpatient and inpatient treatment should be harmonised and outpatient treatment coordinated. Treatment should be coordinated by people who are in regular contact with you as part of your treatment.

It is important that you are able to build a **stable, sustainable relationship** with your therapist, as this is essential for the success of your treatment. Therapists should be able to recognise and appreciate your small steps forward, respond to you emotionally and regularly reflect with you on the progress of your therapy. Continuous support in your living environment is usually helpful. Treatment centres should take into account your other illnesses and possible social impairments so that you do not have to keep changing doctors or therapists. Sometimes inpatient or day-care treatment can be useful. There should be no gaps in treatment during the transition to outpatient care.

Your therapists should **regularly exchange information with each other**, as this helps to improve your therapy. The therapists must also be **very well trained**.

In certain cases, it may be necessary for therapists to visit you at home. In this case, they should be respectful and open to your situation.

The **inclusion of family members** (friends or relatives) in the therapy process should be encouraged by the therapist, if this is in their interest, and the concerns of all parties involved should be treated with respect.

Outpatient psychiatric care can help you in times of crisis and in coping with your illness.

To enable you to participate in **working life**, you should be offered programmes such as "supported employment" and training interventions. Early, customised vocational training and rehabilitation are important for many patients.

Information about your impairment (psychoeducation) should be easy for you to understand. You should have the opportunity to ask questions.

Art therapy, occupational therapy and **sports and exercise therapy** should be offered to you if you wish. You should be counselled on physical health and disease risks and be told what you can do for your mental and physical health.

A specific **treatment contract** can be helpful in the context of psychotherapy.

Long-term support from your general practitioner is an important part of your treatment. A good relationship between you is important. General practitioners should be familiar with impairments of personality functioning and be able to deal with them. They must be trained accordingly and also need a good network with other people who treat you.

It is not yet certain whether **medication** can help you or not. More scientific research needs to be done on this.

More information

I. Sources, methodology and links

This information is based on the latest scientific findings of the S3 guideline "Diagnostics, Therapy and Rehabilitation of Patients with Severe Impairment of Personality Functioning". This guideline was initiated by the Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. and guided by the Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.

A total of 33 professional societies contributed to this guideline.

Further information:

→ <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001> [here is the link to the patient LL]

II Contact self-help

You can find out where you can find a self-help organisation in your area from NAKOS (National Contact and Information Centre for the Encouragement and Support of Self-Help Groups):

www.nakos.de

Telephone: 030 3101 8960

For relatives:

→ <https://www.bapk.de/angebote/selbsthilfenetz-psychiatrie/suche-angehoerigengruppen-deutschland-text.html>

اختلال شدید در کارکردهای شخصیتی

این چیست و چگونه می توان آن را درمان کرد؟

کارکردهای شخصیتی چیست؟

کارکردهای شخصیتی توانایی هایی هستند که برای کنار آمدن با زندگی مهم اند، هم در برخورد با افراد دیگر و هم در برخورد با خود انسان. منجمله از اینها می توان نام برد:

افراد ممکن است در خصوص این توانمندی ها به طور موقت یا دائمی به شدت یا حتی به اندازه زیادی دچار اختلال شوند. چنین اختلال دائمی در بسیاری از بیماری های روانی نقش دارد. با این حال، این آسیب ها قابل درمان هستند.

<p>مدیریت خود: به این بدان معناست که بتوان احساسات غمگینی، عصبانیت و غیره را به گونه ای مدیریت کند که به گونه ناخواسته کاملاً تحت تأثیر آنها قرار نگیرد.</p>	<p>هویت: به این معناست که بتوان بابت اینکه آدم چه کسی و چه چیزی هست، احساس امنیت داشته باشد.</p>
<p>قرابت: به معنای توانایی اعتماد به دیگران و به اشتراک گذاشتن افکار و احساسات خود با آنها است.</p>	<p>همدلی: به این معناست که بتوان وضعیت دیگران را درک و احساس کرد.</p>

برای افرادی که دارای اختلالات شدید در کارکردهای شخصیتی هستند، به همین دلیل راهنمایی ذیل تهیه شده است که به پزشکان و درمانگران هنگام درمان کمک می کند. در اینجا می خواهیم نکات اصلی این راهنمایی را به شما معرفی کنیم.

چگونه می توان شدت اختلال در کارکردهای شخصیتی را تشخیص داد؟

پزشکان و درمانگران با استفاده از روش های تشخیصی مبتنی بر ایده «مقیاس عملکرد شخصیت» می توانند میزان اختلالات در کارکردهای شخصیتی افراد را ارزیابی کنند. این سنجش و ارزیابی را می توان طی گفتگوهایی انجام داد که در آن موضوعاتی که می تواند نشان دهنده چنین آسیب هایی باشد با هم مورد بحث قرار بگیرد. به منظور برداشت اولیه از اختلالات احتمالی در کارکردهای شخصیتی، می توان از پرسشنامه هایی که خود فرد آن را پر می کند، نیز استفاده کرد. هدف از تشخیص، ارزیابی میزان دقیق اختلال در کارکردهای شخصیتی است، نه اینکه صرفاً بین «مختل» و «غیرمختل» تمایز قائل شود.

اساس درمان شما چیست؟

جنبه اساسی درمان این است که شما از نظر روانی تقویت شوید.

اگر بخواهید، تمام تصمیم ها در مورد درمان شما باید با شما یکجا گرفته شود. این "تصمیم گیری مشارکتی" نامیده می شود. خودیاری و گروه های خودیاری نیز می توانند بسیار مفید باشند، زیرا می توانند شما را تقویت کنند و درک و برخورد شما با بیماری را بهبود بخشند.

حمایت سایر افراد آسیب دیده (حمایت همسالان) نیز می تواند نقش مهمی ایفا کند. پزشک یا درمانگر شما می تواند به شما کمک کند تا با سایر مبتلایان که می توانند از شما حمایت کنند، آشنایی حاصل کنید.

در طول درمان چه اتفاقی می افتد؟

روان درمانی سرپایی برای بهبود شما توصیه می شود. معمولاً درمان های طولانی تر و جلسات به اندازه کافی فراوان (به عنوان مثال چندین بار در هفته) ضروری است.

این درمان می تواند به صورت فردی یا گروهی انجام شود.

اگر درمان سرپایی کافی نباشد، درمان بستری یا درمان در یک کلینیک روزانه می تواند به درد بخور باشد.

درمان های سرپایی و بستری باید هماهنگ و درمان های سرپایی به طور منظم هماهنگ شوند. هماهنگی درمان باید به توسط افرادی که به طور منظم با شما در چارچوب درمان به تماس هستند.

این مهم است که بتوانید یک رابطه ثابت و پایدار با درمانگران خود ایجاد کنید، زیرا این گونه رابطه برای موفقیت درمان ضروری است. درمانگران باید بتوانند پیشرفت های کوچک شما را تشخیص داده و قدردانی کنند، به احساسات شما پاسخ دهند و

به طور منظم با شما در مورد پیشرفت درمان فکر کنند. پرستاری مستمر در محیط زندگی شما معمولا مفید است. مراکز درمانی باید سایر بیماری ها و آسیب های اجتماعی احتمالی شما را در نظر بگیرند تا مجبور نباشید مدام پزشک یا درمانگر خود را تغییر دهید. گاهی اوقات درمان بستری یا نیمه بستری می تواند به درد بخور باشد. هنگام انتقال به مراقبت های سرپایی نباید هیچ شکافی در درمان ایجاد شود.

درمانگران شما باید به طور منظم با یکدیگرشان تبادل نظر کنند، زیرا این به بهسازی درمان شما کمک می کند. درمانگران نیز باید خیلی خوبی آموزش دیده باشند.

در موارد خاص ممکن است لازم باشد که درمانگر شما را در خانه ملاقات کند. سپس آنها باید محترمانه رفتار کنند و برای درک وضعیت آنان آماده باشند.

در فرآیند درمان، وابستگان (مانند دوستان یا اعضای خانواده) باید به توسط درمانگران دخیل فرایند شوند، به شرطی که این کار در راستای اهداف درمان باشد و نگرانی های همه طرف ها با احترام مورد توجه قرار گیرد.

مراقبت های روانپزشکی سرپایی می تواند به شما در مواقع بحران و مقابله با بیماری کمک کند.

برای اینکه بتوانید در زندگی شغلی شرکت کنید، باید برنامه هایی مانند «اشتغال حمایتی» و مداخلات آموزشی به شما پیشنهاد شود. آموزش زودهنگام حرفه ای و توانبخشی برای بسیاری از بیماران مهم است.

اطلاعات مربوط به اختلال شما (آموزش روانی) باید برای شما به سادگی قابل درک باشد. شما باید فرصت مطرح کردن سوالات را داشته باشید.

در صورت تمایل، باید هنر درمانی، کاردرمانی و ورزش و تحرک درمانی به شما پیشنهاد شود. باید در مورد سلامت جسمانی و خطرات بیماری به شما مشاورت ارائه شود و در مورد کارهایی که می توانید برای سلامت روحی و جسمی خود انجام دهید به شما توضیح داده شود.

یک قرارداد درمانی خاص می تواند به عنوان بخشی از روان درمانی سودمند باشد.

حمایت طولانی مدت از پزشک خانوادگی شما جزء مهمی از درمان است. رابطه خوب بین شما مهم است. پزشکان خانوادگی باید با اختلالات کارکردهای شخصیتی آشنا باشند و بتوانند با آنها برخورد کنند. آنان همچنین به یک شبکه خوب از افراد دیگر نیاز دارند که شما را درمان می کنند.

هنوز مشخص نیست که آیا دارو می تواند به شما کمک کند یا خیر. در این مورد باید تحقیقات علمی بیشتری انجام شود.

اطلاعات بیشتر

I. منابع، روش شناسی و پیوندها

این اطلاعات بر اساس یافته های علمی فعلی دستورالعمل S3 "تشخیص، درمان و توانبخشی بیماران مبتلا به اختلال شدید کارکردهای شخصیتی" است. این دستورالعمل توسط انجمن آلمانی روانکاو، روان درمانی، روان تنی و روانشناسی عمقی e. V. راه افتاده و تحت هدایت کارگروه انجمن های علمی پزشکی تهیه شده است.

