
3 Allgemeines zur Therapie von Persönlichkeitsstörungen

3.1 | Allgemeine Behandlungsprinzipien

3.1.1 Psychotherapie

Psychotherapeutische Verfahren gelten derzeit als Methode der Wahl zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, die durch schwerwiegende dysfunktionale Verhaltens- und Erlebensweisen charakterisiert sind (Übersicht: Oldham et al. 2005). Im Nachgang zur Entwicklung von störungsspezifischen Verfahren zur Behandlung von Achse-I-Störungen, sind in den letzten Jahren auch für einige Persönlichkeitsstörungen störungsspezifische, manualgesteuerte Therapien entwickelt worden. Die Überlegenheit dieser maßgeschneiderten Konzepte im Vergleich zu unspezifischen Verfahren konnte mittlerweile empirisch gesichert werden. Dies trifft insbesondere für die Borderline-Störung, die antisoziale Persönlichkeitsstörung, sowie die ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung zu. Therapeuten, die mit diesen Patienten arbeiten, sollten sich daher einer störungsspezifischen Zusatzausbildung unterziehen.

Die im Folgenden skizzierten allgemeinen Leitlinien wurden aus den empirisch evaluierten störungsspezifischen Leitlinien extrahiert und können generell zur Therapieplanung bei der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen herangezogen werden.

3.1.1.1 Organisation der Behandlungsplanung

Die Planung der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen erfordert die Einbeziehung mehrerer Komponenten:

- Störungstypische Verhaltens- und Erlebensmuster
- Individuelle Ausprägung dieser Muster
- Komorbide Achse-I-Störungen
- Komorbide somatische Störungen
- Soziale Variablen

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, ob die Patienten zum Behandlungszeitpunkt suizidal oder in krisenhaften Situationen sind, ob die therapeutische Beziehung tragfähig entwickelt ist, ob die Patienten über ausreichende Kontrolle über ihr Verhalten verfügen, ob die emotionale Reagibilität ausreichend steuerbar ist, ob neurobiologische Störungen die emotionale Lernfähigkeit beeinflussen (z. B. schwere komorbide Anorexie oder Drogenentzug) und schließlich, ob Umgebungsvariablen (z. B. Partner) den Therapieerfolg maßgeblich beeinflussen.

Die Behandlungsplanung, also die Frage, welches Problem zu welchem Zeitpunkt und mit welchen Mitteln bearbeitet wird, sollte sich an klaren Regeln orientieren:

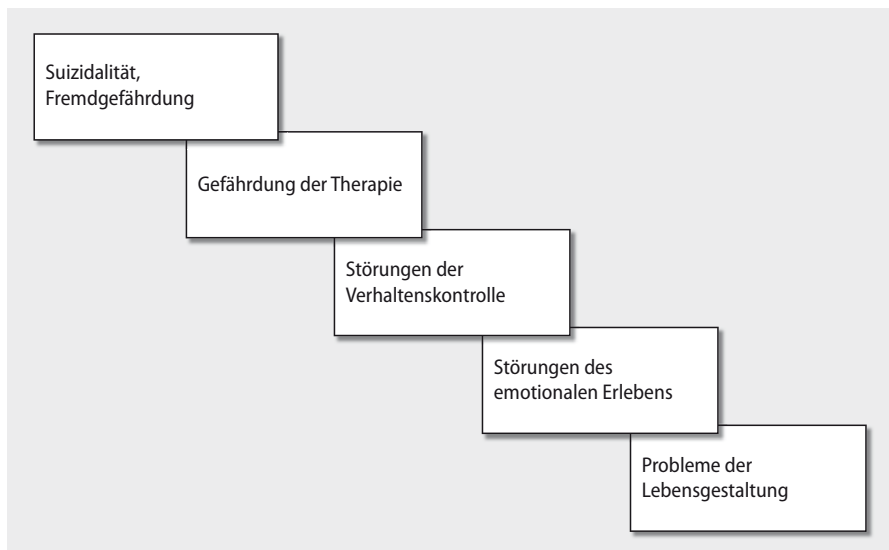


Abb. 3.1. Dynamische Hierarchisierung der Behandlungsziele (nach Bohus et al. 1999)

Der abgebildete Algorithmus organisiert die Wahl des therapeutischen Behandlungsfokus. Die Entscheidungen orientieren sich dabei jeweils an der Symptomatik, wie sie gegenwärtig vom Patienten präsentiert wird:

An oberster Stelle, und damit, falls manifest, immer als primärer Fokus zu bearbeiten, steht die **akute Suizidalität (ggf. auch Fremdgefährdung)**. In zweiter Position dieser dynamischen Hierarchisierung stehen Verhaltensmuster oder Variablen, welche die **Aufrechterhaltung der Therapie** oder deren Fortschritt unmittelbar gefährden. Dabei sind sowohl problematische Verhaltensmuster des Patienten als auch des Therapeuten oder Probleme innerhalb des therapeutischen Settings zu berücksichtigen. An dritter Stelle stehen Phänomene, die aus **Störungen der Verhaltenskontrolle** resultieren. Dabei sind insbesondere Verhaltensweisen zu berücksichtigen, die den Patienten daran hindern, überhaupt therapeutische Lernprozesse zu machen oder Problemverhalten, das **schwere Krisen aufrecht erhält oder fördert**. Als Beispiele seien ge-

nannt: aggressive Durchbrüche und kriminelles Verhalten, Drogen- und Substanzmissbrauch, schwere dissoziative Symptomatik, schwere Anorexie (BMI < 14), Major Depression, akute psychotische Symptomatik oder etwa exzessive Selbstverletzungen bei der Borderline-Störung. Etwas nachrangig werden Verhaltensmuster hierarchisiert, die als dysfunktional erkannt werden, jedoch nur geringen Einfluss auf neuropsychologische Verarbeitungsprozesse und damit therapeutisches Lernen haben. Damit sind in aller Regel Verhaltensmuster gemeint, welche sich kurzfristig als wirksam in der Symptomreduktion erweisen, auf längere Sicht jedoch zum eigenständigen Problem werden oder situationsadäquate Problemlösung erschweren. Als Beispiele seien hier etwa weniger schwere Selbstverletzungen oder bulimisches Verhalten bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen, rascher Partnerwechsel bei histrionischen, sozialer Rückzug bei ängstlichen (vermeidenden), oder Störungen der Planungskompetenz bei antisozialen Persönlichkeitsstörungen zu nennen. An vierter Stelle stehen **Störungen des emotionalen Erlebens**. In diesem Stadium ist der Patient zwar in der Lage, seine Handlungen zu kontrollieren, leidet jedoch an intensiven negativen Emotionen oder an Verhaltensmustern, die eingesetzt werden, um negative Emotionen zu vermeiden oder rasch wirksame positive Emotionen zu erlangen. Die Regulation der Affekte selbst ist also gestört, posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) oder ausgeprägtes Meidungsverhalten gilt als prototypisch für dieses Stadium. An fünfter Stelle stehen Probleme der Selbstverwirklichung und Alltagsbewältigung (Ausbildung, Arbeitsplatz, Partnerschaft etc.). Schließlich bleiben noch Probleme wie „Sinnegebung“ und Lebensplanung, oder religiöse Orientierung, die nicht mehr Krankheitswert aufweisen. Im klinischen Alltag wird man diese Problemzonen nicht immer klar trennen, bisweilen ergibt sich die Notwendigkeit, nachgeordnete Probleme in der Behandlung vorzuziehen, insbesondere dann, wenn diese die höher geordneten Problemzonen bedingen. Wenn z. B. ein Partnerschaftsproblem suizidale Gedanken triggert, so macht es natürlich Sinn, dieses Problemfeld in den Fokus zu nehmen.

