

# **Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankung**

Dr. Petra Schuhler

## **1 Einleitung**

Die Psychotherapie der Persönlichkeitsstörung (Fiedler, 2007) gilt als besonders schwierig: Die Therapie wird häufig abgebrochen, die therapeutische Beziehung ist besonders belastet, im stationären Rahmen kommt es verstärkt zu Problemen mit Mitpatienten, die Prognose gilt als zweifelhaft bis ungünstig. Die Persönlichkeitsstörung rückte in den letzten Jahrzehnten jedoch zunehmend mehr in den Fokus des klinischen und wissenschaftlichen Interesses. Heute findet man eine breite Forschungs- und Publikationstätigkeit, an der auch die kognitiv-verhaltenstherapeutische Forschung (Beck et al., 1993; Schmitz et al., 1996) und die Arbeiten der dritten Welle der Verhaltenstherapie (Hays, 2007; Young, et al., 2008) erheblichen Anteil hat. Ein Meilenstein bedeutete die Arbeit von Millon (1981), der mit seiner bio-sozialen Lerntheorie einen ersten verhaltenstheoretisch orientierten Erklärungsansatz für Persönlichkeitsstörungen vorlegte und in der Folge ein ausgearbeitetes Modell des Zusammenspiels von biologischen Faktoren, psychologischer Entwicklung und lernpsychologischen Prozessen entwickelte (Millon, 1996). In der Folge erschienen kognitiv orientierte Behandlungskonzepte (Beck et al., 1993; Young, 1990) und breite, verhaltenstherapeutisch orientierte Programme (Linehan, 1993; Turkat, 1996). Seit ungefähr 20 Jahren werden auch im deutschsprachigen Raum verhaltenstherapeutische Konzepte vorgelegt (Bohus & Berger, 1996; Fiedler, 2000; Schmitz et al., 1996; Schmitz et al., 2001). Zu den neuen Entwicklungen gehört die Diagnostik und Therapie des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs als Verhaltens- und Beziehungsstörung (ICD-10 F 68.8) im Spektrum der Persönlichkeitsstörungen (Schuhler & Vogelgesang, 2011; 2012).

Im folgenden Abschnitt werden die sechs in dem Indikationsgebiet Sucht häufigsten Persönlichkeitsstörungen nach Entwicklungsaspekten beschrieben. Der Ansatz von Millon hat dabei einen besonderen Stellenwert, ebenso wie die Arbeit von Benjamin (2001), die das Zusammenspiel von kognitiver, affektiver und interpersonaler Dimension der Entwicklung besonders berücksichtigt. Daran schließt sich die Darstellung eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programms an. Es basiert auf einer quasi-experimentellen Interventionsstudie<sup>1</sup> (Schmitz et al. 2002; 2006), die in der Abhängigkeitsabteilung der AHG Kliniken Münchwies und Bad Dürkheim (Psychosomatik) durchgeführt wurde.

## **2 Merkmale von Persönlichkeitsstörungen**

Über die Therapieschulen hinweg besteht Einmütigkeit darüber, dass Persönlichkeitsstörungen als tiefverwurzelte, überdauernde, unangepasste Verhaltens- und Erlebensweisen verstanden werden, die sich in Form starrer dysfunktionaler Reaktionen auf vielfältige persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Der Schweregrad der Persönlichkeitsstörungen wird vor allem dadurch bedingt, dass diese im Gegensatz zu den symptomatischen Störungen ich-synton, also als zur eigenen Persönlichkeit gehörend,

---

<sup>1</sup> Die Studie war ein Teilprojekt des rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Südwestdeutschland, gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), Förderkennzeichen 016D9803

erlebt und an sich vom Betroffenen selbst als nicht-veränderungswürdig empfunden werden – er oder sie leidet eher an den Schwierigkeiten, die die Umwelt mit ihm oder ihr hat.

So gelten Patienten mit Persönlichkeitsstörungen unter anderem deshalb als schwer zu behandeln, weil sie das eigene Verhalten als "zu sich gehörig" (ich-synton) erleben und nicht als "ichfremde" (ich-dystone) Symptomatik, von der sie sich befreit sehen möchten. Die Patienten sehen die Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen und Problemen oft unabhängig vom eigenen Verhalten (sie sehen sich als Opfer anderer oder des Systems), haben wenig Einsicht in die Unangemessenheit ihrer Überzeugungen und Verhaltensweisen und suchen eine Therapie oft erst wegen der Folgeprobleme (z. B. Depressionen) oder auf Drängen der Umwelt auf.

Die neueren Forschungsergebnisse betonen den besonderen Stellenwert der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (Fiedler, 2007) in der Psychotherapie, Psychiatrie und Rehabilitation. Zahlreiche Studien weisen auf die zum Teil hohe Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen mit anderen psychischen und psychosomatischen Erkrankungen hin. In einer groß angelegten empirischen Studie (Schmitz et al., 2002) zeigte sich auf der Grundlage einer reliablen und validen Diagnostik der Persönlichkeitsstörung, dass jeder fünfte Patient einer psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung unter einer Persönlichkeitsstörung leidet, deren Folgen häufig durch Suchtmittelkonsum abzumildern versucht wird (Vogelgesang & Schuhler, 2010).

Die Ergebnisse der therapiebezogenen Komorbiditätsforschung zeigen, dass komorbide Persönlichkeitsstörungen ganz allgemein den Behandlungsverlauf einer symptomatischen Störung sowie die Prognose erheblich verschlechtern können. Die Behandlungsverläufe sind oft schwierig wegen der tiefverwurzelten und komplexen Probleme, die mit der typischen "Ich-Syntonie" und dem damit einhergehenden mangelnden Problembewusstsein der Betroffenen zusammenhängen: Motivations-, Kooperations- und Complianceprobleme führen zu kaum auflösbaren Krisen in der Zusammenarbeit, zu Therapieabbrüchen oder zu unbefriedigenden Behandlungsergebnissen. Diese schwierige Konstellation wird durch Suchtmittelmissbrauch zusätzlich negativ dynamisiert.