جمعا 33 انجمن تخصصی در تهیه این دستورالعمل همکاری همت ورزیده اند.

اطلاعات بیشتر:

← <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001> [اینجا لینک رجوع به بیماران - L L]

II. تماس با سازمان های خودیاری

اگر به دنبال سازمان خودیاری در نزدیکی خود هستید، می توانید اطلاعات مربوطه را از NAKOS (دفتر ملی تماس و اطلاعات برای تشویق و حمایت از گروه های خودیاری) کسب بکنید:

← www.nakos.de, تلفن: 030 31018960

برای بستگان

→ <https://www.bapk.de/angebote/selbsthilfenetz-psychiatrie/suche-angehoerigengruppen-deutschland-text.html>

Altération grave des fonctions de la personnalité - Qu'est-ce que c'est et comment peut-on la traiter?

Que sont les fonctions de la personnalité ?

Les fonctions de la personnalité sont des capacités essentielles pour faire face à la vie, aussi bien dans les relations avec les autres que dans les relations avec soi-même. En font partie

Identité:

c'est avoir un sentiment sûr de qui et de ce que l'on est.

Autocontrôle:

cela signifie que l'on peut gérer les sentiments de tristesse, de colère, etc. de manière à ne pas être complètement submergé par eux sans le vouloir.

Empathie:

on entend par là la capacité à ressentir de l'empathie pour les autres.

La proximité:

Cette compétence décrit la capacité à se confier aux autres.

Les personnes peuvent être gravement, voire extrêmement, affectées de manière temporaire ou permanente par ces capacités. Dans de nombreuses maladies psychiques, une telle déficience permanente joue un rôle. Ces déficiences peuvent être traitées.

C'est pourquoi des "Recommandations de bonne pratique" (RDB) ont été élaborées pour les **personnes souffrant de troubles graves des fonctions de la personnalité, afin d'aider les médecins et les thérapeutes dans leur traitement**. Nous souhaitons vous présenter ici les principaux points de ces recommandations **Comment peut-on constater une atteinte grave aux fonctions de la personnalité ?**

Les méthodes de diagnostic basées sur l'idée du "Level of Personality Functioning Scale" permettent aux médecins et aux thérapeutes d'évaluer le degré d'altération des fonctions de la personnalité d'une personne. Cela peut se faire lors d'entretiens au cours desquels ils discutent ensemble de sujets qui pourraient indiquer de telles atteintes. Des questionnaires à remplir soi-même peuvent également être utilisés pour se faire une première idée des éventuelles atteintes aux fonctions de la personnalité. L'objectif du diagnostic est d'évaluer le degré exact d'altération des fonctions de la personnalité, plutôt que de se contenter de faire la distinction entre "altéré" et "non altéré".

Quelle est la base de votre traitement ?

La base du traitement est de vous aider à vous **renforcer psychologiquement**.

Toutes les décisions concernant votre traitement doivent être prises avec vous, si vous le souhaitez. On appelle cela la "**prise de décision participative**".

L'entraide et les groupes d'entraide peuvent également être très utiles, car ils peuvent vous renforcer et améliorer la compréhension et la gestion de la maladie.

Le soutien d'autres personnes concernées (soutien par les pairs) peut également jouer un rôle important. Votre médecin ou votre thérapeute peut vous aider à rencontrer d'autres personnes concernées qui pourront vous soutenir.

Que se passe-t-il pendant le traitement ?

Pour améliorer votre état de santé, **une psychothérapie ambulatoire** est recommandée. En règle générale, des thérapies plus longues et des entretiens suffisamment fréquents (par exemple aussi plusieurs fois par semaine) sont nécessaires. Cette thérapie peut se dérouler en individuel ou en groupe.

Un **traitement hospitalier** ou un traitement dans un **hôpital de jour** peut s'avérer utile si un traitement ambulatoire ne suffit pas.

Les traitements ambulatoires et hospitaliers doivent être coordonnés et les traitements ambulatoires doivent être coordonnés. La coordination du traitement doit être assurée par des personnes qui sont régulièrement en contact avec vous dans le cadre du traitement.

Il est important que vous puissiez établir une **relation stable et solide** avec votre thérapeute, car cela est essentiel pour la réussite du traitement. Les thérapeutes doivent être en mesure de reconnaître et d'apprécier les petits progrès que vous faites, d'être sensibles à vos émotions et de réfléchir régulièrement avec vous à l'avancement du traitement. Un suivi continu dans votre environnement de vie est généralement utile. Les établissements de traitement devraient tenir compte de vos autres maladies et de vos éventuels handicaps sociaux, afin que vous n'ayez pas à changer régulièrement de médecin ou de thérapeute. Parfois, un traitement stationnaire ou semi-stationnaire peut s'avérer utile. Dans ce cas, il est important qu'il n'y ait pas de lacunes dans le traitement lors du passage aux soins ambulatoires.

Vos thérapeutes doivent **régulièrement échanger entre eux**, car cela permet d'améliorer votre thérapie. Ils doivent également être **très bien formés**.

Dans certains cas, il peut s'avérer nécessaire qu'ils se rendent à votre domicile. Dans ce cas, ils doivent être respectueux et à l'écoute de votre situation.

L'**implication des proches** (amis ou famille) dans le processus thérapeutique doit être encouragée par les thérapeutes, si cela va dans votre sens et si les demandes de toutes les personnes concernées sont traitées avec respect.

Les soins psychiatriques ambulatoires peuvent vous aider en période de crise et à faire face à la maladie.

Pour faciliter votre **réinsertion professionnelle**, des programmes tels que "Supported Employment" et des interventions de formation devraient vous être proposés. Une formation professionnelle et une rééducation précoce et adaptée sont importantes pour de nombreux patients.

Les informations sur votre handicap (psychoéducation) doivent être faciles à comprendre pour vous. Vous devez avoir la possibilité de poser des questions.

Si vous le souhaitez, thérapies artistiques, des ergothérapies et des thérapies sportives et physiques devraient vous être proposées. Vous devriez également recevoir des conseils sur les risques pour votre santé physique et les maladies, et on devrait vous expliquer ce que vous pouvez faire pour améliorer votre santé mentale et physique.

Dans le cadre des psychothérapies, un **contrat de traitement** spécifique peut être utile x.

Le **suivi à long terme par votre médecin de famille** est un élément important du traitement. Une bonne relation avec votre médecin est essentielle. Les médecins généralistes doivent connaître et savoir gérer les troubles de la personnalité et recevoir une formation appropriée.

On ne sait pas encore avec certitude si **les médicaments** peuvent vous aider ou non. Des recherches scientifiques supplémentaires doivent être menées à ce sujet.

Plus d'informations

I. Sources, méthodologie et liens

Cette information est basée sur les connaissances scientifiques actuelles des "Recommandations de bonne pratique" (RDB) "Diagnostic, traitement et rééducation des patients souffrant d'une atteinte sévère des fonctions de la personnalité". Cette ligne directrice a été mise en place par la Société allemande de psychanalyse, psychothérapie, psychosomatique et psychologie des profondeurs (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V.) et guidée par le Groupe de travail des sociétés médicales scientifiques (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften).

Au total, 33 sociétés spécialisées ont collaboré à ces "Recommandations de bonne pratique".

Plus d'informations :

→ <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001> [ici le lien vers la "Recommandations de bonne pratique" du patient]

II Contact Entraide

Pour savoir où trouver une organisation d'entraide près de chez vous, contactez le NAKOS (Centre national de contact et d'information pour la stimulation et le soutien des groupes d'entraide) :

→ www.nakos.de, téléphone : 030 3101 8960

Pour les proches :

→ <https://www.bapk.de/angebote/selbsthilfenetz-psychiatrie/suche-angehoerigengruppen-deutschland-text.html>

पर्सनैलिटी फंक्शनों की गंभीर कमी यह क्या है और इसका कैसे इलाज किया जाता है?

पर्सनैलिटी फंक्शन क्या हैं?

पर्सनैलिटी फंक्शन वे क्षमताएं हैं जो जिंदगी से जूझने के लिए जरूरी होती हैं, केवल अन्य लोगों के साथ व्यवहार करने के दौरान ही नहीं बल्कि स्वयं की समस्याओं का सामना करने के लिए भी जरूरी हैं। इनमें शामिल है:

पहचान:

इसका मतलब है कि आप इस बात के संबंध में आश्वस्त हैं कि आप कौन हैं और क्या हैं।

आत्म-नियंत्रण:

इसका अर्थ है कि आप दुःख, क्रोध आदि की भावनाओं को इस प्रकार संभाल पाते हैं कि आप अनायास उनसे प्रभावित नहीं होते।

इन क्षमताओं के संदर्भ में लोगों में अस्थायी या स्थायी रूप से गंभीर या चरम कमी हो सकती है। ऐसी स्थायी कमी कई मनोवैज्ञानिक बीमारियों में महत्वपूर्ण कारक होती है। लेकिन इन कमियों का इलाज किया जा सकता है।

समानुभूति:

इनमें अन्य लोगों के साथ सहानुभूति रखने की क्षमता शामिल है।

आत्मीयता:

यह क्षमता दर्शाती है कि आप दूसरों पर कितनी अच्छी तरह भरोसा कर पाते हैं।

इसलिए, **पर्सनैलिटी फंक्शन में गंभीर कमी वाले लोगों** के लिए **गाइडलाइन**

विकसित की गई हैं, जो डॉक्टरों और थेरेपिस्ट को इलाज करने में मदद करती हैं। हम यहां आपके सामने सबसे महत्वपूर्ण बातों को प्रस्तुत करना चाहते हैं।

आप पर्सनैलिटी फंक्शन में गंभीर कमी का निर्धारण कैसे कर सकते हैं?