3.1.1.2 Problemanalyse

Ist der Behandlungsfokus definiert, so sollte als nächster Schritt eine **detaillierte Problemanalyse** erfolgen. Auch wenn verschiedene psychotherapeutische Schulen unterschiedliche Methodik bevorzugen, so sollten bei der Problemanalyse generell folgende psychische und soziale Aspekte beleuchtet werden:

- Externe Bedingungen
- Akzentuierte Wahrnehmung und Interpretationen des Patienten
- Akzentuierte Denk-, Erlebens- und Beziehungsmuster des Patienten
- Akzentuierte Handlungstendenzen und Verhaltensrepertoire
- Manifeste Verhaltens- und Interaktionsmuster
- Spezifische Reaktionen des sozialen Umfeldes

■ Externe Bedingungen

Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sind dadurch charakterisiert, dass sie über ein eingeschränktes Repertoire verfügen, auf sich ändernde soziale Bedingungen flexibel zu reagieren (Millon 2001). Sie sind daher entsprechend abhängig von „passenden“ externen Bedingungen. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sind dennoch häufig sehr gut in der Lage, sich unter spezifischen, konstanten Umgebungsbedingungen psychisch weitgehend unauffällig zu verhalten. Erst Veränderungen in der Umgebung stellen Anforderungen, die den Betroffenen überfordern. Oft sind psychische Krisen daher auf eine **aktuelle Veränderung der Lebensumstände** zurückzuführen. Eine psychotherapeutische Problemanalyse sollte deshalb sehr sorgfältig die gegenwärtigen sozialen Bedingungen des Patienten erfassen und insbesondere auf aktuelle Veränderungen achten. Dies impliziert etwa objektive Probleme am Arbeitsplatz, Veränderungen in der beruflichen Anforderung, finanzielle Probleme, partnerschaftliche Probleme, Erkrankungen von nahen Angehörigen, politische Verfolgung, Asylprobleme usw.

Kognitiv-behaviorale Therapeuten benutzen entweder detaillierte Verhaltens- und Bedingungsanalysen, um sich ein Bild über die externen Bedingungen der Patienten zu machen oder holen (zumindest im stationären Setting) zu einem relativ frühen Zeitpunkt Informationen von Angehörigen oder nahen Bezugspersonen ein (Beck et al. 2003).

Psychodynamische Therapeuten verschaffen sich ein entsprechendes Bild im psychodynamischen Erstinterview und mit der biografischen Anamnese, ggf. unter Einbeziehung einer Außenanamnese (Gabbard 2001).

■ Akzentuierte Wahrnehmungen und Interpretationen des Patienten

Patienten mit Persönlichkeitsstörungen neigen dazu, Informationen entsprechend ihrer besonderen „Raster“ zu filtern und bisweilen **hochselektiv oder verzerrt wahrzunehmen**. Hinzu kommen akzentuierte oder dysfunktionale Bewertungen und Interpretationen von Informationen. Die meisten Persönlichkeitsstörungen zeichnen sich durch prototypische Fehlinterpretationen aus. So werden Verhaltensweisen der Umgebung etwa als zu bedrohlich, zu sexualisiert oder als sehr beschämend wahrgenommen, was schließlich zu spezifischem Erleben und Verhalten führt. Da auch die dysfunktionalen Interpretationen für die Betroffenen als „evident“ wahrgenommen werden, d. h., subjektiv einen hohen Realitätsgehalt haben, werden diese nicht als problematisch thematisiert. Vielmehr müssen sie durch Beobachtung des Therapeuten, Reflexion der therapeutischen Beziehung oder Beobachtungen im stationären Setting bzw. im Gruppenverhalten oft indirekt erschlossen werden.

Kognitiv-behaviorale Therapeuten arbeiten mit Fragebögen, die z. B. an Hand von Fallvignetten prototypische Interpretationsmuster ihrer Patienten erfassen, benutzen Verhaltens- und Bedingungsanalysen und berücksichtigen Auffälligkeiten, die sich in der therapeutischen Beziehungsgestaltung oder dem Setting abbilden. Grundsätzlich jedoch betonen kognitiv-

behaviorale Schulen, dass die Störungen der Interpretation zum Teil sehr situationsspezifisch sind und sich daher nicht unbedingt in der therapeutischen Beziehung widerspiegeln. Im stationären Setting eröffnet sich die Möglichkeit, wesentlich vielschichtiger Informationsquellen heranzuziehen (Umgang mit Mitpatienten, Umgang mit Einschränkungen und Regeln, Umgang mit hierarchisch höher oder niedriger Gestellten).

Psychodynamische Therapeuten nutzen primär die dyadische therapeutische Beziehung, um in der Einzeltherapie in der Interaktion mit dem Patienten dessen akzentuierte Wahrnehmungen und Interpretationen zu beobachten. Auffällige interpretative Muster werden auch im Hier-und-Jetzt der Beziehung zum Therapeuten als Reinszenierung und Übertragung wiederholt, was zu Verzerrungen in der Wahrnehmung vom Therapeuten und der Interaktion mit diesem führt und diagnostisch verwertet werden kann. Im stationären Setting bilden sich, nach psychodynamischer Sicht, komplexe Übertragungen auf die verschiedenen Behandler, das Pflegepersonal und Mitpatienten aus. Diese können wiederum beobachtet werden und zur Klärung sowie diagnostischem Verstehen der akzentuierten Wahrnehmungen und Interpretationen des Patienten genutzt werden.

■ Akzentuierte Denk-, Erlebens- und Beziehungsmuster des Patienten

Die Analyse von Besonderheiten im Denken, Erleben und Kommunizieren bei persönlichkeitsgestörten Patienten steht im Zentrum der Problemanalyse. Dies ist als **mehrstufiger Prozess** zu verstehen. Hypothesen, die zu Beginn der Therapie gestellt werden, sollten einer fortwährenden korrektiven Anpassung unterzogen werden, da sich im weiteren Verlauf der Informationsgrad verbessert und die individuellen Ausprägungen und Charakteristika des jeweiligen Patienten immer sichtbarer werden. Sicherlich ist es zu Beginn der Therapie hilfreich, über prototypisches, kategoriales Wissen zu verfügen (so ist es z. B. sehr wahrscheinlich, dass ein Patient mit anankastischer Persönlichkeitsstörung unter Stress gerät, wenn er sich zwischen gleichrangigen Alternativen zu entscheiden hat, sich aber wohler fühlt, wenn die Entscheidungs-Strukturen von außen vorgegeben sind. Ebenso wahrscheinlich ist es, dass histrionische Patienten aversiv auf Kontinuität und Routine reagieren, dabei sehr rasch auf Außenreize reagieren, oder paranoide Persönlichkeiten bereit sind, für ihre vermeintlichen Rechte zu prozessieren und dabei selbst hohe Verluste in Kauf nehmen ...). Der Therapeut sollte jedoch nicht der Gefahr des Generalisierens verfallen, und offen sein für die jeweiligen individuellen Ausprägungen und Besonderheiten seiner Patienten.

Verschiedene therapeutische Schulen präferieren unterschiedliche Aspekte und Schwerpunkte in der Analyse der akzentuierten Denk-, Erlebens- und Beziehungsmuster: *Kognitive Schulen* richten das Augenmerk primär auf dysfunktionale Bewertungen und automatisierte Gedanken, *Schema-orientierte Therapeuten* sehen maladaptive kognitiv-emotionale Netzwerke im Zentrum und *psychodynamische Schulen* fokussieren auf die Beziehungs-

und Interaktionsmuster als zentrales Problemfeld. Details sind in Kapitel 3.1.1.4 aufgeführt.

■ Akzentuierte Handlungstendenzen und Verhaltensrepertoire

Menschen mit Persönlichkeitsstörungen verfügen über eine eingeschränkte Varianz in ihren Reaktionsmöglichkeiten, auf externe und interne Informationen zu reagieren. Dies trifft nicht nur für kognitiv-emotionale Prozesse zu, sondern auch für Handlungsentwürfe, d.h. Möglichkeiten zu kommunizieren oder anderweitig zu handeln. Sehr häufig liegen Probleme darin begründet, dass das *Spektrum möglicher Handlungen zu gering ist*, dass der Patient also schlicht nicht „weiß“, wie er eine problematische Situation adäquat lösen könnte. Die Schwierigkeiten in der Antizipation möglicher sozialer Folgen der jeweiligen Handlungen sowie in der Kontrolle der Handlungsentwürfe im Sinne mangelnder Impulskontrolle schränken Handlungstendenzen und Verhaltensrepertoire zusätzlich ein. Dieses eingeschränkte Repertoire kann in starken dysfunktionalen Erlebensmustern begründet sein (starke Schamgefühle, verbunden mit der Kognition „es steht mir auf der Stirn geschrieben, dass ich ein Versager bin“, können z.B. Fluchtgedanken während einer öffentlichen Rede aktivieren).