Schmitz et al. (2001; 2006) zeigten, dass folgende Persönlichkeitsstörungen im Indikationsgebiet Sucht am häufigsten vertreten sind: Narzisstische, selbstunsichere, Borderline-, dependente, histrionische und die zwanghafte Persönlichkeitsstörung.

**Die narzisstische Persönlichkeitsstörung.** Als biologischer Faktor wird bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung angenommen (Millon, 1996), dass, vergleichbar zur histrionischen Persönlichkeitsstörung, eine Neigung zu Überreagibilität besteht. Als Kinder sollen diese Persönlichkeiten oft als besonders talentiert auffallen. Eine besondere Aufmerksamkeit auf sozial interaktive Prozesse wird angenommen. Typischerweise bewundern die Eltern das Kind und es wird von einer ausgesprochenen oder verdeckten Erwartung ausgegangen, dass das Kind außerordentliche Leistungen zeigt. Einzelkinder sind überproportional häufig, ebenso wie der Verlust naher Bezugspersonen in der Kindheit. Es wird angenommen, dass früh manipulatives Verhalten, auch durch das Modell Erwachsener, erlernt wird, wodurch wenig Empathie für andere gebahnt wird. Diese Kontextbedingungen treffen auf einen narzisstischen Grundzug, der starken Beschäftigung mit dem eigenen Ich. Affektive Schwingungsfähigkeit, Selbstreflexion und Interesse an inneren Prozessen werden dabei nicht gefördert, ebenso wenig soziale Perspektivenübernahme. Der Anspruch, bewundert werden zu wollen bei gleichzeitiger emotionaler Kälte dem anderen gegenüber, werden die dominanten Merkmale in der sozialen Welt. Diese Haltung führt dann in der weiteren Entwicklung zu Krisen, wenn die hochgesteckten Erwartungen, die die narzisstische Persönlichkeit an sich selbst hat und die andere an sie haben, nicht erfüllt werden können. Zurück bleibt eine große Verwundbarkeit gegenüber kritischen Rückmeldungen, die wiederum zu dem fast

unstillbaren Bedürfnis nach Bewunderung und Anerkennung führt. In diese Dynamik kann schon früh Suchtmittelkonsum hinein verwoben werden in dem Sinn, dass die Wirkung von Alkohol oder suchtpotenten Medikamenten die narzisstischen Krisen abmildern kann bzw. die Persönlichkeit in eine Verfassung katapultiert, in der kurzfristig die Beeindruckung anderer und die Beschwichtigung der eigenen Selbstzweifel besser gelingt.

**Die histrionische Persönlichkeitsstörung.** Auch die histrionische Persönlichkeit ist gekennzeichnet durch ein hohes energetisches Level und reiche psycho-vegetative Reaktionsbereitschaft (Millon, 1996). Schon als Kinder zeigen diese Menschen ein hohes Maß an emotionaler Labilität. Ein dominierender Wesenszug ist die überaus große Orientierung an der Gratifikation von außen. Im Erziehungsverhalten der Bezugsperson wird Reziprozität angenommen, das heißt die histrionische Persönlichkeit stößt offenbar schon als Kind auf soziale Umwelten, die dann aufmerksam werden, wenn das Kind selbst auf sich aufmerksam macht und stark präsent ist. Diese Entwicklung wird durch wenig auf Disziplin ausgerichtete Erziehung unterstützt. Vermutlich wird diese Entwicklung auch verstärkt durch wenigstens einen histrionischen Elternteil, die via Modell-Lernen und entsprechende selektiver Verstärkung des histrionischen Verhaltens des Kindes den Kreislauf weiter aufrechterhält. Kurzlebige Beziehungen, vorherrschende Beschäftigung mit Äußerlichkeiten und permanente Verleugnung und Verdrängung innerer Bewegung machen Weiterentwicklungen aus dem histrionischen Kreislauf hinaus für die betreffende Person aus eigener Kraft sehr schwer. Benjamin (2001) geht davon aus, dass histrionische Persönlichkeiten über operante Verstärkungsmechanismen gelernt haben, mit äußerer Attraktivität, gutem Aussehen und Charme viel bewirken zu können, um bei wichtigen Bezugspersonen eigene Ziele zu erreichen. Sie postuliert im elterlichen Erziehungsverhalten unvorhersehbare Brüche und Konsequenzen, auf die sich das Kind durch das histrionisch gefärbte Verhalten einstellt und die gleichzeitig wieder Modell bilden für eigenes, dramatisierendes und unstetes Verhalten. Suchtmittel können in dieses komplexe Wechselspiel zwischen innerer Welt, eigener Bedürftigkeit, personellen Kompetenzen und interpersonalem Kontext moderierend im Sinn der histrionischen Persönlichkeit eingreifen. Die funktionale Einsatzweise des Suchtmittels zur Attraktivitätssteigerung und Dämpfung der Übererregung kann als kurzfristiger Selbstheilungsversuch gelten.