"पर्सनैलिटी फंक्शनिंग स्केल" की अवधारणा पर आधारित नैदानिक तरीकों से, डॉक्टर और थेरेपिस्ट किसी व्यक्ति में पर्सनैलिटी फंक्शन में कमी की सीमा का अनुमान लगा सकते हैं। यह बातचीत के माध्यम से किया जा सकता है, जहां ऐसे विषयों पर संयुक्त रूप से चर्चा की जाए जो ऐसी कमियों को इंगित करती हों। पर्सनैलिटी फंक्शनों की संभावित कमियों का प्रथम अनुमान लगाने के लिए स्वयं भरे जाने वाले प्रश्नावली का भी उपयोग किया जा सकता है। निदान का उद्देश्य केवल "कमी है" और "कमी नहीं है" के बीच अंतर करने के बजाय पर्सनैलिटी फंक्शन की कमी की सटीक सीमा का अनुमान लगाना है।

आपके इलाज का उद्देश्य क्या है?

इस इलाज का उद्देश्य आपको **मनोवैज्ञानिक रूप से मजबूत बनाना** है।

आपके उपचार में सभी निर्णय आपके साथ मिलकर लिए जाने चाहिए, बशर्ते आप ऐसा चाहें; इसे "**सहभागिता में निर्णय लेना**" कहा जाता है।

स्वयं सहायता और **स्वयं सहायता समूह** भी बहुत उपयोगी हो सकते हैं क्योंकि वे आपको सशक्त बनाते हैं और आप में कमी की समझ और उसके प्रबंधन को बेहतर बना सकते हैं।

इसी प्रकार, **अन्य रोगियों से प्राप्त सहयोग** (पियर सपोर्ट) भी महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकता है। आपका डॉक्टर या आपका थेरेपिस्ट आपको अन्य रोगियों से परिचित होने में मदद कर सकता है, जो आपकी सहायता कर सकते हैं।

इलाज में क्या शामिल है?

आउटपेशेंट साइकोथेरेपी आपके स्वास्थ्य में सुधार के लिए अनुशंसित है। आमतौर पर, लंबे समय के लिए थेरेपी और पर्याप्त रूप से लगातार बातचीत (उदाहरण के लिए, सप्ताह में कई बार) आवश्यक होती है। यह थेरेपी अलग-अलग या फिर सामूहिक तौर पर की जा सकती है।

यदि आउटपेशेंट इलाज पर्याप्त न हो तो **इनपेशेंट इलाज** या **डे-केयर अस्पताल** में इलाज कराया जा सकता है।

आउटपेशेंट और इनपेशेंट इलाज संतुलित होना चाहिए तथा आउटपेशेंट इलाज समन्वित होना चाहिए। इलाज का समन्वय उन व्यक्तियों द्वारा किया जाना चाहिए, जो इलाज के संदर्भ में नियमित रूप से आपके संपर्क में रहते हैं।

जरूरी है कि आप अपने थेरेपिस्ट के साथ **स्थिर, व्यवहार्य संबंध** बना सकें क्योंकि यह इलाज को सफलतापूर्वक करने के लिए आवश्यक है। थेरेपिस्ट को आप में छोटे-छोटे सुधारों को पहचानने और उनकी सराहना करने की क्षमता होनी चाहिए, उसे भावनात्मक रूप से आपकी सहायता करनी चाहिए तथा थेरेपी की प्रगति पर नियमित रूप से विचार करना चाहिए। आप जहाँ रहते हैं, वहाँ के माहौल में निरंतर सहयोग आमतौर पर मददगार होता है। इलाज सुविधाओं को आपकी अन्य बीमारियों और संभावित सामाजिक कमियों पर भी विचार करना चाहिए ताकि आपको बार-बार डॉक्टर या थेरेपिस्ट बदलने की आवश्यकता न पड़े। कभी-कभी, अस्पताल में भर्ती या आंशिक अस्पताल में भर्ती करके इलाज कराना समझदारी भरा कदम हो सकता है। इससे लेकिन आउटपेशेंट केयर में इलाज में कोई कमी नहीं आनी चाहिए।

आपके थेरेपिस्टों को **नियमित रूप से एक दूसरे के साथ विचारों का आदान-प्रदान करना चाहिए**, क्योंकि इससे आपकी थेरेपी को बेहतर बनाने में मदद मिलेगी। थेरेपिस्टों को भी **बहुत अच्छी तरह प्रशिक्षित** होना चाहिए।

कुछ मामलों में, आवश्यक हो सकता है कि थेरेपिस्ट आपके घर पर आएँ। ऐसे समय उन्हें आपके प्रति सम्मानपूर्ण और आपकी स्थिति के प्रति खुला मन रखना चाहिए।

यदि आपके हित में हो तो थेरेपिस्ट को थेरेपी की प्रक्रिया में **संबंधित सदस्यों (मित्रों या परिवार)** की भागीदारी को बढ़ावा देना चाहिए तथा इसमें शामिल सभी पक्षों की चिंताओं को सम्मानपूर्वक प्रबंध करना चाहिए।

आउटपेशेंट साइकेटरिक केयर मुश्किल परिस्थितियों के समय और रोग प्रबंधन में आपकी मदद कर सकती है।

आपके लिए **कार्यशील जीवन** में शामिल होने के लिए, आपको “समर्थित रोजगार” और ट्रेनिंग इंटरवेंशन जैसे प्रोग्राम ऑफर किए जाने चाहिए। कई रोगियों के लिए तत्काल, आवश्यकतानुसार तैयार प्रोफेशनल प्रशिक्षण और पुनर्वास जरूरी होता है।

आपकी समस्या (साइकोएडुकेशन) के बारे में जानकारी आपके लिए आसानी से समझने योग्य होनी चाहिए। यहाँ, आपको प्रश्न पूछने का मौका मिलना चाहिए।

अगर आपकी इच्छा हो तो आपको **आर्टिस्टिक थेरेपी, एर्गोथेरेपी तथा स्पोर्ट्स और मूवमेंट थेरेपी** ऑफर की जानी चाहिए। आपको शारीरिक स्वास्थ्य संबंधी जोखिमों और बीमारी के खतरों के बारे में सलाह दी जानी चाहिए और आपको समझाया जाना चाहिए कि आप अपने मनोवैज्ञानिक और शारीरिक स्वास्थ्य के लिए क्या कर सकते हैं।

साइकोथेरेपी के संदर्भ में एक विशिष्ट **ट्रीटमेंट कॉन्ट्रैक्ट** सहायक हो सकता है।

आपके जेनरल प्राक्टिशनर का दीर्घकालिक सहयोग इलाज का एक महत्वपूर्ण पहलू है। आप दोनों के बीच एक अच्छा संबंध बहुत जरूरी है। जेनरल प्राक्टिशनर को आपके पर्सनैलिटी फंक्शन में कमी से परिचित होना चाहिए, उनसे निपटने में सक्षम होना चाहिए तथा उन्हें इसके लिए प्रशिक्षित भी होना चाहिए; इसके अलावा, उन्हें आपका इलाज करने वाले अन्य लोगों के साथ अच्छे नेटवर्क की भी आवश्यकता होगी।

यह स्पष्ट नहीं है कि **दवाएं** आपकी मदद कर सकती हैं या नहीं। इस प्रयोजन के लिए और वैज्ञानिक शोध करने की आवश्यकता है।

और जानकारी

I। स्रोत, तरीके और लिंक

यह जानकारी S3 गाइडलाइन "पर्सनैलिटी फंक्शन की गंभीर कमी वाले रोगियों के निदान, थेरपी और पुनर्वास" के वर्तमान वैज्ञानिक ज्ञान पर आधारित है। जर्मन सोसायटी फॉर साइकोएनालिसिस, साइकोथेरेपी, साइकोसोमैटिक्स एंड डेप्ट साइकोलॉजी (पंजीकृत एसोसिएशन) ने इस गाइडलाइन को तैयार किया है तथा एसोसिएशन ऑफ साइंटिफिक मेडिकल सोसाइटीज ने इसका मार्गदर्शन किया।

कुल मिलाकर, 33 पेशेवर सोसायटियों ने इस दिशानिर्देश में योगदान दिया है।

आगे की जानकारी:

→ <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001> [पेशेंट गाइडलाइन के लिए लिंक यहाँ है]

II। स्वयं-सहायता के लिए संपर्क

आप एनएकेओएस (नैशनल कॉन्टैक्ट एंड इन्फॉर्मेशन सेंटर फॉर एन्करेजमेंट एंड सपोर्ट ऑफ सेल्फ-हेल्प ग्रुप्स) पर पता लगा सकते हैं कि आपके आस-पास स्वयं सहायता संगठन कहां हैं:

→ www.nakos.de, फोन नंबर: 030 3101 8960

परिवार के लिए:

→ <https://www.bapk.de/angebote/selbsthilfenetz-psychiatrie/suche-angehoerigengruppen-deutschlandtext.html>

Poważne zaburzenia funkcji osobowości - Co to jest i jak można to leczyć?

Czym są funkcje osobowości?

Funkcje osobowości to umiejętności, które są ważne dla radzenia sobie w życiu, zarówno w kontaktach z innymi ludźmi, jak i z samym sobą. Obejmują one:

Tożsamość:

Oznacza to bezpieczne poczucie tego, kim i czym jesteś.

Samokontrola:

Oznacza to, że potrafisz radzić sobie z uczuciami smutku, złości itp. w taki sposób, że nie jesteś nimi całkowicie przytłoczony.

Ludzie mogą być tymczasowo lub trwale poważnie, a nawet skrajnie upośledzeni pod względem tych zdolności. Takie trwale upośledzenie odgrywa rolę w wielu chorobach psychicznych. Upośledzenia te można jednak leczyć.

Empatia:

odnosi się do zdolności wczuwania się w innych ludzi.

Bliskość:

Ta umiejętność opisuje, jak dobrze jesteś w stanie zwierzać się innym.