Viele Verhaltenstendenzen liegen aber auch in dem Versuch begründet, drohende unangenehme Emotionen zu vermeiden (so wird ein Patient mit ängstlicher (vermeidender) Persönlichkeit eben mit aller Kraft zu verhindern suchen, in eine Scham induzierende Situation zu geraten). Und schließlich können eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten auch schlicht mangelhafte soziale Lernprozesse zu Grunde liegen.

■ Manifeste Verhaltens- und Interaktionsmuster

Nach außen sichtbares, also im sozialen Kontext umgesetztes, Verhalten ist abhängig von einer Vielzahl von determinierenden Variablen. Neben disponierenden biologischen Faktoren wirken unter anderem Handlungsentwürfe, Kontrollfähigkeit, antizipierte Konsequenzen und frühere Lern- und Beziehungserfahrungen zusammen. Es ist daher sicherlich zu kurz gegriffen, jedem manifesten interpersonellen Verhalten des Patienten bewusste oder unbewusste Intentionen zu unterstellen. Einschränkungen der Impulskontrolle, konditionierte Reaktionsmuster, sozial verstärkte Verhaltensmuster und dysfunktionale Beziehungsgestaltung unterliegen meist nicht, oder nur teilweise, der willentlichen Kontrolle durch den Patienten. Andererseits entfalten diese dysfunktionalen Verhaltensmuster natürlich ihre Wirkung im sozialen Kontext und wirken entsprechend auf das Individuum zurück. Um dies am Beispiel der Borderline-Störung zu verdeutlichen: Selbstverletzendes Verhalten wird in aller Regel eingesetzt, um intensive unangenehme Emotionen oder Spannungszustände zu mildern. Erfolgt im Anschluss an oberflächliche Schnittverletzungen aber starke emotionale Zuwendung durch Partner oder Therapeuten, so hat dies natürlich Auswirkung auf zukünftiges Verhalten, auch wenn dies nicht von der Patientin be-

absichtigt wurde. Eine vorschnelle Reaktion des Therapeuten („Kann es sein, dass Sie sich mit den Selbstverletzungen Aufmerksamkeit sichern wollen?“) wird jedoch häufig als bösartige Unterstellung interpretiert werden. Für alle therapeutischen Schulen stellt die Beobachtung manifesten Verhaltens natürlich die beste Quelle für die hypothetische Erschließung intrapsychischer Prozesse dar.

■ Spezifische Reaktionen des sozialen Umfeldes

Die meisten prototypischen Erlebens- und Verhaltensmuster von Menschen mit akzentuierten Persönlichkeiten entwickeln sich bereits während der Adoleszenz und bleiben im weiteren Verlauf des Lebens relativ stabil. Daher nimmt es nicht Wunder, dass die betroffenen Personen sich soziale Umgebungen suchen, die ihren Erwartungen entsprechen. Gelingt dies, und das ist in aller Regel der Fall, so ist der Leidensdruck meist gering und es besteht kein Behandlungsbedarf (so erklärt sich die erhebliche Diskrepanz zwischen den hohen Prävalenzraten von Persönlichkeitsstörungen in der Allgemeinbevölkerung und den behandelten Persönlichkeitsstörungen). Im Umkehrschluss darf man annehmen, dass die soziale Umgebung an die Verhaltensmuster des Betroffenen „gewöhnt“ ist, diese stabilisiert und, aus lerntheoretischer Sicht gesehen, verstärkt. So können einerseits, wie oben beschrieben, Veränderungen im sozialen Umfeld oft Krisen auslösen, andererseits kann aber auch Kontinuität im sozialen Umfeld Lernprozesse und Veränderungen des Patienten behindern. Daher sollte der Therapeut spezifische Reaktionsmuster der Umgebung in die Problemanalyse mit einbeziehen. Dies betrifft nicht nur die Partnerschaften, sondern auch Freunde, Kollegen und Vorgesetzte.

3.1.1.3 Kommunikation der Diagnose und Psychoedukation

Die Frage, ob einem persönlichkeitsgestörten Patienten dessen Diagnose mitgeteilt werden sollte, wurde lange Jahre kontrovers diskutiert und ist auch heute nicht für alle spezifischen Störungsbilder abschließend zu beantworten. Die Argumente gegen eine offene Kommunikation der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung beziehen sich auf die stigmatisierende Sprache und Defizitorientierung der kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen, auf ungünstige Auswirkungen der Kommunikation der Diagnose auf die Übertragung und Gegenübertragung oder auf die Ich-Syntonie der Persönlichkeitsstörungen. Die Argumente für eine offene Kommunikation verweisen ebenso auf die Ich-Syntonie, heben die zunehmenden Informationsbedürfnisse von Patienten und Angehörigen und das Recht des Patienten auf Aufklärung und Informierung hervor und beziehen sich auf klärende, emotional entlastende und hoffnungsvermittelnde Aspekte, die sich durch die Definition einer psychischen Störung und deren wirksame Behandlungsmöglichkeiten ergeben.

In der Praxis hat sich durchgesetzt, dass Psychoedukation, und damit auch die Aufklärung über die Diagnose, eine wesentliche Komponente gerade von manualisierten, störungsspezifischen Therapieprogrammen darstellt. Die günstigen Ergebnisse spezifischer psychoedukativer Programme für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und/oder deren Angehörige (vgl. Falge-Kern et al. 2007, Hoffman & Fruzzetti 2005, Ruiz-Sancho et al. 2001, Schmitz et al. 2006) bestätigen zumindest für ausgewählte Persönlichkeitsstörungen, dass **die Vorteile einer offenen Kommunikation der Diagnose die Nachteile überwiegen**. Die meisten Patienten reagieren entlastet auf eine fachgerecht vorgetragene Diagnose. Die Aufklärung über die Diagnose sollte allerdings nicht als isolierte Intervention erfolgen, sondern im Zeitpunkt flexibel in ein psychoedukatives Vorgehen integriert sein, das mit einer wertschätzenden Sprache und Sichtweise der Persönlichkeit sowie einem **sinnstiftenden und plausiblen Erklärungs- und Behandlungsmodell** wesentlich zur Entstigmatisierung und Entmystifizierung der Diagnose und zur Förderung von Behandlungsmotivation beitragen kann.

Hilfreiche Anregungen liegen etwa mit dem psychoedukativen Programm von Schmitz und Mitarbeitern (2001) vor, welches sich in Anlehnung an Oldham und Morris (1992) an einer dimensionalen Sichtweise orientiert, die von einem Kontinuum vom Persönlichkeitsstil zur Persönlichkeitsstörung ausgeht. Persönlichkeitsstile wie etwa der gewissenhafte oder der selbstbewusste Persönlichkeitsstil werden hier in wertschätzender Weise als universelle Umgangsformen und unverzichtbare Qualitäten des zwischenmenschlichen Zusammenlebens betrachtet, die in unterschiedlichen Anteilen in jedem Menschen vorhanden sind. Persönlichkeitsstörungen wie die zwanghafte oder die narzisstische Persönlichkeitsstörung werden dann als deren Extremvarianten vermittelt. Diese dimensionale Sichtweise ermöglicht im Besonderen, jeden Persönlichkeitsstil sowohl unter dem Gesichtspunkt seiner Stärken und Ressourcen als auch seiner Schwächen und Probleme zu betrachten, wenn der Persönlichkeitsstil extrem und unflexibel wird bzw. als Persönlichkeitsstörung zu Leiden und Beeinträchtigungen führt. Darüber hinaus lassen sich therapeutische Zielsetzungen im Sinne einer Abschwächung und Flexibilisierung der Persönlichkeit ableiten, ohne Anspruch auf deren grundlegende Veränderung.