**Die Borderline-Störung.** In der Entwicklungsgeschichte von Menschen mit Borderline-Störungen wurden überzufällig häufig schwere Traumatisierungen festgestellt (van der Kolk, 1999). Als weitere verursachende Faktoren werden ausgeprägte emotionale Vernachlässigung der Kinder diskutiert ebenso wie rigide Erziehungsmuster und ein fortwährend, die Person kränkendes Erziehungsverhalten. Borderline-Patienten mit schwerwiegenden Traumata in der Vorgeschichte weisen typischerweise posttraumatische Störungen wie Amnesien, Depersonalisation, Derealisation, Identitätsstörungen und selbstverletzende Tendenzen auf. Die Traumatisierung zieht offensichtlich erhebliche affektive Dysregulation nach sich, die zur Destruktivität im sozialen Verhalten und in der Selbststeuerung führt. Jedoch auch die Borderline-Persönlichkeiten, die kein Trauma erfuhren, sondern offenbar einer vernachlässigenden rigiden und kränkenden Erziehung ausgesetzt waren, zeigen ein stark beeinträchtigtes soziales Interaktionsverhalten. Auch hier bilden die Probleme der affektiven Regulierung den Boden für die Defizite in der sozial interaktiven Beziehungsfähigkeit und in der Selbststeuerung.

Millon (1981) sieht als virulenten Kern der Borderline-Persönlichkeitsstörung ein nicht kohärentes Identitätsgefühl. Er vermutet eine dominierende Gefühlsorientierung, die erprobtes und impulsdurchbrüchiges Verhalten verursacht und nur ein gering ausgeprägtes rationales, auf abwägender Überlegung beruhendes Handeln ermöglicht. Benjamin (2001) nimmt an, dass Borderline-Persönlichkeiten in emotional chaotischen Familien aufwachsen und dass Alltagsroutine ohne Aufregungen den Betroffenen leer und

langweilig vorkommen. Destruktive Internalisierungen machen es der Borderline-Persönlichkeit unmöglich, stabile Gefühle von Wert und Glück zu entwickeln. Das große Ausmaß innerer Destruktivität und sozial interaktiver Krisenanfälligkeit bereitet den Boden für den häufigen Suchtmittelmissbrauch, den Borderline-Persönlichkeiten betreiben.

**Die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung.** Der Grundzug der selbstunsicheren Persönlichkeit besteht in der extremen Anspannung und Angst im Umgang mit Menschen und in dem einzig zur Verfügung stehenden Heilmittel, nämlich der Abschottung vor Anderen, obwohl sie sich gleichzeitig diese Nähe wünschen. Millon und Everly (1985) vermuten, dass selbstunsichere Persönlichkeiten häufig auf elterliche Ablehnung und Kränkung gestoßen sind, die dann in der so wichtigen Adoleszenzphase abgelöst wurden durch weitere Ablehnung von der Peergroup. Diese ungünstigen Beziehungskonstellationen treffen bei selbstunsicheren Persönlichkeiten auf hoch irritierbare biologische Grundmuster, die über ein niedrighschwellig leicht erregbares, vegetatives Nervensystem aktiviert werden. Die frühen Erfahrungen münden in überdauernde innere Einstellungen und Erwartungen, die in einem Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit wurzeln und sich in einer generalisierten Angst vor Zurückweisung in sozialen Situationen manifestieren. Selbstmitleid, Ängstlichkeit und depressive Verarbeitung als Folge der Selbstabwertung und ängstlichen Erwartungshaltung tragen im Sinn eines Circulus vitiosus wieder zur Bestätigung der selbstunsicheren Grundannahmen und Überzeugungen bei. Fehler oder Unzulänglichkeiten des Kindes werden durch Demütigung und Herabsetzung bestraft. Als Erwachsener vermeiden die so aufgewachsenen Kinder Situationen und Aufgaben, an denen sie scheitern könnten und die vermeintlich wieder Anlass zur Herabsetzung und zum Ausgeschlossenwerden bieten könnten. Die vielfach mobilisierte ängstliche Erregung im Zusammenhang mit sozialen Kontexten gibt im Fall des Suchtmittelmissbrauchs immer wieder Anlass zum dysfunktionalen Konsum von Alkohol oder suchtpotenten Medikamenten, die die Alltagsbewältigung der spezifisch schwierigen Situationen für die selbstunsichere Persönlichkeit leichter machen.

**Die dependente Persönlichkeitsstörung.** Bei der Entwicklung der dependenten Persönlichkeitsstörung wird als charakteristisches Bindungsmuster (Bowlby, 1969; 1977) die „angstbeladene Bindung“ angenommen, die aus der vom Kind nicht sicher erlebten Präsenz und Ansprechbarkeit der Bezugsperson resultieren soll. Dieses frühe Bindungsmuster wird gewissermaßen in späteren Beziehungen wiederbelebt und verursacht auf diese Weise die ständige Angst, alleingelassen zu werden, wodurch sich die extreme Abhängigkeit vom Partner erklärt. Millon und Everly (1985) vermuten, dass dependente Persönlichkeiten als Kind ängstliche, in sich zurückgezogene oder traurige Wesenszüge aufwiesen, die bei den Bezugspersonen überbehütendes Verhalten auslösten. Als physiologische Grundausstattung wird entweder ein ektomorpher Körpertyp, also dünn und zerbrechlich, oder ein endomorpher Körpertyp, das heißt schwerfällig und plump, vermutet, wodurch die geringe energetische Ladung, die zu einem Mangel an physischer Kraft und Vitalität führt, verursacht wird. Diese biologischen Prädispositionen in Wechselwirkung mit der Überbehütung durch die Bezugsperson münden, so wird angenommen, in der dependenten Persönlichkeitsstruktur. Geringe Explosivität und stark ausgeprägte Kontrolle scheinen die Familien, in denen dependente Persönlichkeiten heranwachsen, zu charakterisieren (Hend at al., 1991). Respondente Konditionierung durch verstärkendes Erziehungsverhalten auf dependente Verhaltensweisen unterstützen die Entwicklung der sozialen Ängstlichkeit und die mangelnde Zuversicht in die eigene Handlungswirksamkeit. Benjamin (2001) geht von einer zu lange andauernden behütenden und versorgenden Haltung von Eltern aus, die die Autonomie des Kindes nicht angemessen zum richtigen Zeitpunkt fördert. Auf diese Weise sollen sich bei diesen Kindern Selbstzweifel und geringe Selbstachtung entwickeln, die sie Kränkungen durch