W związku z tym opracowano **wytyczne dla osób z poważnymi zaburzeniami funkcji osobowości**, aby pomóc lekarzom i terapeutom w leczeniu. Chcielibyśmy tutaj przedstawić najważniejsze punkty tych wytycznych.

Jak można stwierdzić poważne upośledzenie funkcji osobowości?

Korzystając z metod diagnostycznych opartych na idei „Level of Personality Functioning Scale”, lekarze i terapeuci mogą ocenić, w jakim stopniu funkcje osobowości danej osoby są zaburzone. Można to zrobić w rozmowach, w których wspólnie omawiane są tematy mogące wskazywać na takie upośledzenia. Kwestionariusze do samodzielnego wypełnienia mogą być również wykorzystane do uzyskania wstępnego wrażenia na temat możliwych zaburzeń funkcji osobowości. Celem diagnostyki jest ocena dokładnego stopnia upośledzenia funkcji osobowości, a nie tylko rozróżnienie między "upośledzonymi" i "nieupośledzonymi".

Jaka jest podstawa Twojego leczenia?

Podstawą leczenia jest **wzmocnienie twojego zdrowia psychicznego**.

Wszystkie decyzje dotyczące leczenia powinny być podejmowane wspólnie z Tobą, jeśli tego chcesz; nazywa się to "**partycypacyjnym podejmowaniem decyzji**".

Samopomoc i **grupy samopomocy** mogą być również bardzo pomocne, ponieważ mogą wzmocnić Cię i poprawić Twoje zrozumienie i radzenie sobie z chorobą.

Wsparcie ze strony innych osób cierpiących na tę chorobę (wsparcie rówieśnicze) może również odgrywać ważną rolę. Lekarz lub terapeuta może pomóc pacjentowi poznać inne osoby cierpiące na tę chorobę, które mogą pacjenta wesprzeć.

Co dzieje się podczas leczenia?

W celu poprawy stanu zdrowia zaleca się **psychoterapię ambulatoryjną**. Z reguły konieczne są dłuższe terapie i odpowiednio częste sesje doradcze (np. kilka razy w tygodniu). Terapia może mieć charakter indywidualny lub grupowy.

Leczenie szpitalne lub leczenie w **klinice dziennej** może być przydatne, jeśli leczenie ambulatoryjne nie jest wystarczające.

Leczenie ambulatoryjne i szpitalne powinno być zharmonizowane, a leczenie ambulatoryjne **skoordynowane**. Leczenie powinno być koordynowane przez osoby, które mają z Tobą regularny kontakt w ramach leczenia.

Ważne jest, abyś był w stanie zbudować **stabilną, trwałą relację** ze swoim terapeutą, ponieważ jest to niezbędne dla powodzenia leczenia. Terapeuta powinien być w stanie rozpoznać i docenić Twoje małe kroki, reagować na Twoje emocje oraz regularnie zastanawiać się z Tobą nad postępami terapii. Stałe wsparcie w twoim środowisku życia jest zazwyczaj pomocne. Ośrodki terapeutyczne powinny brać pod uwagę inne choroby i ewentualne upośledzenia społeczne, aby nie trzeba było ciągle zmieniać lekarzy lub terapeutów. Czasami przydatne może być leczenie szpitalne lub dzienne. Podczas przechodzenia do opieki ambulatoryjnej nie powinno być przerw w leczeniu.

Terapeuci powinni **regularnie wymieniać się informacjami** między sobą, ponieważ pomaga to usprawnić terapię. Terapeuci muszą być również **bardzo dobrze wyszkoleni**.

W niektórych przypadkach może być konieczne, aby terapeuci odwiedzili Ciebie w domu. W takim przypadku terapeuci powinni być otwarci i pełni szacunku dla Twojej sytuacji.

Terapeuta powinien zachęcać bliskich osób (przyjaciół lub krewnych) do włączenia się w proces terapii, jeśli jest to zgodne z Twoimi życzeniami, a potrzeby wszystkich zaangażowanych osób powinny być traktowane z szacunkiem.

Ambulatoryjna opieka psychiatryczna może pomóc w chwilach kryzysu i w radzeniu sobie z chorobą.

Aby umożliwić Ci uczestnictwo w **życiu zawodowym**, należy zaoferować Ci programy takie jak " Supported Employment " i interwencje szkoleniowe. Wczesne, dostosowane do potrzeb szkolenie zawodowe i rehabilitacja są ważne dla wielu pacjentów.

Informacje na temat upośledzenia (psychoedukacja) powinny być łatwe do zrozumienia. Powinieneś/ powinnaś mieć możliwość zadawania pytań.

Jeśli sobie tego życzysz, należy zaoferować Ci **terapię artystyczną, terapię zajęciową** oraz **terapię sportową i ruchową**. Powinieneś otrzymać poradę na temat zdrowia fizycznego i ryzyka chorób oraz informacje o tym, co możesz zrobić dla swojego zdrowia psychicznego i fizycznego.

Konkretny **kontrakt terapeutyczny** może być pomocny w kontekście psychoterapii.

Długoterminowe wsparcie ze strony lekarza rodzinnego jest ważną częścią leczenia. Dobre relacje między wami są istotne. Lekarze rodzinni powinni znać się na zaburzeniach funkcji osobowości i być w stanie sobie z nimi radzić; muszą być odpowiednio przeszkoleni; potrzebują również dobrej sieci kontaktów z innymi osobami, które zajmują się Twoim leczeniem.

Nie jest jeszcze pewne, czy **leki** mogą pomóc, czy nie. Należy przeprowadzić więcej badań naukowych na ten temat.

Więcej informacji

I. Źródła, metodologia i linki

Informacje te opierają się na najnowszych ustaleniach naukowych wytycznych S3 "Diagnostyka, terapia i rehabilitacja pacjentów z poważnymi zaburzeniami funkcji osobowości". Wytyczne te zostały zainicjowane przez Niemieckie Towarzystwo Psychoanalizy, Psychoterapii, Psychosomatyki i Psychologii Głębi oraz kierowane przez Stowarzyszenie Naukowych Towarzystw Medycznych.

Do opracowania niniejszych wytycznych przyczyniły się łącznie 33 organizacje specjalistyczne.

Więcej informacji:

→ <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001> [tutaj znajduje się link do wytycznych pacjenta].

II Samopomoc w kontakcie

Możesz dowiedzieć się, gdzie możesz znaleźć organizację samopomocy w swojej okolicy od NAKOS (Krajowe Centrum Kontaktów i Informacji dla Zachęcania i Wspierania Grup Samopomocy):

→ www.nakos.de, Telefon: 030 3101 8960

Dla krewnych:

→ <https://www.bapk.de/angebote/selbsthilfenetz-psychiatrie/suche-angehoerigengruppen-deutschland-text.html>

Comprometimento grave da função da personalidade em –

O que é e como pode ser tratado?

O que são funções da personalidade?

As funções da personalidade são competências importantes para lidar com a vida, tanto para lidar com outras pessoas como para lidar consigo próprio. Estas incluem

Identidade:

Significa ter uma noção segura de quem e do que se é.

Auto-controlo:

significa que consegue gerir os sentimentos de tristeza, raiva, etc. de forma a não ser completamente dominado por eles involuntariamente.

Empatia:

refere-se à capacidade de sentir empatia pelas outras pessoas.

Proximidade:

Esta capacidade descreve a sua capacidade de confiar nos outros.

As pessoas podem ser temporária ou permanentemente afectadas de forma grave ou mesmo extrema no que diz respeito a estas capacidades. Esta incapacidade permanente desempenha um papel importante em muitas doenças mentais. No entanto, estas incapacidades podem ser tratadas.

Por conseguinte, foi elaborada uma **diretriz** para as **pessoas com perturbações graves da personalidade, a fim de** ajudar os médicos e os terapeutas no tratamento. Gostaríamos de lhe apresentar aqui os pontos mais importantes desta diretriz.

Como se pode determinar uma perturbação grave das funções da personalidade?

Utilizando métodos de diagnóstico baseados na ideia da Escala de Nível de Funcionamento da Personalidade, os médicos e terapeutas podem avaliar até que ponto as funções da personalidade de uma pessoa estão afectadas. Isto pode ser feito através de conversas em que se discutem em conjunto temas que possam indicar tais deficiências. Os questionários de auto-preenchimento também podem ser utilizados para obter uma primeira impressão de possíveis deficiências nas funções da personalidade. O objetivo do diagnóstico é avaliar a dimensão exacta da perturbação das funções da personalidade, em vez de se limitar a distinguir entre "perturbado" e "não perturbado".

Qual é a base do seu tratamento?

É fundamental para o tratamento que esteja **psicologicamente fortalecido**.

Todas as decisões relativas ao seu tratamento devem ser tomadas em conjunto consigo, se assim o desejar; chama-se a isto "**tomada de decisão participativa**".

A autoajuda e os grupos de autoajuda também podem ser muito úteis, uma vez que podem fortalecê-lo e melhorar a sua compreensão e a forma como lida com a doença.

O apoio de outros doentes (apoio dos pares) também pode desempenhar um papel importante. O seu médico ou terapeuta pode ajudá-lo a conhecer outros doentes que o possam apoiar.

O que acontece durante o tratamento?

A **psicoterapia em ambulatório** é recomendada para melhorar o seu estado. Regra geral, são necessárias terapias mais longas e sessões de aconselhamento suficientemente frequentes (por exemplo, várias vezes por semana). Esta terapia pode ser efectuada individualmente ou em grupo.

O tratamento em regime de **internamento** ou numa **clínica de dia** pode ser útil se o tratamento ambulatório não for suficiente.

Os tratamentos em regime de ambulatório e de internamento devem ser harmonizados e os tratamentos em regime de ambulatório devem ser coordenados. Os tratamentos devem ser coordenados por pessoas que estejam em contacto regular com o doente durante o seu tratamento.