Vor dem Hintergrund einer gleichermaßen ressourcen- und problemorientierten Sichtweise der Persönlichkeit sollte sich die weitergehende Aufklärung über die Diagnose und das Erklärungsmodell nicht an den Stereotypen (DSM-IV-Kriterien), sondern an den individuellen Denk-, Erlebens- und Verhaltensweisen des Patienten orientieren und der Patient sollte erkennen lernen, in welchen Situationen diese zum Problem werden, woher sie kommen, wofür sie gut sind bzw. waren, welche Folgen sie haben, und wie sie zu verändern sind. Die Zusammenhänge zwischen den aktuellen interpersonellen Bedürfnissen, Einstellungen, Gefühlen und Verhaltensweisen und der eigenen Lern- und Entwicklungsgeschichte sind den Betroffenen meistens nicht bewusst. Eine wichtige Aufgabe besteht darin, dem Patienten zu ermöglichen, diese Zusammenhänge wahrzunehmen und ihm ein plausibles Erklärungsmodell für seine Probleme zu bieten, um das eigene

Verhalten als subjektiv sinnhafte oder nachvollziehbare Anpassungs- und Bewältigungsstrategie in frühen Kontexten zu verstehen. Dies löst zwar noch nicht die Schwierigkeiten, entlastet aber, indem es sie verständlich und nachvollziehbar macht, gibt dem Verhalten des Patienten Sinn und Bedeutung und stellt eine Brücke zur Erfahrungswelt und den Beweggründen des Patienten dar. Ziel ist ebenso, dass der Patient die eigene Mitverantwortung an den gegenwärtigen Problemen wahrnimmt und akzeptiert, dass die Probleme nur durch eigene Anstrengungen und Veränderungen vermindert werden können. Psychoedukative Interventionen sollten angesichts der tiefverwurzelten Problemstellungen beim Patienten realistische Hoffnungen, Zielsetzungen und Pläne für eine Veränderung initiieren und ein plausibles Behandlungsmodell anbieten, welches bewältigbare Schritte auf dem Weg hin zur Veränderung aufzeigt.

Kognitiv-behaviorale Therapeuten, die per se sehr früh zusammen mit dem Patienten an der Generierung eines gemeinsamen, verbalisierbaren Störungs- und Behandlungsmodells arbeiten, werden sicherlich früh dazu tendieren, in diesem Kontext auch die Diagnose mitzuteilen. Auch in *psychodynamischen Therapiekonzepten* findet die gemeinsame Erarbeitung eines Störungs- und Behandlungsmodells von Patient und Therapeut mehr und mehr Eingang. In den ersten diagnostischen Sitzungen wird jedoch üblicherweise auf psychoedukative Elemente verzichtet, um die Entfaltung der Übertragungsbeziehung nicht zu beeinträchtigen.

3.1.1.4 Therapievereinbarung

Die Klärung der Rahmenbedingungen ist eine wesentliche Voraussetzung jeder psychotherapeutischen Arbeit. Bei der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sind jedoch einige Besonderheiten zu berücksichtigen:

Neben den generellen Rahmenbedingungen, welche die Modalitäten der Finanzierung, Dauer und Frequenz der Behandlung festlegen, sollte insbesondere bei schweren Persönlichkeitsstörungen, bei welchen mit suizidalen Krisen zu rechnen ist, im Vorfeld geklärt sein, unter welchen Bedingungen stationäre Aufenthalte als sinnvoll erachtet werden. Nur im Ausnahmefall sollte die stationäre Einweisung ohne eine Rücksprache mit dem Therapeuten erfolgen. Gerade bei chronisch suizidalen Patienten sollte ein „Krisenmanagement“ im Sinne eines Eskalationsplanes erstellt werden, der geeignete Maßnahmen (inkl. Telefonnummern von Notfallambulanzen) in Abhängigkeit der jeweiligen Steuerungsfähigkeit auflistet. Je nach Schweregrad der Störung hat es sich als sinnvoll erwiesen, dass der Therapeut dem Patienten mitteilt, wo, und unter welchen Bedingungen er selbst im Notfall auch telefonisch zu erreichen ist. Schließlich sollten im Rahmen der Therapievereinbarung noch Absprachen getroffen werden über die Verwendung von elektronischen Medien (Audio- und Video-Aufzeichnungen) sowohl zum Selbstmanagement als auch im Rahmen der Supervision. Der Patient hat sicherlich ein Recht darauf zu erfahren, wie und von wem sich der

Therapeut supervidieren lässt und welche Materialien dabei zum Einsatz kommen. In der Praxis haben sich sog. „Therapieverträge“ als sinnvoll erwiesen, mittels derer die Inhalte der Vereinbarungen schriftlich festgehalten und beiderseits unterzeichnet werden.

3.1.1.5 Therapeutische Beziehung

Da sich, wie beschrieben, dysfunktionale Denk-, Erlebens- und Verhaltensmuster des persönlichkeitsgestörten Patienten insbesondere im zwischenmenschlichen Bereich manifestieren, kommt der Beziehungsgestaltung im therapeutischen Prozess eine dreifache Funktion zu: Zum ersten ist der Aufbau der therapeutischen Beziehung geprägt durch akzentuierte Erwartungen des Patienten an seine Mitmenschen. Da davon auszugehen ist, dass sich diese Erwartungen auch in der Interaktion mit dem Therapeuten abbilden, erfordert der Beziehungsaufbau vom Therapeuten Modifikationen seines eigenen Beziehungsverhaltens, welches über „Empathie“ deutlich hinausgeht. Zum zweiten können und sollen gerade die normativen Abweichungen in der Beziehungsgestaltung vom Therapeuten registriert werden und zur Diagnostik herangezogen werden. Und schließlich sollte die therapeutische Beziehung, nach einer stabilen Aufbauphase, als Lern- und Experimentierfeld genützt werden, um so dem Patienten eine Erweiterung seines Erlebens- und Verhaltensrepertoires zu ermöglichen.

■ Beziehungsaufbau

Alle therapeutischen Schulen betonen die Bedeutung der Vertrauen herstellenden, von Expertise und Zuversicht geprägten Grundhaltung des Therapeuten. Im Rahmen der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen kommt der therapeutischen Beziehung jedoch eine besondere Funktion zu. Zum einen sind die Erwartungen oder Befürchtungen eines persönlichkeitsgestörten Patienten bezüglich seines Gegenübers häufig von negativen Beziehungserfahrungen geprägt und weichen damit von durchschnittlichen Beziehungserwartungen ab. Im Gegensatz zu den meisten anderen psychischen Störungen erleben die betroffenen Patienten jedoch ihre akzentuierten Denk-, Erlebens- und Verhaltensmuster charakteristischerweise in weiten Bereichen als ich-synton und „evident“, also als in sich stimmig und logisch und nicht als unsinnig oder behandlungsbedürftig. Sie erwarten daher – wie jeder Patient – vom Therapeuten, dass dieser ihre Wahrnehmung bestätigt und sich „schemakonform“ verhält. Mit dem Fachbegriff **„komplementäre Beziehungsgestaltung“** skizziert die Psychotherapieforschung daher therapeutisches Verhalten, welches sich bewusst an die entsprechenden Erwartungen des Patienten anpasst. So wird z.B. der Therapeut auch die nicht formulierten Wünsche eines dependenten Patienten nach Übernahme von Verantwortung durch ihn früh erkennen und die Sitzungen klar strukturieren. Er sollte Stärke und Führungsqualität zeigen und kann dabei durchaus alltagspraktische Ratschläge zur Problembewälti-

gung geben. Bei einem paranoiden Patienten hingegen wird der Therapeut möglichst wenig in dessen Alltagsgestaltung „eingreifen“ sondern zunächst versuchen, dessen Vertrauen zu gewinnen, auch wenn er sich zeitweise über offensichtliche Fehlinterpretationen wundert. Es bedarf also eines hohen Maßes an Flexibilität seitens des Therapeuten, gerade in der Anfangsphase der Erwartungshaltung des jeweiligen Patienten zu entsprechen. Wichtig jedoch ist, dass der Therapeut nicht „schauspielert“, sondern sein eigenes, authentisches Repertoire an Beziehungsresonanz ausschöpft. Gelingt dies nicht, so ist mit Therapieabbrüchen in einem frühen Stadium der Behandlung zu rechnen.