andere erdulden lassen. Diese, die Herabsetzung hinnehmende Haltung, wird durch die unzureichende Handlungskompetenz ungünstig ergänzt, die durch die überversorgende elterliche Haltung mit verursacht wurde. Vor diesem Hintergrund werden Gefühle, unzureichend und unfähig zu sein, ständig verstärkt und setzen wiederum die rasche Bereitschaft, sich unterdrücken zu lassen, erneut in Gang. Suchtmittel mildern die im Zuge dieser Persönlichkeitsorganisation häufigen Krisen und lassen insbesondere die Gefühle der Erniedrigung und Beschämung leichter ertragen.

**Die zwanghafte Persönlichkeitsstörung.** Als primäre Problemkonstellation wird von einer extrem geringen Selbstachtung des Patienten ausgegangen. Die Selbstabwertung soll vor dem Hintergrund entstanden sein, dass in der häuslichen Umgebung viel Aggression, Ablehnung, Wut und Destruktivität herrschte. Wesentlich soll dabei sein, dass diese destruktiven Gefühle hinter einer oberflächlich freundlichen Fassade verborgen blieben (Sullivan, 1956). Auf diesem Hintergrund lerne der Zwanghafte das, was Sullivan „verbale Magie“ nennt. Worte und Regeln werden dadurch wichtiger als Emotionen. Im Fall der zwanghaften Persönlichkeitsstörung steht die Beeinträchtigung der affektiven Regulation im Fokus. Emotionale Nähe und Mitteilungsbereitschaft ändern gegenüber wird generell vermieden bzw. nicht gezeigt. Dieses Grundmodell Sullivans wird auch von Angyal (1965) unterstützt. Dabei wird das inkonsistente widersprüchliche Verhalten der Eltern als Herausforderung an das kindliche Anpassungsvermögen gesehen, das versucht, Kontrolle zu erlangen, die es sonst überwiegend nicht erlebt. Millon (1981; Millon & Everly, 1985) geht davon aus, dass der Mensch mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung von überaus stark kontrollierenden Eltern eingeschränkt wird, sich autonom oder abweichend von einer sozialen Erwünschtheitsperspektive zu verhalten. Die Identitätsentwicklung und der reife Umgang mit Normen und Werten soll dadurch in der Lebensperspektive erschwert werden. Das zwanghafte Verhalten soll im Kindheitsalter direkt und indirekt innerhalb der Familie dadurch gelernt werden, dass Strafe vermieden werden kann durch Akzeptieren und kritikloses Übernehmen der Erwartungen perfektionistischer und strafender Eltern. Suchtmittelmissbrauch wird in diesem Kontext oft deshalb betrieben, weil darin der einzige punktuelle Ausbruch aus einem rigiden und starren Normensystem gelingt, dem sich der Betreffende sonst unterordnet.

### 3 Diagnostik

Nach den allgemeinen diagnostischen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) darf die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nur dann gestellt werden, wenn ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht, vorliegt. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche: Kognition, Affektivität, Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen und Impulskontrolle. Das Muster ist unflexibel und tiefgreifend in vielen Interaktionssituationen und in der Selbststeuerung. Dieses Muster führt zu Leiden in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Bereichen. Es beginnt in der Adoleszenz bis frühem Erwachsenenalter und ist stabil und lang andauernd. Das Muster lässt sich nicht als Folge einer anderen psychischen Störung erklären. Es geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz wie einer Droge oder eines Medikaments oder einer Erkrankung oder Verletzung zurück.

Das ‚Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV‘, Achse II – Persönlichkeitsstörungen (SKID, Fydrich et al., 1997), das aus einem Fragebogen und darauf bezogenem

Interviewteil besteht, kann als geeignete Methode gelten, eine Persönlichkeitsstörung mit der gebotenen Sorgfalt diagnostisch einzugrenzen. Auf keinen Fall aber sollten nur die Fragebogenergebnisse zur diagnostischen Einordnung herangezogen werden. Dies könnte zu drastischen Fehleinschätzungen führen, wie am Beispiel der narzisstischen, zwanghaften und Borderline-Störung ausgeführt werden soll:

Nimmt man die narzisstische Persönlichkeitsstörung als Beispiel, so sind nach den DSM-Kriterien im SKID-Fragebogen 15 Fragen dazu formuliert, wie beispielsweise: "Haben Sie das Gefühl, dass die meisten Menschen Ihre besonderen Fähigkeiten gar nicht richtig schätzen?" oder "Wurde Ihnen schon einmal gesagt, Sie hätten eine zu hohe Meinung von sich selbst?" oder "Denken Sie oft an die Macht, den Ruhm oder die Anerkennung, die Sie eines Tages haben werden?". Für die Auswertung genügt es nicht, die Ja-Antworten zu zählen, um als Diagnose ‚Narzisstische Persönlichkeitsstörung‘ zu vergeben, sondern im anschließenden Interview werden die Ja-Antworten hinterfragt mit "Geben Sie uns bitte ein Beispiel" oder "Wie meinen Sie das?". Das gibt oft verblüffenden Aufschluss über das, was der Patient mit seinem ‚Ja‘ meinte: In einem Fall hatte ein Patient einen sehr hohen Wert auf dieser Narzissmus-Skala. Aber im Interview stellte sich heraus, dass er keineswegs eine narzisstische Persönlichkeitsstörung oder auch nur eine narzisstische Struktur hat, sondern eher depressiv einzuordnen war. Als er, ein blasser, niedergedrückter Mann, der mit hängenden Schultern da saß, gefragt wurde: "Wie meinen Sie das, dass die meisten Menschen ihre besonderen Fähigkeiten gar nicht schätzen?", antwortete er: "Die meisten Menschen schätzen mich nicht. Das stimmt. Ich muss mich immer neu beweisen, auch bei neuen Chefs, obwohl mein bisheriger Chef, den hab ich ja nun schon 15 Jahre, aber ich denke immer noch, ich muss ihm jeden Tag neu beweisen, dass ich der richtige Mann an der richtigen Stelle bin. Das drückt mich unheimlich nieder. Ich hadere oft damit, dass ich mir offenbar immer noch kein Fundament geschaffen habe. Ich bin ja jetzt 26 Jahre auf diesem Posten und mache es offenbar ganz gut. Aber: Ich muss mich immer neu beweisen."

Diese Aussage legt eher Selbstunsicherheit im Rahmen einer depressiven Entwicklung nahe. Der gleiche Patient hatte auch die Frage, ob es ihm sehr wichtig sei, dass andere ihn beachten oder ihn in irgendeiner Weise bewundern, mit ‚Ja‘ beantwortet. Er meinte aber dazu: "Ich brauche immer unbedingt Lob und Anerkennung. Auch nur ein bisschen Kritik kann ich nicht vertragen. Wenn mich einer nur ein wenig kritisiert, ärgert mich das sehr. Alles soll perfekt sein. Und wenn einer mir sagt, dass etwas nicht perfekt ist, dann bin ich sofort wie zerstört. Ich bin dann geknickt, niedergeschlagen und verzweifelt. Und Lob und Anerkennung, das tröstet mich ein bisschen, weil ich im Grunde ja nicht viel von mir halte. Ich weiß zwar, dass ich gut bin und dass ich auch in meinem Beruf etwas kann. Auf der anderen Seite bin ich halt so leicht zum Zweifeln zu bringen." Hierin zeigt sich nicht das unbedingte Verlangen nach Bewunderung der narzisstischen Persönlichkeit, sondern kennzeichnet den Perfektionismus und den übersteigerten Selbstzweifel der depressiven Verarbeitung.

Auch auf die Frage: "Mussten Sie andere schon einmal regelrecht benutzen, um etwas zu erreichen", womit das für typische Ausnutzen von andern abgeklöpft werden soll, sagte der Patient: "Ja das macht mir heute noch Kopfzerbrechen, dass ich damals vor 20 Jahren die Freundschaft zu meinem damaligen Freund genutzt habe, um meine zweite Frau, also seine Frau, kennen zu lernen. Das habe ich aber nicht mit Absicht gemacht. Das hat sich so ergeben. Aber dennoch habe ich heute noch oft Gewissensbisse." Dagegen sagte ein narzisstischer Patient auf die gleiche Frage - Ist es Ihnen sehr wichtig, dass andere Sie beachten oder Sie in irgend einer Art und Weise bewundern – mit erhobener Stimme: "Ja, denn ich hab die Bewunderung ja auch verdient. Ich hab wirklich große Talente. Ich hätte alles werden können, Schriftsteller, Sportler, Wissenschaftler, alles." Dabei sah er die Therapeutin mit vorgeschobenem Kinn und rausgedrückter Brust herausfordernd an. - Der

gleiche Patient sagte auf die Frage: „Haben Sie das Gefühl, dass die meisten Menschen Ihre besonderen Fähigkeiten gar nicht richtig schätzen?“ - "Das stimmt absolut. Ich hab das Zeug zu einem großen Sportler oder auch sonst zu etwas Großem. Ich bin doch sogar schon in der Schule als besonders begabt aufgefallen, weil ich Gedichte wortwörtlich behalten habe, nachdem ich sie nur einmal gehört habe. Ich bin kein Mittelmaß. Ich bin Spitze.“ Die Therapeutin berichtet im Anschluss den Impuls, diese Großsprecherei etwas zurechtzurücken. Diese innere Reaktion ist sehr wertvoll als Hinweis auf eine narzisstische Struktur beim Patienten, man sollte diesen Unmut registrieren und gewissermaßen als diagnostische Information nutzen, aber nicht im Interview ausdrücken.

Auf diese Weise wurde jede Äußerung der Patienten in dem Interview danach abgeklopft, ob die Kriterien des DSM-IV erfüllt sind. Pro Patient muss mit Fragebogen, Fragebogenauswertung und Interview ca. zwei bis zweieinhalb Stunden veranschlagt werden.

Bei der Einschätzung der zwanghaften Persönlichkeitsstörung konnte häufig eine Diskrepanz zwischen den Fragebogenergebnissen und dem Interviewergebnis festgestellt werden: die Fragebogenergebnisse wiesen auf eine stark ausgeprägte zwanghafte Persönlichkeitsstörung hin, es handelte sich jedoch um eine depressive innere Verarbeitung, die von Perfektionismus, der Angst, Fehler zu machen und Selbstabwertung geprägt war. Bei Patienten, die Suchtmittelmissbrauch betreiben, gilt es zudem sicherzustellen, dass sich Ängste vor Fehlern oder Selbstbestrafungstendenzen, die zu hohen scores auf der Skala ‚zwanghafte Persönlichkeit‘ im Fragebogen geführt haben mögen, nicht auf die Beschämung nach Trinkzeiten beziehen und dann keinesfalls als Ausdruck einer zwanghaften Persönlichkeit zu werten wären. Diese Gefahr der Fehleinschätzung ist besonders groß bei der Diagnose der Borderline-Störung, weil die dort aufgeführten Erlebens- und Verhaltensweisen wie Impulsdurchbrüche, Stimmungsschwankungen, jähe Beziehungsabbrüche auch Symptome von Trinkzeiten sein können und nicht als Hinweis auf eine Persönlichkeitsstörung zu werten sind.