É importante que consiga construir uma **relação estável e duradoura** com o seu terapeuta, pois isso é essencial para o sucesso do seu tratamento. O terapeuta deve ser capaz de reconhecer e apreciar os seus pequenos passos em frente, responder-lhe emocionalmente e refletir regularmente consigo sobre o progresso da sua terapia. O apoio contínuo no seu ambiente de vida é geralmente útil. Os centros de tratamento devem ter em conta as suas outras doenças e eventuais deficiências sociais, para que não tenha de estar sempre a mudar de médico ou de terapeuta. Por vezes, pode ser útil um tratamento em regime de internamento ou de dia. Não deve haver interrupções no tratamento durante a transição para os cuidados ambulatórios.

Os seus terapeutas devem **trocar regularmente informações entre si**, pois isso ajuda a melhorar a sua terapia. Além disso, os terapeutas devem ter uma boa **formação**.

Em certos casos, pode ser necessário que os terapeutas o visitem em casa. Neste caso, devem ser respeitosos e abertos à sua situação.

A **inclusão de membros da família** (amigos ou parentes) no processo terapêutico deve ser encorajada pelo terapeuta, se for do seu interesse, e as preocupações de todas as partes envolvidas devem ser tratadas com respeito.

Os cuidados psiquiátricos em regime de ambulatório podem ajudá-lo em momentos de crise e a lidar com a sua doença.

Para lhe permitir participar na **vida ativa**, devem ser-lhe propostos programas como o "Emprego Apoiado" e intervenções de formação. A formação e a reabilitação profissional precoce e personalizada são importantes para muitos doentes.

A **informação sobre a sua deficiência** (psicoeducação) deve ser fácil de compreender. Deve ter a possibilidade de fazer perguntas.

Se o desejar, deve ser-lhe oferecida **arte-terapia, terapia ocupacional e terapia desportiva e de exercício**. Deve ser aconselhado sobre a saúde física e os riscos de doença e ser-lhe dito o que pode fazer pela sua saúde mental e física.

Um **contrato de tratamento** específico pode ser útil no contexto da psicoterapia.

O **apoio a longo prazo do seu médico de família** é uma parte importante do seu tratamento. É importante que exista uma boa relação entre vós. Os médicos de família devem estar familiarizados com as perturbações das funções da personalidade e ser capazes de lidar com elas; devem receber formação adequada; precisam também de uma boa rede de contactos com outras pessoas que o tratam.

Ainda não se sabe ao certo se a **medicação** o pode ajudar ou não. É necessário efetuar mais investigação científica sobre este assunto.

Mais informações

I. Fontes, metodologia e ligações

Estas informações baseiam-se nas mais recentes descobertas científicas da diretriz S3 "Diagnóstico, terapia e reabilitação de pacientes com graves perturbações das funções da personalidade". Esta diretriz foi iniciada pela Sociedade Alemã de Psicanálise, Psicoterapia, Psicossomática e Psicologia de Profundidade e orientada pela Associação das Sociedades Médicas Científicas.

Um total de 33 organizações especializadas contribuíram para esta diretriz.

Mais informações:

→<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001> [aqui está o link para a diretriz do paciente]

II Contactar a autoajuda

Pode obter informações sobre onde encontrar uma organização de autoajuda na sua área através do NAKOS (National Contact and Information Centre for the Encouragement and Support of Self-Help Groups):

www.nakos.de Telefone: 030 3101 8960

Para os familiares:

→<https://www.bapk.de/angebote/selbsthilfenetz-psychiatrie/suche-angehoerigengruppen-deutschland-text.html>

Тяжелое нарушение функций личности –

Что это такое и как это лечить?

Что такое функции личности?

Функции личности - это навыки, которые важны для того, чтобы справляться с жизнью, как в общении с другими людьми, так и в общении с самим собой. К ним относятся

Идентичность:

это значит, что у вас есть надежное представление о том, кто вы есть.

Самоконтроль:

это означает, что вы можете управлять чувствами грусти, гнева и т.д. таким образом, чтобы они не захлестнули вас непреднамеренно.

Эмпатия:

это способность сопереживать другим людям.

Близость:

Эта способность описывает, насколько хорошо вы умеете доверять другим.

Люди могут быть временно или постоянно сильно или даже чрезвычайно ослаблены в отношении этих способностей. Такие постоянные нарушения играют роль во многих психических заболеваниях. Однако эти нарушения поддаются лечению.

Поэтому для людей с тяжелыми расстройствами личности было разработано руководство, которое должно помочь врачам и терапевтам в лечении. Здесь мы хотели бы представить вам наиболее важные положения этого руководства.

Как определить тяжелое нарушение функций личности?

Используя диагностические методы, основанные на идее Шкалы уровня функционирования личности, врачи и терапевты могут оценить степень нарушения личностных функций человека. Это можно сделать в ходе бесед, в которых совместно обсуждаются темы, которые могут свидетельствовать о таких нарушениях. Для получения первоначального впечатления о возможных нарушениях функций личности можно также использовать самостоятельно заполненные опросники. Цель диагностики - оценить точную степень нарушения функций личности, а не просто провести различие между "нарушенными" и "не нарушенными".

На чем основано ваше лечение?

Для лечения важно, чтобы вы были психологически укреплены.

Все решения, касающиеся вашего лечения, должны приниматься вместе с вами, если вы этого хотите; это называется "**совместным принятием решений**".

Группы самопомощи и **самопомощи** также могут быть очень полезны, поскольку они могут укрепить вас и улучшить ваше понимание и отношение к болезни.

Важную роль также может сыграть **поддержка со стороны других страдальцев** (поддержка сверстников). Ваш врач или терапевт может помочь вам познакомиться с другими страдальцами, которые могут оказать вам поддержку.

Что происходит во время лечения?

Для улучшения вашего состояния рекомендуется **амбулаторная психотерапия**. Как правило, требуется более длительная терапия и достаточно частые сеансы консультирования (например, несколько раз в неделю). Такая терапия может проводиться как индивидуально, так и в группе.

Стационарное лечение или лечение в **дневном стационаре** может быть полезным, если амбулаторного лечения недостаточно.

Амбулаторное и стационарное лечение должно быть согласовано, а амбулаторное лечение - скоординировано. Лечение должно координироваться людьми, которые регулярно контактируют с вами в рамках лечения.

Очень важно, чтобы вы смогли построить **стабильные, устойчивые отношения** с терапевтом, поскольку это залог успеха вашего лечения. Терапевт должен уметь распознавать и ценить ваши маленькие шаги вперед, эмоционально реагировать на вас и регулярно обсуждать с вами ход терапии. Постоянная поддержка в вашем жизненном окружении обычно бывает полезной. Лечебные центры должны учитывать ваши другие заболевания и возможные социальные нарушения, чтобы вам не пришлось постоянно менять врачей или терапевтов. Иногда может быть полезно стационарное лечение или лечение в дневном стационаре. При переходе на амбулаторное лечение не должно быть перерывов в лечении.

Ваши терапевты должны **регулярно обмениваться информацией друг с другом**, так как это помогает улучшить вашу терапию. Кроме того, терапевты должны быть **очень хорошо обучены**.

В некоторых случаях может потребоваться, чтобы терапевты посещали вас на дому. В этом случае они должны проявлять уважение и открытость к вашей ситуации.

Терапевт должен поощрять **вовлечение членов семьи** (друзей или родственников) в процесс терапии, если это отвечает их интересам, и с уважением относиться к проблемам всех вовлеченных сторон.

Амбулаторная психиатрическая помощь может помочь вам в кризисные моменты и в преодолении болезни.

Чтобы вы могли участвовать в **трудовой деятельности**, вам должны быть предложены такие программы, как "Поддерживаемая занятость", и обучающие мероприятия. Раннее индивидуальное профессиональное обучение и реабилитация важны для многих пациентов.

Информация о вашем расстройстве (психообразование) должна быть понятной для вас. У вас должна быть возможность задавать вопросы.

При желании вам могут предложить **арт-терапию, трудотерапию, занятия спортом и лечебной физкультурой**. Вас должны проконсультировать по вопросам физического здоровья и риска заболеваний и рассказать, что вы можете сделать для своего психического и физического здоровья.

В контексте психотерапии может быть полезен специальный **договор о лечении**.

Долгосрочная поддержка вашего семейного врача - важная часть вашего лечения. Хорошие отношения между вами очень важны. Семейные врачи должны знать о нарушениях функций личности и уметь с ними справляться; они должны пройти соответствующее обучение; им также необходимо иметь хорошую связь с другими людьми, которые вас лечат.

Пока нельзя с уверенностью сказать, помогут вам **лекарства** или нет. Необходимо провести дополнительные научные исследования.

Дополнительная информация

I. Источники, методология и ссылки

Эта информация основана на последних научных результатах руководства S3 "Диагностика, терапия и реабилитация пациентов с тяжелыми нарушениями функций личности". Данное руководство было разработано по инициативе Немецкого общества психоанализа, психотерапии, психосоматики и глубинной психологии и под руководством Ассоциации научных медицинских обществ.

В подготовке данного руководства приняли участие 33 специализированные организации.

Дополнительная информация:

→ <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001> [здесь ссылка на руководство для пациентов].

II Контактная самопомощь

Узнать о том, где в вашем регионе находится организация самопомощи, можно в NAKOS (Национальный контактно-информационный центр по поощрению и поддержке групп самопомощи):

www.nakos.de Телефон: 030 3101 8960

Для родственников:

→ <https://www.bapk.de/angebote/selbsthilfenetz-psihiatrie/suche-angehoerigengruppen-deutschland-text.html>

Caqabadaha daran ee Hab-Dhaqanka Shakhsiyada –

Waa maxay taas iyo sidee lagu daweyn karaa?

Waa maxay hab-dhaqanka shakhsiyada?

Habdhaqanka shakhsiyeed waa karti muhiim u ah maareynta nolosha, la macaamilka dadka kale iyo la macaamilka qofka naftiisa, labadaba. Waxaana ka mid ah:

Aqoonsiga:

Tani waxay ka dhigan tahay inaad leedahay dareen sugan oo ah qofka iyo waxa aad tahay.