■ Beziehungsdiagnostik

Wie bereits ausgeführt, wird der Therapeut zu Beginn der Therapie versuchen, den expliziten und impliziten Beziehungserwartungen des Patienten in gewissen Grenzen zu entsprechen, um dadurch das Vertrauen des Patienten zu gewinnen und die Basis für anstehende Veränderungsprozesse zu schaffen. Zeitgleich wird er inadäquate – d.h. insbesondere nicht kompetenz- und/oder beziehungsfördernde – Wünsche oder Interaktionsangebote des Patienten wahrnehmen und reflektieren. Er wird also in einer Doppelfunktion einerseits als Beziehungspartner auftreten und, andererseits, auf einer meta-kognitiv-emotionalen Ebene, Besonderheiten im Beziehungsaufbau registrieren. Diese „Normabweichungen“ in der therapeutischen Beziehungsgestaltung sind wertvolle diagnostische Hinweise. Psychodynamische Schulen sehen in diesem Prozess von Übertragung und Gegenübertragung die primäre Quelle an diagnostischer Information. Kognitiv-behaviorale Therapeuten stützen sich in stärkerem Ausmaß als psychodynamische Therapeuten zusätzlich auf Fragebögen und Informationen Dritter.

■ Beziehungsarbeit

Da sich die interpersonellen Erwartungshaltungen und Reaktionsmuster des Patienten in aller Regel in der Interaktion mit dem Therapeuten manifestieren, birgt diese therapeutische Beziehung auch die Möglichkeit, neue Erfahrungen und Lernprozesse im zwischenmenschlichen Bereich zu machen, und dies quasi unter „kontrollierten Bedingungen“. Der Therapeut ist also gehalten, nach einer Phase des Beziehungsaufbaus zu beginnen, **dysfunktionale Erwartungen zu irritieren** und den Patienten zu **neuen Erfahrungen und Verhaltensexperimenten anzuregen**. Dieser Prozess erfordert ein hohes Maß an Geschicklichkeit, da gerade durch Irritationen der Erwartungshaltungen aversive Emotionen gegenüber dem Therapeuten aktiviert werden, die dann im Gegenzug durch aktive Beziehungsaufnahme durch diesen ausbalanciert werden müssen. Diese Beziehungsaufnahme basiert auf der **zeitgleichen** Vermittlung von akzeptierender Wertschätzung bzw. Befriedigung hierarchisch hoher Ziele des Patienten (soziale Akzeptanz, Nähe und Geborgenheit etc.) bei Korrektur nachgeordneter dysfunk-

tionaler Strategien. Eine weitere therapeutische Strategie besteht darin, die „subjektive Evidenz“ der jeweiligen Annahmen des Patienten, eventuell in Bezugsetzung zu dessen eigener biographischer Erfahrung, zu validieren, ohne dabei den kritischen Reflex auf die soziale Wirklichkeit zu vernachlässigen. In dieser **dialektischen Dynamik** zwischen Beziehungsaufbau durch Akzeptanz und Beziehungsgefährdung durch Irritation liegt der Schlüssel zum Gelingen der therapeutischen Arbeit. Verschiedene Schulen bieten auch hier unterschiedliche Methoden an: Während *kognitiv-behavioral* orientierte Therapeuten bewusst die Position des „Coaches“ einnehmen, der auf Seiten des Patienten, gemeinsam mit ihm, seine „Störung“ betrachtet und ihm mit Rat und Tat hilft, neue Erfahrungen, insbesondere außerhalb der therapeutischen Beziehung, zu wagen, achtet der *psychodynamisch orientierte Therapeut* primär darauf, welche Interaktionsmuster sich innerhalb der „therapeutischen Dyade“ entwickeln und interveniert in Form von Klärungen, Konfrontationen und Deutungen, indem er dem Patienten hilft, die sich gerade entwickelnden Prozesse auf meta-kognitiver Ebene zu betrachten und emotional wahrzunehmen und mit biographisch relevanten Bezugssystemen in Verbindung zu setzen. Wir nehmen an, dass in der therapeutischen Praxis die Übergänge zwischen diesen beiden Positionen fließend sind. Ein guter Therapeut sollte beide Möglichkeiten beherrschen und gezielt einsetzen können. Es bleibt zu beachten, dass Irritationen des Selbstbildes oder der Interaktion immer die Gefahr der Beziehungsstörung mit sich tragen. Zudem sollte der Therapeut flexibel genug sein, um die Intensität dieses Prozesses der „haltenden Irritation“ an die individuellen Möglichkeiten des Patienten und sich eventuell ändernde soziale Bedingungen anzupassen. So wird er z.B. einem dependenten Patienten, der während der Therapie den Arbeitsplatz verliert, auch in einem fortgeschrittenen Therapiestadium zunächst die gewünschte Unterstützung wieder gewähren, um dann in einem zweiten Schritt die bereits neu erlernten Ressourcen zu aktivieren.

3.1.1.6 Veränderungsstrategien

■ Kognitiv-behaviorale Veränderungsstrategien

■ **Externe Bedingungen.** Auslösende Faktoren für die psychische Dekompensation von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sind in aller Regel externe Belastungsfaktoren. Darunter fallen soziale Variablen (Trennung, Veränderung im Berufsleben etc.), aber auch somatische Erkrankungen. Die Analyse dieser Belastungsvariablen und deren Objektivierung sollte Vorrang haben.

In Abhängigkeit von der Problemanalyse stehen als Interventionsstrategien „Problemlösen“, „Kompetenzerwerb“ oder „Akzeptanz-basierte“ Me-

thoden zur Verfügung. Der Einsatz von strukturierten Problemlösungsmanualen hat sich als wichtiges Modul in zahlreichen multimodalen Behandlungsverfahren etabliert.

■ **Akzentuierte Wahrnehmung und Interpretationen des Patienten.** Die Veränderung von einseitiger Wahrnehmung und überwertigen Interpretationen des Patienten geschieht zweistufig: Zunächst gilt es, diese Automatismen zu identifizieren, im zweiten Schritt können alternative Sichtweisen erprobt werden. Da die (pathologischen) spezifischen Sichtweisen der Welt für den Betroffenen zunächst ich-synton, d.h. evident erlebt werden, liegt es zunächst im Aufgabenbereich des Therapeuten, diese aufzudecken und einer kritischen Betrachtung zugänglich zu machen. Reflexionen über deren Entstehungsgeschichte und biographische Relevanz sind meist hilfreich. Als Informationsquelle eignet sich sowohl die therapeutische Beziehung als auch die Beobachtung von Interaktionen in der therapeutischen Gruppe, von Paaren oder Familien, oder im stationären Bereich. Methodisch folgt man den Techniken der „kognitiven Umstrukturierung“, welche insbesondere Wert legt auf die Ökonomie der automatisierten Gedanken „... *was bringt Ihnen diese Sichtweise*“, und auf die dezidierte Erarbeitung von kognitiven Alternativen „... *gäbe es noch eine andere Erklärungsmöglichkeit für dieses Ereignis?*“ ... „*unter welchen Umständen wäre diese andere Sichtweise hilfreicher?*“

■ **Akzentuierte Denk- und Erlebensmuster des Patienten.** Die Bearbeitung der dysfunktionalen Denk- und Erlebensmuster erfordert zunächst eine genaue Analyse der jeweils individuellen Charakteristika und Ausformungen. Verhaltensanalysen, Schemaanalysen, Plananalysen sowie offene und verdeckte Induktionsmethoden stehen dem Therapeuten zur Verfügung. Insbesondere sollte geklärt werden, ob diese Muster an definierbar auslösende Variablen gekoppelt sind, ob sie durch kognitive Selbstinstruktionen aktiviert oder durch Reaktionen der Umwelt stabilisiert werden. Je nach dem wird der Therapeut expositionsbasierte Veränderungstechniken auswählen oder Methoden der kognitiven Umstrukturierung oder versuchen, zusammen mit dem Patienten dessen Verstärkersysteme neu zu organisieren.