## **4 Das Gruppentherapieprogramm**

Das Programm geht in mehrerer Hinsicht neue Wege in der Therapie der Persönlichkeitsstörungen (Schmitz et al., 2001).

### *4.1 Kernmerkmale*

Die Persönlichkeitsstörung wird direkt und unmittelbar in den Fokus der therapeutischen Arbeit gestellt. Das Programm basiert auf einem dimensional Modell der Persönlichkeitsorganisation in Abgrenzung zum kategorialen Konzept der Persönlichkeitsstörung: Mildere Formen werden als unverzichtbare Qualitäten der Selbststeuerung und der Interaktionskompetenzen betrachtet. Das Programm orientiert auf Ressourcen und positives reframing und verzichtet auf Pathologisierung zugunsten einer Kompetenzorientierung. Hinsichtlich der Persönlichkeitsstörung sieht das Programm eine heterogene Gruppenzusammensetzung vor und zielt auf Transparenz und Veränderungsbereitschaft durch Psychoedukation, nicht-konfrontative Motivierungsstrategien, Vermittlung plausibler Modelle in Verbindung mit emotionaler Erlebnisaktivierung. Die Kernmerkmale sind in Abbildung 1 zusammengefasst.

- Das Programm stellt die Persönlichkeitsstörung direkt und unmittelbar in den Fokus der therapeutischen Arbeit
- Das Programm basiert auf einem dimensional Modell der Persönlichkeitsorganisation in Abgrenzung zum kategorialen Konzept der Persönlichkeitsstörung. Mildere Formen gehören zu unverzichtbaren Qualitäten der Selbststeuerung und der Interaktionskompetenzen (Persönlichkeitsstile).
- Das Programm orientiert auf Ressourcen und positives reframing
- Das Programm verzichtet auf Pathologisierung zugunsten einer Kompetenzorientierung
- Das Programm erlaubt eine heterogene Gruppenzusammensetzung hinsichtlich der Persönlichkeitsstörung
- Das Programm zielt auf Transparenz und Veränderungsbereitschaft durch Psychoedukation, nicht-konfrontative Motivierungsstrategien, in Verbindung mit emotionaler Erlebnisaktivierung.

Abbildung 1: Kernmerkmale des Programms

#### 4.2 Aufbau

Das Gruppenprogramm (Schmitz et al., 2001) umfasst 12 Gruppenstunden, (s. Abb. 2) wobei zwei Gruppenstunden einer bestimmten Persönlichkeitsstörung, jeweils ein psychoedukativer und ein erlebnisaktivierender Teil, gewidmet sind. Insgesamt werden die sechs vorgestellten Persönlichkeitsstörungen in dem Programm behandelt: die selbstunsichere, dependente, zwanghafte, histrionische, narzisstische und die Borderline Persönlichkeitsstörung. Die psychoedukativen Teile haben Erklärungscharakter und vermitteln plausible Erklärungsmodelle sozialer Interaktion und der Selbststeuerung, z. B. die Zusammenhänge zwischen Frustration und Aggression oder die Grundzüge des Sichhineinfühlens in andere. Empirische Untersuchungen zum Stellenwert psychoedukativer Maßnahmen im Bereich der Persönlichkeitsstörungen liegen bislang allerdings nicht vor, obwohl deren Bedeutsamkeit von verschiedenen Autoren gesehen wird (z. B. Linehan, 1996; Young, 1990). So prognostiziert auch Fiedler (2000), dass sich Psychoedukation oder Patientenschulung zukünftig zu einem der wichtigsten Aspekte einer integrativen Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen entwickeln wird.

<b>Persönlichkeitsstile</b>		
selbstunsichere PS	der sensible Stil	„Am liebsten zu Hause“
narzisstische PS	der selbstbewusste Stil	„Der Star“
borderline PS	der sprunghafte Stil	„Feuer und Eis“
dependente PS	der anhängliche Stil	„Der gute Kumpel“
histrionische PS	der dramatische Stil	„Das Leben ist voller Aufregung“
zwanghafte PS	der gewissenhafte Stil	„Das Richtige tun“

Abbildung 2: Überblick über die 6 im Programm behandelten Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsstile



### 4.3 Durchführung

**Psychoedukativer Teil.** In dem Programm wird nicht von Persönlichkeitsstörungen, sondern von ‚Persönlichkeitsstilen‘ gesprochen. Darin widerspiegelt sich die konzeptuelle Überwindung der auf Pathologie eingeeengten Sicht auf den Menschen. Das grundsätzliche Vorgehen soll am Beispiel der narzisstischen Persönlichkeitsstörung, in der Sprache des Programms am Beispiel des ‚selbstbewussten Persönlichkeitsstils‘ veranschaulicht werden: Der ‚selbstbewusste Persönlichkeitsstil‘ wird mit dem Untertitel ‚Der Star‘ eingeführt (s. Abb. 3).