Is-xakamaynta:

Taas macnaheedu waa in aad kaantoorooli karto dareemaha murugo, xanaaq, iwm oo aanay si buuxda kaaga tan badanin adiga oo aan rabin.

Dareenka La-damqashada:

Tani waxa ay tilmaamaysaa awoodda aad ula damqanayso dadka kale.

Dhowaanshaha:

Awooddani waxay qeexaysaa sida ugu wanaagsan ee aad awooddo Inaad u aaminto dadka kale.

Dadku waxay noqon karaan kuwo si ku meel gaadh ah ama si joogto ah u daran ama xitaa aad ugu liidata awoodahaan. Naafanimada joogtada ah ee noocan oo kale ah waxay door ku leedahay cuduro badan oo dhimirka ah. Si kastaba ha ahaatee, naafadan waa la daweyn karaa.

Sidaa darteed waxaa loo sameeyay **hab-tilmaameed** loogu talagalay **dadka naafada weyni ka haysato hawlaha shakhsi ahaaneed** si ay uga caawiyaan dhakhaatiirta iyo daaweeyayaasha daaweynta. Halkan waxaan jeclaan lahayn inaan ku barno qodobada ugu muhiimsan ee tilmaamahan.

Sidee baa lagu ogaan karaa karaa Caqabadaha aad u daran ee Hab-Dhaqanka Shakhsiyada?

Isticmaalka hababka ogaanshaha ee ku salaysan fikradda "Heerka Shaqada Shakhsi ahaaneed", dhakhaatiirta iyo daaweeyayaasha waxay qiimeyn karaan inta ay le'eg yihiin naafanimada shaqooyinka shakhsi ahaaneed ee qofka. Tan waxa lagu samayn karaa wada hadallada kuwaas oo mawduucyada muujin kara naafanimadan si wadajir ah looga wada hadlay. Si loo helo aragtida hore ee naafanimada suurtagalka ah ee hawlaha shakhsiyeed, su'aalaha is-dhamaysiga ayaa sidoo kale la isticmaali karaa. Ujeedada baadhitaanku waa in la qiimeeyo inta ay le'eg tahay naafanimada shaqada shakhsi ahaaneed, halkii si fudud loo kala saari lahaa "naafo" iyo "naafo la'aan".

Waa maxay saldhigga daawayntaada?

Assaaska daawaynta waa **in lagaa xoojiyo dhanka nafsaaniga**.

Dhammaan go'aamada ku saabsan daaweyntaada waa in si wadajir ah loo gaaro, haddii aad rabto; Tan waxa loo yaqaan **"go'aan qaadashada ka qaybqaadashada"**.

Is-caawinta iyo kooxaha taageerada sidoo kale aad bay u caawin karaan maadaama ay ku xoojin karaan oo ay wanaajin karaan fahamkaaga iyo la tacaalidda cudurka.

Taageerada **dadka kale ee ay saamaysay** (taageerada asaaga) ayaa waliba door muhiim ah ka ciyaari karta. Takhtarkaaga ama daaweeyahaaga ayaa kaa caawin kara inaad barato bukaanada kale ee ku taageeri kara.

Maxaa dhacaya inta lagu jiro daawaynta?

Daaweynta nafsanaiga ah ee bukaan-socod ayaa lagula talinayaa si loo hagaajiyo caafimaadkaaga. Sida caadiga ah, daaweyn dheer iyo wadahal ku filan oo joogto ah (tusaale dhowr jeer toddobaadkii) ayaa lagama maarmaan ah. Daawayntani waxay u dhici kartaa daawaynta shaqsi ahaan ama koox ahaan.

Daawaynta bukaan-jiifka ama daaweynta maalinlaha ah waxay macno samayn kartaa haddii daawaynta bukaan-socodka aanay ku filnayn.

Daawaynta bukaan-socodka iyo bukaan-jiifka waa in la isku duwo oo daawaynta bukaan-socodka waa in la isku **hago**. Daawaynta waa in ay isku dubbaridaan dadka si joogta ah kula soo xiriira oo qayb ka ah daawaynta.

Waa muhiim inaad awood u yeelatid inaad la dhisto **xiriir deggan oo waara** daaweeyahaaga, maadaama tani ay lama huraan u tahay guusha daaweynta. Daaweeyayaashu waa inay awoodaan inay aqoonsadaan oo ay qadariyaan horumarka yaryar ee kugu jira, kaaga jawaabaan shucuur ahaan oo ay si joogto ah kuugu muujiyaan horumarka daawaynta. Taageerada joogtada ah ee deegaankaaga nololeed inta badan waa mid waxtar leh. Goobaha daawaynta waa in ay tixgeliyaan xanuunada kale iyo dhibaatooyinka bulsho ee suurtoogalka ah si aadan u sii wadan bedelida dhakhaatiirta ama daaweeyayaasha. Mararka qaarkood daawaynta bukaan-jiifka ama daryeelka-maalmeedku waxay macno samayn kartaa. Waa in aysan jirin daldaloolo daawaynta marka loo gudbayo daryeelka bukaan-socodka.

Dhakhaatiirtaada waa inay **si joogto ah ula xiriiraan midba midka kale**, sababtoo ah tani waxay kaa caawin doontaa hagaajinta daaweyntaada. Daaweeyayaasha waa in sidoo kale **aad u tababarsan yihiin**.

Xaaladaha qaarkood waxaa laga yaabaa inay lagama maarmaan u tahay daaweeyayaasha inay kugu soo booqdaan guriga. Markaa waa inay ixtiraamaan oo u furnaadaan xaaladdaada.

Daaweeyayaashu waa inay **dhiirigeliyaan ka mid noqoshada qaraabada** (saaxiibada ama qaraabada) ee habka daawaynta, haddii ay taasi dantaadu ku jirto, iyo welwelka qof kasta oo ku lug leh waa in loola dhaqmo si xushmad leh.

Daryeelka bukaan-socodka dhimirku wuxuu kaa caawin karaa waqtiyada dhibaataada iyo inaad la qabsato jirradaada.

Si aad uga qayb qaadato **noolsha shaqada**, waa in lagu siiyaa barnaamijyo ay ka mid yihiin "Shaqo la Taageero" iyo waxqabadyo tababar. Horey, tababar xirfadeedka iyo baxnaanintu waxay muhiim u yihiin bukaanno badan.

Macluumaadka ku saabsan itaaldarradaada (waxbarasho maskaxeed) waa inay kuu fududaato inaad fahamto. Waa inaad haysataa fursad aad ku waydiiso su'aalo.

Daawaynta basarka, daawaynta shaqada iyo ciyaaraha iyo jimicsiga waa in lagu soo bandhigaa haddii aad rabto. Waa in lagugula taliyo wax ku saabsan caafimaadka jidhka iyo khatarta jirrada oo lagu sharaxo waxa aad u qaban karto caafimaadkaaga maskaxda iyo jidhka.

Qandaraaska daawaynta ee gaarka ah ayaa noqon kara mid waxtar leh oo qayb ka ah teraabiyada cilminafsiiga.

Taageerada wakhtiga dheer ee dhakhtarka qoyskaaga waa qayb muhiim ah oo ka mid ah daaweynta. Xiriirka wanaagsan ee idinka dhexeeya waa muhiim. Dhakhaatiirta guud waa inay yaqaaniin daciifnimada shaqooyinka shakhsi ahaaneed oo ay awoodaan inay la tacaalaan iyaga; waxaad sidoo kale u baahan tahay shabakad wanaagsan oo dad kale ah oo ku daaweeya.

Wali lama hubo **in daawadu** ku caawin karto iyo in kale. Baadhitaan cilmiyeed badan ayaa loo baahan yahay in arrintan lagu sameeyo.

Macluumaad dheeraad ah:

I. Ilaha, habka iyo isku xirka

Macluumaadkani waxa ay ku salaysan yihiin natiijooyinka sayniska ee hadda jira ee ka yimid tilmaamaha S3 "Diagnostics, therapy

iyo baxnaaninta bukaanada leh naafo aad u daran oo ah shakhsiyadda."

Tilmaantan waxaa soo saaray Ururka Jarmalka ee falanqaynta cilmi-nafsiga, daaweynta cilminafsiga, cilmi nafsiga

iyo cilmi-nafsiga qoto dheer e. V. waxaa bilaabay iyo Kooxda Shaqada ee Saynisyahanada

Waxaa haga ururada caafimaadka ee takhasuska leh.

Tiro dhan 33 jaaliyadood oo takhasus leh ayaa ka shaqeeyay hagahan.

Macluumaad dheeraad ah:

→ <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001> [halkan waa isku xirka bukaanka LL]

II. La xidhiidh is-caawinta

Waxaad ka heli kartaa meesha aad ka heli karto urur is-caawin ah oo agagaarkaaga ah NAKOS (Xarunta Xiriirka iyo Macluumaadka ee Kicinta iyo Taageerada Kooxaha Is-caawinta):

→ www.nakos.de Taleefon: 030 3101 8960

Qaraabada:

→ <https://www.bapk.de/angebote/selbsthilfenetz-psychiatrie/suche-angehoerigengruppen-deutschland-text.html>

Alteración grave de las funciones de la personalidad –

¿Qué es y cómo puede tratarse?

¿Qué son las funciones de la personalidad?

Las funciones de la personalidad son habilidades importantes para afrontar la vida, tanto en el trato con los demás como con uno mismo. Entre ellas se incluyen

Identidad:

Significa tener un sentido seguro de quién y qué eres.

Autocontrol:

Esto significa que puede gestionar los sentimientos de tristeza, ira, etc. de tal forma que no se sienta completamente abrumado por ellos de forma involuntaria.

Empatía:

Se refiere a la capacidad de empatizar con otras personas.

Cercanía:

Esta habilidad describe lo bien que es capaz de confiar en los demás.

Las personas pueden sufrir un deterioro temporal o permanente, grave o incluso extremo, de estas capacidades. Este deterioro permanente influye en muchas enfermedades mentales. Sin embargo, estas deficiencias pueden tratarse.