■ **Akzentuierte Handlungstendenzen und Verhaltensrepertoire.** Geprägt durch seine Lerngeschichte verfügt der Patient über ein individuelles Repertoire an Möglichkeiten, auf bestimmte Anforderungen oder Situationen zu reagieren. Häufig eingesetzte und kurzfristig wirksame Verhaltensmuster wirken selbst-verstärkend und werden automatisch aktiviert. Um einen höheren Grad an Flexibilität zu erreichen, sollte der Patient lernen, diese automatisierten Konzepte zu identifizieren und sein Repertoire zunächst mental zu erweitern. Methodisch wird der Therapeut zunächst „Lernen am Modell“ anbieten sowie zu Verhaltensexperimenten „in sensu“ anregen.

■ **Manifeste Verhaltens- und Interaktionsmuster.** Im Weiteren sollte der Patient die neu konzeptualisierten Handlungsmöglichkeiten „im realen Leben“ umsetzen. Therapeutische Rollenspiele bereiten auf diese Experimentalphase vor. Die in-vivo-Verhaltensexperimente sollten möglichst nicht dem Zufall überlassen sein, sondern geplant und protokolliert werden. Im Sinne von antizipierten Verhaltensanalysen werden sowohl die emotionalen Reaktionen des Patienten als auch die zu erwartenden (ungewohnten) Reaktionen der Umgebung diskutiert. Diese Phase ist für den Patienten häufig sehr belastend, da er starke emotionale Hindernisse (Angst, Scham, etc.) überwinden muss, um Neues zu lernen. Er bedarf daher der besonderen Unterstützung durch den Therapeuten.

■ **Umsetzung der Veränderungen unter Alltagsbedingungen.** Während der erste, oben benannte Schritt zunächst noch unter „Experimentalbedingungen“ umgesetzt wird (erweitertes Rollenspiel), sollte nicht übersehen werden, den Patienten zu ermutigen, nach erfolgreicher Erprobung die neu erworbenen Verhaltensmuster auch in seiner realen Umgebung (Arbeitsplatz, Partnerschaft, Familie oder Freizeitbereich) umzusetzen. Auch hier hat sich der Einsatz von Verhaltensprotokollen bewährt.

■ **Spezifische Reaktionen des sozialen Umfeldes.** Es ist davon auszugehen, dass die soziale Umgebung des Patienten auf dessen Veränderungen zunächst irritiert reagiert. Der Therapeut sollte den Patienten darauf vorbereiten und ihn ermuntern „durchzuhalten“. Im Einzelfall kann es hilfreich sein, die unmittelbare soziale Umgebung des Patienten in die Therapie mit einzubinden, um ungewollt stabilisierende Verstärkersysteme zu identifizieren und zu verändern.

■ **Psychodynamische Veränderungsstrategien**

Psychodynamische Therapien setzen störungsorientierte Modifikationen der psychoanalytischen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ein und verfolgen generell Veränderungsstrategien, die weniger auf unbewusste Konflikte sondern mehr auf die Persönlichkeitsstruktur und typische maladaptive Verhaltensmuster bezogen sind. Dabei verfolgen sie Konzepte, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufweisen. Grundsätzlich geht es um die Identifikation und Bearbeitung von dysfunktionalen Beziehungs-, Erlebens- und Verhaltensmustern im Hier-und-Jetzt der therapeutischen Beziehung und um Prozesse der Übertragung und Gegenübertragung zwischen Therapeut und Patient. Im psychodynamischen Fokus stehen entweder mehr eingeschränkte Fähigkeiten zur Selbst- und Beziehungsregulation oder durch Identitätsstörung abgespaltene, verzerrte Objektbeziehungen und die damit verbundenen Affekte oder aber die Unfähigkeit, eigene innere Prozesse und die anderer Menschen zu erkennen und zu verstehen (z. B. Mentalisierungsschwäche) sowie darüber zu reflektieren. Das Vorgehen ist in den psychodynamischen Therapien jedoch weniger strukturiert als bei der kognitiv-behavioralen Therapie.

■ **Externe Bedingungen.** Psychodynamische Therapieansätze beachten und berücksichtigen auch externe Bedingungen, sind jedoch eher zurückhaltend im Einsatz direkter Vorgehensweisen. Es wird jedoch auf in der Therapievereinbarung getroffene Absprachen Bezug genommen, wenn das Leben des Patienten oder das Fortbestehen der Therapie gefährdet sind oder wenn der Patient aufgrund seiner eingeschränkten Fähigkeiten der Selbst- und Beziehungsregulation und praktischen Lebensbewältigung nicht in der Lage ist, selbst Lösungsstrategien für aktuelle Probleme zu entwickeln. Um den Patienten in dieser Entwicklung zu unterstützen, werden in bestimmten Therapieansätzen Klärungen, Konfrontationen und Deutungen seines konkreten Verhaltens, Erlebens und seiner inneren Abbilder vom Selbst und wichtigen anderen („Repräsentanzen“) eingesetzt. In anderen Ansätzen unterstützt der Therapeut den Patienten dadurch, dass er dessen fehlende oder eingeschränkte Fähigkeiten quasi stellvertretend vorübergehend übernimmt.

■ **Akzentuierte Wahrnehmung, Interpretationen, Denk-, Erlebens- und Beziehungsmuster des Patienten.** Es wird davon ausgegangen, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu einem großen Teil durch frühere negative Beziehungserfahrungen geprägt sind, die zu Einschränkungen in der Selbst- und Objektwahrnehmung, der Impulssteuerung, der Kommunikations- und Bindungsfähigkeit führen und sich auf die zwischenmenschliche und insbesondere auch auf die therapeutische Beziehungsgestaltung auswirken. Mit dem Fokus auf die interpersonelle Psychodynamik ist die aktuelle Beziehung zum Therapeuten von zentraler Bedeutung, da sich hier dysfunktionale, maladaptive Verhaltens- und Erlebnismuster des Patienten, Störungen seiner Identität und Abwehrmechanismen manifestieren, die gleichsam „online“ identifiziert und einer Bearbeitung unmittelbar zugänglich gemacht werden können.

Es wird darauf abgezielt, widersprüchliche, fragmentierte und nicht verbundene innere Bilder vom Selbst und wichtigen anderen zu integrieren bzw. das Verstehen eigener und fremder intrapsychischer Prozesse zu fördern. Dabei kommen entweder klärende, konfrontierende und deutende Techniken oder aber die zeitweise Übernahme eingeschränkter Funktionen des Patienten durch den Therapeuten zum Einsatz. Das Ziel ist die Entwicklung einer realistischen, differenzierten und gestalthaften Wahrnehmung des Selbst und anderer Menschen, was als eine entscheidende Voraussetzung für eine gelingende Beziehungsgestaltung angesehen wird.

■ **Akzentuierte Handlungstendenzen und Verhaltensrepertoire.** Aus psychodynamischer Sicht wird davon ausgegangen, dass nicht in erster Linie das Erarbeiten einer alternativen Verhaltensstrategie zur Persönlichkeitsveränderung führt, sondern dass die Fähigkeit zum Reflektieren und Neubewerten der zugrunde liegenden Probleme des Verhaltens und Erlebens die Voraussetzungen für nachhaltige Veränderung schafft. Es wird also nicht gefragt: „Wie könnten Sie sich in dieser Situation anders verhalten?“ sondern vielmehr: „Wie können wir verstehen, dass Sie sich in dieser Situation so

verhalten haben?“. Die eigentliche therapeutische Arbeit setzt dann an den bereits diskutierten Denk-, Erlebens- und Beziehungsmustern und an den korrigierenden kognitiven und emotionalen Erfahrungen mit neu erschlossenen Veränderungsmöglichkeiten an.