Por ello, se ha elaborado una **directriz** para **personas con trastornos graves de las funciones de la personalidad**, con el fin de ayudar a médicos y terapeutas en el tratamiento. Nos gustaría presentarle aquí los puntos más importantes de esta directriz.

¿Cómo puede determinarse una afectación grave de las funciones de la personalidad?

Utilizando métodos de diagnóstico basados en la idea de la “Escala de Nivel de Funcionamiento de la Personalidad”, los médicos y terapeutas pueden evaluar hasta qué punto están alteradas las funciones de la personalidad de una persona. Esto puede hacerse en conversaciones en las que se discutan temas que puedan indicar tales deficiencias. También pueden utilizarse cuestionarios autocumplimentados para obtener una primera impresión de posibles alteraciones de las funciones de la personalidad. El objetivo del diagnóstico es evaluar el alcance exacto de la alteración de las funciones de la personalidad, en lugar de limitarse a diferenciar entre "alterado" y "no alterado".

¿En qué se basa su tratamiento?

Es fundamental para el tratamiento que se **fortalezca psicológicamente**.

Todas las decisiones relativas a su tratamiento deben tomarse junto con usted, si así lo desea; es lo que se denomina "**toma de decisiones participativa**".

La autoayuda y los **grupos de autoayuda** también pueden ser muy útiles, ya que pueden reforzarle y mejorar su comprensión y gestión de la enfermedad.

El apoyo de otros enfermos (apoyo entre iguales) también puede desempeñar un papel importante. Su médico o terapeuta puede ayudarle a conocer a otros enfermos que puedan apoyarle.

¿Qué ocurre durante el tratamiento?

Se recomienda **psicoterapia ambulatoria** para mejorar su estado. Por regla general, son necesarias terapias más largas y sesiones de asesoramiento suficientemente frecuentes (por ejemplo, varias veces por semana). Esta terapia puede ser individual o de grupo.

El tratamiento hospitalario o en una **clínica de día** puede ser útil si el tratamiento ambulatorio no es suficiente.

El **tratamiento ambulatorio y hospitalario debe armonizarse** y el tratamiento ambulatorio debe **coordinarse**. El tratamiento debe ser coordinado por personas que estén en contacto regular con usted durante su tratamiento.

Es importante que pueda establecer una **relación estable y duradera** con su terapeuta, ya que es esencial para el éxito del tratamiento. El terapeuta debe ser capaz de reconocer y apreciar sus pequeños avances, responderle emocionalmente y reflexionar periódicamente con usted sobre los progresos de su terapia. El apoyo continuo en su entorno vital suele ser útil. Los centros de tratamiento deben tener en cuenta sus otras enfermedades y posibles impedimentos sociales para que usted no tenga que cambiar continuamente de médico o terapeuta. A veces puede ser útil el tratamiento hospitalario o de día. No debe haber interrupciones del tratamiento durante la transición a la atención ambulatoria.

Los terapeutas deben **intercambiar información entre sí con regularidad**, ya que esto ayuda a mejorar la terapia. Los terapeutas también deben estar **muy bien formados**.

En algunos casos, puede ser necesario que los terapeutas le visiten en casa. En este caso, deben ser respetuosos y abiertos a tu situación.

La **inclusión de miembros de la familia** (amigos o parientes) en el proceso terapéutico debe ser fomentada por el terapeuta, si es de su interés, y las preocupaciones de todas las partes implicadas deben tratarse con respeto.

La atención psiquiátrica ambulatoria puede ayudarle en momentos de crisis y a sobrellevar su enfermedad.

Para que pueda participar en la **vida laboral**, deben ofrecérsele programas como "Empleo con apoyo" e intervenciones de formación. La formación profesional y la rehabilitación tempranas y personalizadas son importantes para muchos pacientes.

La información sobre su deficiencia (psicoeducación) debe ser fácil de entender para usted. Debe tener la oportunidad de hacer preguntas.

Si lo desea, se le debe ofrecer **arteterapia, terapia ocupacional**, así como **terapia deportiva y de ejercicio**. Se le aconsejará sobre la salud física y los riesgos de enfermedad y se le explicará lo que puede hacer por su salud mental y física.

Un **contrato de tratamiento** específico puede ser útil en el contexto de la psicoterapia.

El apoyo a largo plazo de su médico de cabecera es una parte importante de su tratamiento. Es importante que exista una buena relación entre ambos. Los médicos de cabecera deben estar familiarizados con las alteraciones de las funciones de la personalidad y ser capaces de tratarlas; deben recibir la formación adecuada; también necesitan una buena red de contactos con otras personas que le tratan.

Aún no se sabe con certeza si **la medicación** puede ayudarle o no. Es necesario realizar más investigaciones científicas al respecto.

Más información

I. Fuentes, metodología y enlaces

Esta información se basa en los últimos hallazgos científicos de la directriz S3 "Diagnóstico, terapia y rehabilitación de pacientes con trastornos graves de las funciones de la personalidad". Esta directriz fue iniciada por la Sociedad Alemana de Psicoanálisis, Psicoterapia, Psicósomática y Psicología Profunda y guiada por la Asociación de Sociedades Científicas Médicas.

Un total de 33 organizaciones especializadas han contribuido a esta directriz.

Para más información:

→<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001> [aquí está el enlace a la directriz del paciente]

II. Contacto autoayuda

En NAKOS (National Contact and Information Centre for the Encouragement and Support of Self-Help Groups) puede informarse sobre dónde encontrar una organización de autoayuda en su zona:

www.nakos.de Teléfono: 030 3101 8960

Para familiares:

→<https://www.bapk.de/angebote/selbsthilfenetz-psychiatrie/suche-angehoerigengruppen-deutschland-text.html>

Kişilik fonksiyonlarında ciddi bozulma tr - Nedir ve nasıl tedavi edilebilir?

Kişilik fonksiyonları nelerdir?

Kişilik işlevleri, hem diğer insanlarla hem de kişinin kendisiyle başa çıkmasında önemli olan becerilerdir. Bunlar şunları içerir

Kimlik:

Bu, kim ve ne olduğunuza dair güvenli bir duyguya sahip olmak anlamına gelir.

Özdenetim:

Bu, üzüntü, öfke vb. duyguları, istemeden de olsa tamamen bunalmayacak şekilde yönetebilmemiz anlamına gelir.

İnsanlar bu yetenekleri bakımından geçici ya da kalıcı olarak ciddi ve hatta aşırı derecede engelli olabilirler. Bu tür kalıcı bozukluklar birçok akıl hastalığında rol oynar. Ancak bu bozukluklar tedavi edilebilir.

Empati:

Bu, diğer insanlarla empati kurma becerisini ifade eder.

Yakınlık:

Bu yetenek başkalarına ne kadar iyi güvenebildiğinizi tanımlar.

Bu nedenle, doktorlara ve terapistlere tedavide yardımcı olmak amacıyla **ağır kişilik bozukluğu olan kişiler** için bir **kılavuz** hazırlanmıştır. Bu kılavuzun en önemli noktalarını burada sizlere sunmak istiyoruz.

Kişilik fonksiyonlarında ciddi bir bozulma nasıl belirlenebilir?

Doktorlar ve terapistler, Kişilik İşlevleri Düzeyi Ölçeği fikrine dayanan teşhis yöntemlerini kullanarak, bir kişinin kişilik işlevlerinin ne ölçüde bozulduğunu değerlendirebilirler. Bu, bu tür bozukluklara işaret edebilecek konuların birlikte tartışıldığı görüşmelerde yapılabilir. Kişilik işlevlerindeki olası bozukluklar hakkında bir ilk izlenim edinmek için kendi kendine doldurulan anketler de kullanılabilir. Teşhisin amacı, sadece "bozulmuş" ve "bozulmamış" arasında ayırım yapmaktan ziyade, kişilik fonksiyonlarındaki bozulmanın tam boyutunu değerlendirmektir.

Tedavinizin temeli nedir?

Psikolojik olarak güçlendirilmeniz tedavi için esastır.

Tedavinizle ilgili tüm kararlar, eğer isterseniz, sizinle birlikte alınmalıdır; buna "**katılımcı karar verme**" denir.

Kendi kendine yardım ve **kendi kendine yardım grupları** da sizi güçlendirebileceği ve hastalığa ilişkin anlayışınızı ve yönetiminizi geliştirebileceği için çok yararlı olabilir.

Diğer hastaların desteği (akran desteği) de önemli bir rol oynayabilir. Doktorunuz veya terapistiniz, size destek olabilecek diğer hastaları tanımanıza yardımcı olabilir.

Tedavi sırasında ne olur?

Durumunuzu iyileştirmek için **ayaktan psikoterapi** önerilir. Kural olarak, daha uzun terapiler ve yeterince sık danışmanlık seansları (örneğin haftada birkaç kez) gereklidir. Bu terapi bireysel veya grup terapisi olarak gerçekleştirilebilir.

Ayakta tedavinin yeterli olmadığı durumlarda **yatarak tedavi** veya **gündüz kliniğinde tedavi** yararlı olabilir.

Ayakta ve yatarak tedavi uyumlaştırılmalı ve **ayakta** tedavi **koordine edilmelidir**. Tedavi, tedaviniz sırasında sizinle düzenli temas halinde olan kişiler tarafından koordine edilmelidir.

Terapistinizle **istikrarlı ve sürdürülebilir bir ilişki** kurabilmeniz önemlidir, çünkü bu tedavinizin başarısı için gereklidir. Terapistler ileriye doğru attığımız küçük adımları fark edip takdir edebilmeli, size duygusal olarak karşılık verebilmeli ve terapinizin ilerleyişi hakkında düzenli olarak sizinle birlikte düşünebilmelidir. Yaşam ortamınızda sürekli destek genellikle yardımcı olur. Tedavi merkezleri, sürekli doktor veya terapist değiştirmek zorunda kalmamanız için diğer hastalıklarınızı ve olası sosyal bozukluklarınızı dikkate almalıdır. Bazen yatılı veya gündüzlü tedavi faydalı olabilir. Ayakta tedaviye geçiş sırasında tedavide boşluk olmamalıdır.

Terapistleriniz **düzenli olarak** birbirleriyle **bilgi alışverişinde** bulunmalıdır, çünkü bu terapinizi geliştirmenize yardımcı olur. Terapistler ayrıca **çok iyi eğitilmiş** olmalıdır.

Bazı durumlarda terapistlerin sizi evinizde ziyaret etmesi gerekebilir. Bu durumda, durumunuza saygılı ve açık olmalıdırlar.

Aile üyelerinin (arkadaşlar veya akrabalar) terapi sürecine **dahil edilmesi**, eğer bu onların yararına olacaksa, terapist tarafından teşvik edilmeli ve ilgili tüm tarafların endişelerine saygıyla yaklaşılmalıdır.

Ayakta psikiyatrik bakım, kriz zamanlarında ve hastalığınızla başa çıkmanızda size yardımcı olabilir.

Çalışma hayatına katılabilmemiz için size "Destekli İstihdam" gibi programlar ve eğitim müdahaleleri sunulmalıdır. Erken, kişiye özel mesleki eğitim ve rehabilitasyon birçok hasta için önemlidir.

Bozukluğunuzla ilgili bilgiler (psikoeğitim) anlamanız için kolay olmalıdır. Soru sorma fırsatınız olmalıdır.

İsterseniz size **sanat terapisi, mesleki terapi ve spor ve egzersiz terapisi** sunulmalıdır. Fiziksel sağlık ve hastalık riskleri konusunda size danışmanlık verilmeli ve ruhsal ve fiziksel sağlığınız için neler yapabileceğiniz anlatılmalıdır.

Belirli bir **tedavi sözleşmesi** psikoterapi bağlamında yardımcı olabilir.

Aile hekiminizin uzun süreli desteği tedavinizin önemli bir parçasıdır. Aranızda iyi bir ilişki olması önemlidir. Aile hekimleri kişilik fonksiyonlarındaki bozukluklara aşina olmalı ve bunlarla başa çıkabilmelidir; buna göre eğitilmelidirler; ayrıca sizi tedavi eden diğer insanlarla iyi bir ağa ihtiyaçları vardır.

İlaç tedavisinin size yardımcı olup olmayacağı henüz kesin değildir. Bu konuda daha fazla bilimsel araştırma yapılması gerekmektedir.

Daha fazla bilgi

I. Kaynaklar, metodoloji ve bağlantılar

Bu bilgiler, S3 "Kişilik fonksiyonlarında ciddi bozulma olan hastaların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu" kılavuzunun en son bilimsel bulgularına dayanmaktadır. Bu kılavuz Alman Psikanaliz, Psikoterapi, Psikosomatik ve Derinlik Psikolojisi Derneği tarafından başlatılmış ve Bilimsel Tıp Dernekleri Birliği tarafından yönlendirilmiştir.

Bu kılavuza toplam 33 uzman kuruluş katkıda bulunmuştur.

Daha fazla bilgi için:

→<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001> [işte hasta kılavuzuna 'sine giden bağlantı]

II Kendi kendine yardıma başvurun

Bölgenizde nerede bir kendi kendine yardım kuruluşu bulabileceğinizi NAKOS'tan (Kendi Kendine Yardım Gruplarını Teşvik ve Destekleme Ulusal İletişim ve Bilgi Merkezi) öğrenebilirsiniz:

www.nakos.de Telefon: 030 3101 8960

Akrabalar için:

→<https://www.bapk.de/angebote/selbsthilfenetz-psychiatrie/suche-angehoerigengruppen-deutschland-text.html>

Тяжкий розлад функцій особистості - Що це таке і як його лікувати?

Що таке функції особистості?

Функції особистості - це навички, які важливі для того, щоб справлятися з життям, як у спілкуванні з іншими людьми, так і в роботі з самим собою. До них належать

Ідентичність:

Це означає, що ви маєте чітке уявлення про те, хто ви є.

Самоконтроль:

Це означає, що ви можете керувати почуттями смутку, гніву і т.д. таким чином, щоб не бути повністю переповненими ними ненавмисно.

Емпатія:

це здатність співпереживати іншим людям.

Близькість:

Ця здатність описує, наскільки добре ви вмієте довіряти іншим.

Ці здібності можуть бути тимчасово або постійно сильно або навіть надзвичайно порушені. Такі постійні порушення відіграють певну роль у багатьох психічних захворюваннях. Однак ці порушення піддаються лікуванню.

Тому для людей з тяжкими розладами особистості було розроблено настанову, яка допоможе лікарям і терапевтам у лікуванні. Ми хотіли б представити вам найважливіші пункти цієї настанови.

Як визначити тяжкі порушення функцій особистості?

Використовуючи діагностичні методи, засновані на ідеї Шкала рівня особистісного функціонування, лікарі та терапевти можуть оцінити, наскільки порушені особистісні функції людини. Це можна зробити під час бесіди, в якій спільно обговорюються теми, що можуть свідчити про такі порушення. Опитувальники для самостійного заповнення також можуть бути використані, щоб отримати первинне враження про можливі порушення особистісних функцій. Метою діагностики є оцінка точного ступеня порушення особистісних функцій, а не просто розмежування на "порушені" та "не порушені".

На чому базується ваше лікування?

Для лікування дуже важливо, щоб ви були психологічно зміцнені.

Усі рішення, що стосуються вашого лікування, повинні прийматися разом з вами, якщо ви цього бажаєте; це називається "спільне прийняття рішень".

Групи самопомоги та взаємодопомоги також можуть бути дуже корисними, оскільки вони можуть зміцнити вас і покращити ваше розуміння хвороби та здатність справлятися з нею.

Важливу роль також може відігравати підтримка інших людей, які страждають на РСА (підтримка "рівний-рівному"). Ваш лікар або терапевт може допомогти вам познайомитися з іншими хворими, які можуть вас підтримати.

Що відбувається під час лікування?

Для покращення стану рекомендується **амбулаторна психотерапія**. Як правило, необхідна більш тривала терапія і досить часті консультації (наприклад, кілька разів на тиждень). Ця терапія може проходити як індивідуально, так і в групі.

Стаціонарне лікування або лікування в **денному стаціонарі** може бути корисним, якщо амбулаторного лікування недостатньо.

Амбулаторне та стаціонарне лікування повинні бути узгоджені, а амбулаторне лікування координуватися. Лікування має координуватися людьми, які перебувають у постійному контакті з вами під час лікування.

Важливо, щоб ви змогли побудувати **стабільні, тривалі стосунки** зі своїм терапевтом, оскільки це є запорукою успіху вашого лікування. Терапевти повинні вміти визнавати і цінувати ваші маленькі кроки вперед, емоційно реагувати на вас і регулярно обговорювати з вами прогрес вашої терапії. Зазвичай корисною є постійна підтримка у вашому середовищі проживання. Лікувальні центри повинні враховувати інші ваші захворювання та можливі соціальні проблеми, щоб вам не довелося постійно змінювати лікарів або терапевтів. Іноді може бути корисним стаціонарне або денне лікування. Під час переходу на амбулаторне лікування не повинно бути прогалин у лікуванні.

Ваші терапевти повинні **регулярно обмінюватися інформацією** один з одним, оскільки це допомагає покращити вашу терапію. Терапевти також повинні бути **дуже добре підготовлені**.

У певних випадках може виникнути потреба у відвідуванні терапевта вдома. У цьому випадку вони повинні ставитися до вас з повагою і бути відкритими до вашої ситуації.

Терапевт повинен заохочувати **залучення членів сім'ї** (друзів або родичів) до терапевтичного процесу, якщо це в їхніх інтересах, і з повагою ставитися до проблем усіх залучених сторін.

Амбулаторна психіатрична допомога може допомогти вам у кризових ситуаціях і впоратися з хворобою.

Щоб ви могли брати участь у **трудовому житті**, вам повинні бути запропоновані такі програми, як "Підтримувана зайнятість" та навчальні заходи. Для багатьох пацієнтів важливими є раннє, індивідуальне професійне навчання та реабілітація.

Інформація про ваше порушення (психоосвіта) повинна бути зрозумілою для вас. Ви повинні мати можливість ставити запитання.

За бажанням вам повинні запропонувати **арт-терапію, ерготерапію, спортивну терапію** та лікувальну фізкультуру. Вас повинні проконсультувати щодо фізичного здоров'я та ризиків захворювань, а також розповісти, що ви можете зробити для свого психічного та фізичного здоров'я.

У контексті психотерапії може бути корисним спеціальний **договір про лікування**.

Довготривала підтримка вашого сімейного лікаря є важливою частиною вашого лікування. Важливими є добрі стосунки між вами. Лікарі загальної практики повинні бути знайомі з порушеннями особистісних функцій і вміти з ними справлятися; вони повинні пройти відповідну підготовку; їм також потрібна хороша мережа контактів з іншими людьми, які вас лікують.

Наразі невідомо, чи можуть **ліки** допомогти вам чи ні. Потрібно провести більше наукових досліджень з цього приводу.

Більше інформації

I. Джерела, методологія та посилання

Ця інформація ґрунтується на останніх наукових даних настанови S3 "Діагностика, терапія та реабілітація пацієнтів з тяжкими порушеннями особистісних функцій". Ця настанова була ініційована Німецьким товариством психоаналізу, психотерапії, психосоматики та глибинної психології та розроблена під керівництвом Асоціації наукових медичних товариств.

У розробці цієї настанови взяли участь 33 спеціалізовані організації.

Додаткова інформація:

→<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001> [ось посилання на настанову для пацієнтів]

II Зверніться до самопомоги

Про те, де можна знайти організацію самопомоги у вашому регіоні, ви можете дізнатися в NAKOS (Національний контактний-інформаційний центр заохочення та підтримки груп самопомоги):

www.nakos.de Телефон: 030 3101 8960

Для родичів:

→<https://www.bapk.de/angebote/selbsthilfenetz-psihiatrie/suche-angehoerigengruppen-deutschland-text.html>