■ **Manifeste Verhaltens- und Interaktionsmuster.** Im Mittelpunkt stehen die Interaktionsmuster, wie sie in der Therapiesitzung in der Beziehung zum Therapeuten, in der Interaktion und in der Übertragung sichtbar werden. Dabei wird zunächst versucht, die Übertragungsmuster zu identifizieren, um diese anschließend gemeinsam mit dem Patienten analysierend verstehen zu können. Zum Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit wird das manifeste Verhalten in allen psychodynamischen Ansätzen allerdings immer dann, wenn es zu einer Bedrohung für das Leben des Patienten bzw. anderer Menschen wird oder wenn es das Fortbestehen der Therapie gefährdet. Einige Therapieansätze orientieren sich an einer hierarchischen Aufstellung von risikoreichen Verhaltensweisen des Patienten, die in der Behandlung vom Therapeuten direkt thematisiert werden sollen, um eine Gefährdung des Patienten und der Therapie zu verhindern. Andere Ansätze arbeiten mit weniger formalisierten Vorgaben, verzichten jedoch keineswegs auf eine aktive Strukturierung und Grenzsetzung in bedrohlichen Situationen.

■ **Umsetzung der Veränderungen unter Alltagsbedingungen.** Es wird mit dem Patienten erkundet, wann, wo und wie er neue Verhaltensstrategien erprobt und davon profitiert. Erfolgt die Umsetzung der Veränderungen im Alltagsleben des Patienten jedoch nicht, so wird diese Vermeidung vom Therapeuten thematisiert, damit der Patient sein Erleben und Handeln im äußeren Umfeld durch den Austausch- und Verstehensprozess in der Therapie besser und nachhaltiger integrieren kann.

■ **Spezifische Reaktionen des sozialen Umfeldes.** In psychodynamischen Therapiekonzepten hat das soziale Umfeld für den Therapieprozess und die Umsetzung von den in der Behandlung entwickelten neuen Erlebens- und Verhaltensmustern hohe Relevanz, wobei weniger direkt auf der Verhaltens-ebene interveniert wird. Eine gute Kooperation mit anderen Personen und Einrichtungen aus dem sozialen Umfeld des Patienten (Mitglieder der Familie, Partner, Familienhelfer, Sozialarbeiter, Bewährungshelfer und Fachärzte) wird stets hergestellt und schon im Behandlungsvertrag mit dem Patienten vereinbart.

3.1.1.7 Super- und Intervision

Berücksichtigt man die Besonderheit und die Bedeutung der therapeutischen Beziehung in der therapeutischen Arbeit mit persönlichkeitsgestörten Patienten, so wird offensichtlich, dass **Super- oder Intervision ein integraler Bestandteil der Therapie** sein sollte. Wie oben ausgeführt, steht der Therapeut vor der Herausforderung, eine Balance zwischen Erfüllung

und Irritation der interaktionellen Erwartungen des Patienten an den Therapeuten zu finden. Je nach Belastungsfaktoren, die auf den Patienten einwirken, sollte der Therapeut flexibel in seinen Beziehungsangeboten reagieren können. Da wir davon ausgehen, dass selbst sehr gut ausgebildete Therapeuten dazu tendieren, auf Dauer den komplementären Beziehungsangeboten der Patienten zu entsprechen bzw. ihre Gegenübertragungen nicht vollständig reflektieren können und dadurch Gefahr laufen, den Veränderungsprozess zu verzögern, dient die kollegiale Super- oder Intervision als korrektive Instanz.

Supervisoren aller Schulen greifen heute zunehmend auf die Möglichkeiten der Audio- und Videotechnik zu, da die Möglichkeit einer detaillierten Verhaltensbeobachtung von Patient und Therapeut zur Therapiesteuerung herangezogen werden kann.

Alle unter experimentellen Bedingungen erhobenen Evidenz-Nachweise von psychotherapeutischen Verfahren zur Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen wurden unter supervidierten Bedingungen durchgeführt. Es existiert daher, pointiert formuliert, kein Nachweis, dass Psychotherapie bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ohne Supervision wirksam ist. Die Kostenträger sollten daher die Finanzierung der Supervision in angemessenem Rahmen gewährleisten.

3.1.2 Psychopharmakotherapie

Überlegungen zu **Evidenz-basierten psychopharmakologischen Interventionen** bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen stoßen in mehrfacher Hinsicht auf schwierige Fragen, die bisher allenfalls orientierend beantwortet werden können. Diese betreffen:

- das Behandlungsrationale medikamentöser Ansätze bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen
- die Bewertung der vorliegenden empirischen Literatur zur Pharmakotherapie unter dieser Indikationsstellung für Leitlinien zu einer Behandlung unter Routineversorgungsbedingungen
- das Problem einer häufig konfliktreichen Medikamenteneinnahme
- die Herausforderung einer Integration des psychopharmakologischen Ansatzes in einen Gesamtbehandlungsplan mit der Abstimmung von psychotherapeutischen Interventionen einerseits und pharmakologischen Interventionen andererseits, die häufig durch mehrere Therapeuten durchgeführt werden.

3.1.2.1 Behandlungsrationale für Medikamente bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen

Die psychiatrische Forschung zeigt, dass auch bei Persönlichkeitsstörungen **grundlegende neurobiologische Auffälligkeiten** z.B. Dysfunktionen in diversen Neurotransmittersystemen bestehen können, die innerhalb eines

multifaktoriellen Störungsmodells im Hinblick auf typische psychopathologische Syndrome diskutiert werden. Für den Einsatz von Psychopharmaka lassen sich vor allem zwei Modelle anführen:

1. **Psychopharmaka beeinflussen bestimmte dimensionale Merkmale bzw. Symptom-Cluster bei einer Persönlichkeitsstörung.** Diese Symptomcluster repräsentieren distinkte psychopathologische Dimensionen z.B. kognitiv-perzeptive Organisation, Dissoziation, Impulsivität/Aggressivität, affektive Instabilität, Ängstlichkeit/Hemmung. Diese sind mit biologischen Dispositionen korreliert, die wiederum besondere Relationen zu einzelnen Neurotransmittersystemen erkennen lassen. Diese Symptomcluster liegen jenseits diagnostisch-kategorialer Abgrenzungen sowohl bei unterschiedlichen Achse-I- als auch Achse-II-Störungen vor und können medikamentös beeinflusst werden.
2. **Psychopharmaka behandeln die mit einer Persönlichkeitsstörung assoziierten komorbiden Achse-I-Störungen.** Eine z.B. im Verlauf einer Persönlichkeitsstörung auftretende depressive Störung sollte in der Regel durch eine antidepressive Medikation therapiert werden. In diesem Modell herrscht die Überzeugung vor, dass nach Abklingen der psychopathologischen Symptome der komorbiden Achse-I-Störung die Grundzüge der Persönlichkeitsstörung wieder hervortreten, die wiederum andere, z.B. psycho- oder soziotherapeutische Maßnahmen erfordern. Indirekt stellt sich hiermit auch die klinisch relevante Frage, inwieweit eine zugrunde liegende Persönlichkeitsstörung eine bestimmte Achse-I-Störung kompliziert, inwieweit sich hierdurch ferner die Ansprechbarkeit auf unterschiedliche psychopharmakologische Strategien verändern kann.

3.1.2.2 Evidenzbasierung einer Psychopharmakotherapie bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen

In einer **pragmatischen Behandlungsperspektive** sind es vor allem die im Krankheitsverlauf häufigen Krisen mit psychopathologischen Zuspitzungen, die bei Inanspruchnahme psychiatrischer oder notfallärztlicher Einrichtungen einen Behandlungsversuch mit Medikamenten nahe legen. Patienten mit rezidivierenden suizidalen Handlungen oder Selbstschädigungen, in massiven Angstzuständen, bei passageren paranoiden Symptombildungen oder schwerwiegenden Verstimmungen werden in der Routineversorgung häufig psychopharmakologisch behandelt. Unter EbM-Gesichtspunkten muss hierzu allerdings angemerkt werden, dass diese Notfallsituationen typische Ausschlusskriterien für die Durchführung von kontrollierten Studien sind, dass also gerade für diese schwierigen Behandlungssituationen keine empirisch gestützten Behandlungsempfehlungen verfügbar sind.

In einer Fortführung spezifischer psychopharmakologischer Ansätze über akute Krisensituationen hinaus kann festgehalten werden, dass die Anzahl randomisierter und kontrollierter Studien bei den unterschiedlichen spezifischen Persönlichkeitsstörungen nach wie vor relativ gering ist, die Outcome-Kriterien zumeist nur Symptom-bezogene Variablen, sehr viel

seltener aber Maße der globalen und spezifischen psychosozialen Anpassung inkludieren. Insbesondere muss kritisch bedacht werden, dass

- die in einzelnen Studien eingeschlossenen Patienten sehr selten die Anzahl von 50 übersteigen. Hieraus resultieren mögliche unterschiedliche Evidenzgrade für einzelne Strategien, werden beispielsweise die Kriterien der WFSBP (Herpertz et al. 2007) jenen nach Chambless u. Hollon (1998), Segal et al. (2001) oder Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung (2003) gegenübergestellt. Letztere Bewertungsansätze berücksichtigen nicht die Anzahl der in den Studien inkludierten Patienten und kommen tendenziell zu günstigeren Einstufungen.
- eine z.T. bedeutsame Drop-out-Quote die Aussagen aus Studien weiter einschränken.
- Direktvergleiche zwischen verschiedenen medikamentösen Strategien höchst selten empirisch untersucht worden sind, eine differenzielle Bewertung also im Einzelfall nur unter klinischen Aspekten getroffen werden kann.
- derzeit fast ausschließlich Studien für eine Behandlungsdauer von wenigen Wochen und Monaten vorliegen, also keine Evidenz-basierten Empfehlungen für eine Langzeittherapie gegeben werden können.
- die üblichen Ein- und Ausschlusskriterien für psychopharmakologische RCTs zu einer sehr eng definierten Studienpopulation führen, die nicht identisch mit jener Inanspruchnahmepopulation unter psychiatrischen Routineversorgungsbedingungen ist. Vor allem für Patienten mit suizidalen oder parasuizidalen Krisen sowie mit klinisch relevanten psychischen und somatischen Komorbiditäten sind Extrapolationen aus den vorliegenden Studien nur sehr eingeschränkt möglich.

Eine **empirische Datenbasis**, die zumindest orientierende Richtlinien für den Einsatz von psychopharmakologischen Substanzen erlaubt, existiert für einzelne spezifische Persönlichkeitsstörungen aus den Clustern A, B und C:

- Aus dem Cluster A liegen Studienergebnisse für die schizotypische Persönlichkeitsstörung vor, die nosologisch innerhalb eines Spektrums schizophrener Psychosen diskutiert wird.
- Aus dem Cluster B liegen speziell für die Patientengruppe mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen mehrere offene, kontrollierte Studien und auch RCTs zum Einsatz symptom-/syndrom-orientierter Psychopharmakaklassen vor.
- Patienten mit Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster C sind hinsichtlich überzeugender psychopharmakologischer Interventionen bisher nur sehr unzureichend untersucht worden. Eine Ausnahme bildet der medikamentöse Ansatz bei der ängstlichen (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung. Das Behandlungsrationale stützt sich hier im Wesentlichen auf Befunde zu empirischen Untersuchungen bei der generalisierten sozialen Phobie.

3.1.3 Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie

Eine Behandlung mit Psychopharmaka verweist selbst bei bescheiden gewählten Therapiezielen immer auf den **Kontext der Arzt-Patienten-Beziehung**. Diese ist supportiv zu gestalten und soll zu konstruktiven Lernschritten motivieren. Die impliziten Bedeutungen einer Medikation sind für Patienten und Therapeuten in einer aktuellen therapeutischen Beziehung von grundlegender Relevanz.

Bereits zu **Beginn einer Behandlung**, d.h. auch bei Einleitung einer spezifischen Psychotherapie, sollte mit dem Patienten die Möglichkeit eines psychopharmakologischen Ansatzes erörtert werden. Bei einer späteren Entscheidung für Medikamente darf nicht vermittelt werden, dass hiermit ein Rückzug aus einem gesprächs- und/oder handlungsorientierten Ansatz intendiert sei. Es ist notwendig, ein Grundverständnis zu erarbeiten, dass psychotherapeutische Maßnahmen oft nur greifen können, wenn schwerwiegende und beeinträchtigende Symptome in ihrer Intensität durch Medikamente gebessert werden. Es muss mit dem Patienten klar besprochen werden, welche Beschwerden als **Zielsymptome** für eine pharmakologische Intervention identifiziert werden können, welches Medikament mit welchem Therapieziel gegeben werden soll, welche Nebenwirkungen auftreten können und innerhalb welcher realistischen Zeitspanne das Erreichen oder aber Verfehlen eines definierten Therapieziels überprüft werden sollte. Oft ist es wichtig, sich die besonderen psychodynamischen Voraussetzungen zu verdeutlichen, unter denen ein individueller Patient mit einer bestimmten Persönlichkeitsstörung den Modus der Medikamentenverschreibung erlebt, die pharmakologischen Haupt- und Nebenwirkungen verarbeitet und mit Compliance oder Noncompliance reagiert.

3.1.4 Behandlungsdauer

Zur Behandlungsdauer liegt bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen bis heute keine empirische Evidenz vor. Ambulante Psychotherapiestudien behandeln meist für die Dauer von zwei bis drei Jahren mit relativ späten Effekten. Bei stationären Behandlungen werden schon nach 10 bis 12 Wochen hohe Responseraten erreicht, die allerdings nur bei anschließender ambulanter Psychotherapie stabilisiert werden können. Insgesamt legt die Datenlage nahe, dass psychotherapeutische Behandlungen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen **länger dauern** als beim Durchschnitt psychiatrischer Behandlungen und die derzeitig gewährte Stundenzahl im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie nicht ausreichend ist.

Psychopharmakologische Behandlungen orientieren sich meist nur an 6 bis 12 Wochen Behandlung, selten werden 6 Monate erreicht. Aus klinischer Expertise wird der Rat eines mindestens dreimonatigen Behandlungsversuchs gegeben, verbunden mit der Empfehlung des Absetzens bei fehlendem Behandlungseffekt zwecks Vermeidung einer Polypharmazie.

3.1.5 Verlaufskontrolle

Grundsätzlich sollte man davon ausgehen, dass Behandlungsverlauf und -erfolg psychischer Störungen so weit als möglich operationalisiert erfasst werden sollte. Auch für das Gebiet der Persönlichkeitsstörungen liegen mittlerweile Erhebungsinstrumente vor, die sich in drei Kategorien gliedern lassen:

1. Kategoriale Instrumente, die erfassen, ob die jeweiligen DSM-IV-Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nach Behandlung persistieren oder nicht. Obwohl diese Instrumente in gut publizierten Studien angewandt werden, so ist klinische und auch wissenschaftliche Validität der gewonnenen Erkenntnis jedoch sehr kritisch zu sehen.
2. Dimensionale spezifische Instrumente: Für einige Persönlichkeitsstörungen liegen mittlerweile Instrumente vor, die den jeweiligen Ausprägungs- und Schweregrad der Störung erfassen und ausreichend spezifisch bzw. sensitiv für Veränderungen sind.
3. Dimensionale unspezifische Instrumente: Hierunter fallen zum einen Fragebögen, welche z.B. dysfunktionale Kognitionen oder Störungen der zwischenmenschlichen Beziehungen erfassen. Zum anderen können auch störungsübergreifende Fragebögen wie der SCL-90 herangezogen werden.

Unabhängig vom Einsatz operationalisierter Instrumente hat es sich in der klinischen Praxis bewährt, zu Behandlungsbeginn klar definierte, realistische Behandlungsziele mit dem Patienten abzustimmen, diese in einen zeitlichen Kontext zu stellen, um damit die therapeutischen Prozesse einer gemeinsamen Überprüfung zu öffnen.