Abbildung 3: Patientenmaterial zur Einführung in die narzisstische Persönlichkeitsstörung

Zunächst werden charakteristische Merkmale des Persönlichkeitsstils mit seinen Stärken und Schwächen anschaulich erläutert. Eine Facette des Selbstkonzepts wird vorgestellt, die die Freude, Ich zu sein, genannt wird (s. Abb. 4).

<b>Das Selbst</b>	<b>Arbeit</b>	<b>Beziehungen</b>
Die Freude, ich zu sein	Erfolgspolitik	wollen geliebt werden. Das eigene Glück bedeutet automatisch das Glück des Anderen
<u>Extrem:</u> Selbstverherrlichung, Selbstüberschätzung, Selbstsucht, sogar Selbstzerstörung, oft durch Alkohol	<u>Extrem:</u> andere werden manipuliert, übergroßer Neid Ausgleich: Alkohol	<u>Extrem:</u> bleibt Bewunderung aus, enormer Stress und Hass Ausgleich: Alkohol

Abbildung 4: Patientenmaterial – die Stärken des selbstbewussten Stils und seine Risiken

Die Welt der Arbeit wird dabei charakterisiert, die geprägt ist durch die Erfolgspolitik des narzisstischen Menschen - oder die Beziehungswelt, in der Narzissten darin gut sind, dass sie Beachtung auf sich ziehen und schließlich die Welt der Gefühle. Es wird verwiesen auf den Gesichtspunkt, dass das starke Ich-Gefühl die Erfolgsorientiertheit des Narzissten und sein taktisches Geschick ihn davor bewahrt, kritische Gefühle hochkommen zu lassen. Im Sinn eines Kontinuums werden alle diese Bezüge weitergeführt bis hin zu dem kritischen, dem negativen Pol. Die moderierende Rolle des Suchtmittels, das die Selbstheilungsstrategien, wenn auch nur kurzfristig und zu hohem Preis unterstützt, wird besonders betont.

Zwar erreichen narzisstische Menschen leicht Anerkennung, sie tun ja auch einiges dafür. Aber sie sind nicht ausgerichtet auf andere, sie können sich die innere Welt des anderen nicht vorstellen und stehen oft völlig überrascht vor den Trümmern ihrer Beziehung. In der Welt der Gefühle, der Selbstbeherrschung und in Bezug zur realen Welt übersehen narzisstische Menschen leicht ihre Fehler, ihre Schwächen und ihren relativen Platz. Sie neigen dazu, sich selbst zu überschätzen und die eigenen Stärken nicht realistisch einzuschätzen. Diese narzisstische Struktur wird den PatientInnen in verständlicher und akzeptierender Sprache vermittelt. Dreh- und Angelpunkt dabei ist immer, das Interesse der PatientInnen für ihre innere Welt zu wecken und hier bereits die Ressourcen des narzisstischen Stils einzuführen. Narrative werden dabei als nichtkonfrontative Motivierungsstrategie eingesetzt.

**Nichtkonfrontative Motivierungsstrategie - Narrativ.** Im Gruppenprogramm werden neben der Psychoedukation im Sinn von Aufklärung, Wissens- und Modellvermittlung zwei methodische Wege beschritten, um die emotionale Beteiligung der Patienten zu erreichen, nämlich Demonstrationsrollenspiele und Narrative, die in den psychoedukativen Teil eingebunden sind. Im ersten Fall werden dabei in der Handlung vorskizzierte Rollenspiele, die den jeweiligen Persönlichkeitsstil demonstrieren und anschaulich vorstellen, eingesetzt. Narrative (Schuhler & Baumeister, 1999), also kleine Erzählungen, bildliche, nicht-sachliche Geschichten dienen dem gleichen Zweck. Die Rollenspiele werden vom Gruppentherapeuten und einem instruierten Teilnehmer übernommen, die Narrative werden vom Gruppentherapeuten erzählt.

Rollenspiele ebenso wie Narrative sind dialogisches Geschehen. Dabei wirkt in beiden Fällen eine individuelle, mit Affekt versetzte Sprache, die den Patienten dazu anregen soll, die oft nicht mehr zur Verfügung stehende Fähigkeit, Sprache mit Bedeutungen, Affekten und Beziehungen aufzuladen, wieder zu vollziehen. Das Rollenspiel ist handlungsbetont, während das Narrativ über einen einfachen Bericht hinausweist: Es erweitert ihn und vertieft und veranschaulicht das, was gesagt werden soll durch eine metaphor- und bilderreiche Sprache. In Narrativen werden Zusammenhänge anschaulich hergestellt, denn Mimik, Gestik und die szenische Darstellung des Erzählers gehören zum Narrativ dazu. Es ist ein Mittel zur gleichnishafte sinnstiftenden Darstellung und beinhaltet immer eine innere Begegnung zwischen Rezipienten und Erzähler. Nachfolgend das Narrativ zum selbstbewussten Stil, wie es vom Therapeuten erzählt wird:

Ich möchte Ihnen die Geschichte eines 40-jährigen Mannes erzählen, die wesentliche Zusammenhänge zwischen der überaus selbstbewussten Persönlichkeit und dem Trinken zur Alltagsbewältigung – und in diesem Fall auch Essen - deutlich macht. Stellen Sie sich einen gewaltig dicken und großen Mann vor, der bei der Aufnahme unten in der Empfangshalle der Klinik auf mich zuwalzt und um Luft ringt. Er drückt meine Hand und sagt als erstes: „Die Klinik hier hat ja einen guten Ruf, sonst wäre ich gar nicht hierher gekommen. Aber die unmöglichen Vitrinen hier – wie sieht das denn aus? Das ist doch primitiv. Da können Sie von Glück sagen, dass Sie nicht in der Gastronomie arbeiten. Da kämen Sie mit so was Selbstgebasteltem nicht weit.“ Ich sage erst mal nichts dazu und bitte ihn zum Gespräch in mein Zimmer. Er lässt sich schwer auf einen Stuhl sinken, wischt sich mit einem Taschentuch über den Kopf und verkündet: „Ich bin Koch, ein Meisterkoch. Ich hatte ein erstklassiges Haus. Nicht so eine Schnitzelschmiede, sondern Haute Cuisine. Aber nur vom Feinsten. Dass ich keinen Stern gekriegt habe, das war das Ergebnis einer Intrige. Mit rechten Dingen ging das nicht zu.“ Und: „Ich bin gewohnt, das Beste zu liefern und ich erwarte auch das Beste von andern Leuten. Mit zweitklassigen Ärzten lasse ich mich hier nicht abspeisen.“ In mir will so etwas wie Ärger über seine anmaßende Art aufsteigen, aber etwas an ihm verrät auch eine ganz andere, verletzte Seite. Er erzählt mir, dass er aus Enttäuschung über seine Frau im letzten Jahr viel getrunken habe. „Ich habe ihr ein Schmuckstück von Restaurant hingestellt. Den Marmor für den Fußboden habe ich aus einem besonderen Steinbruch in Italien kommen lassen. Die Tischdecken und Servietten waren aus allerbestem Elsässer Leinen. Und ihr selbst, was hat sie durch mich nicht alles gelernt? Ich habe der erst mal beigebracht, wie man sich anzieht und wie man Gäste begrüßt. Die hat dann die Empfangsdame gemacht und ich stand in der Küche. Das kann sich keiner vorstellen, was das für ein Stress ist: jeden Tag, jeden Mittag, jeden Abend Höchstleistungen zu vollbringen! Ist doch kein Wunder, wenn man da was braucht zum Stressabbau: bei mir war es eben das Essen und ich gebe zu, auch der Wein. Aber immer nur Spitzenlagen. Fusel habe ich nie getrunken.“ Seine Frau hat ihn dann betrogen, mit dem Oberkellner. Als er dahinter kam, war das der Anfang vom Ende, wie er sagte.

Als ich ihn im weiteren Behandlungsverlauf besser kennenlerne, wird aber klar, dass es vorher schon kriselte, sowohl im Restaurant, als auch in seiner Ehe. Er war wohl nicht immer zu den Höchstleistungen in der Lage und erreicht auch nie wirklich die Anerkennung als Meisterkoch, für den er sich ansah. Blieben die ersehnten Erfolge aus, besänftigte er sich schon von Jugend auf mit Alkohol und er suchte auch die tröstliche Wirkung, die im Sichhineinschlingen von großen Nahrungsmengen liegen kann. Waren es am Anfang auserlesenen Speisen und Weine, so wurden es am Ende ganze Toastbrote mit billiger Salami und Ketchup – und er trank auch schon lange keinen Spitzenwein mehr, sondern einfachen Wodka, weil dieser nicht so viel kostete, rascher wirkte und weil die leeren Flaschen unauffälliger auf die Seite geschafft werden konnten. Das konnte er aber nur mir im Einzelgespräch eingestehen und der drohte mir, sofort abzureisen, wenn davon etwas bei seinen Mitpatienten ruchbar werden sollte. Es war für ihn geradezu überlebenswichtig, dass er das Bild des außergewöhnlichen Mannes mit den Spitzenleistungen aufrechterhielt.

Als Kind wurde er von seiner Mutter in der Überzeugung aufgezogen, etwas ganz Besonderes zu sein. Sie stammte aus einer verarmten Adelsfamilie und hielt sich auf die aristokratische Herkunft sehr viel zugute. So war sie überzeugt, mit ihrem Mann, dem Vater des Patienten, eine Mesalliance eingegangen zu sein. Ein Fehlgriff, für den sich ihr Mann, ein einfacher Straßenbahnfahrer, glücklich schätzen konnte. Von ihm wurde Anpassung, um nicht zu sagen Unterwerfung gefordert und der kleine Sohn sah seinen Vater zu Hause nie anders als geduckt und lächerlich gemacht. Er übernahm früh die innere Haltung der Mutter und wollte ihr gern beweisen, „welches Blut in seine Adern rollte“, wie sie zu sagen pflegte. Dass er von früh auf zu Übergewicht neigte und offenbar auch häufig in der Schule gehänselt wurde, verdrängte er schon als kleiner Junge. Niederlagen, Misserfolge oder gar Demütigungen wurden verdrängt. Dabei half schon in der Kindheit das Essen, der Alkohol kam mit 13 Jahren bereits dazu. Unter Alkoholeinfluss gelangen ihm die Träume von seiner Einzigartigkeit und von seinen Spitzenleistungen besser und störende Erinnerungen an Fehlschläge oder Misserfolge zogen sich gnädig in den Hintergrund.

Den Patienten gelingt es, wenn sie sich mit den Geschichten auseinander setzen, eher, selbst einen angstfreieren Umgang mit dem bedrohlichen Thema ‚Ich und Andere‘ zu finden, sie fühlen sich in ihrer Beschämung und in ihren Ängsten verstanden und gewürdigt. Der Patient kommt zu eigenen Lösungen, wenn er darüber nachdenkt oder fantasiert, was die Geschichte über ihn und seine inneren Konflikte enthält, die ihm unverständlich und deshalb auch häufig unlösbar erscheinen.

**Plausible Erklärungsmodelle.** Ein weiterer wichtiger Schritt im psychoedukativen Teil ist der Einführung der so genannten Teufelskreise nach Schulz von Thun (1989) gewidmet (s. Abb. 5).

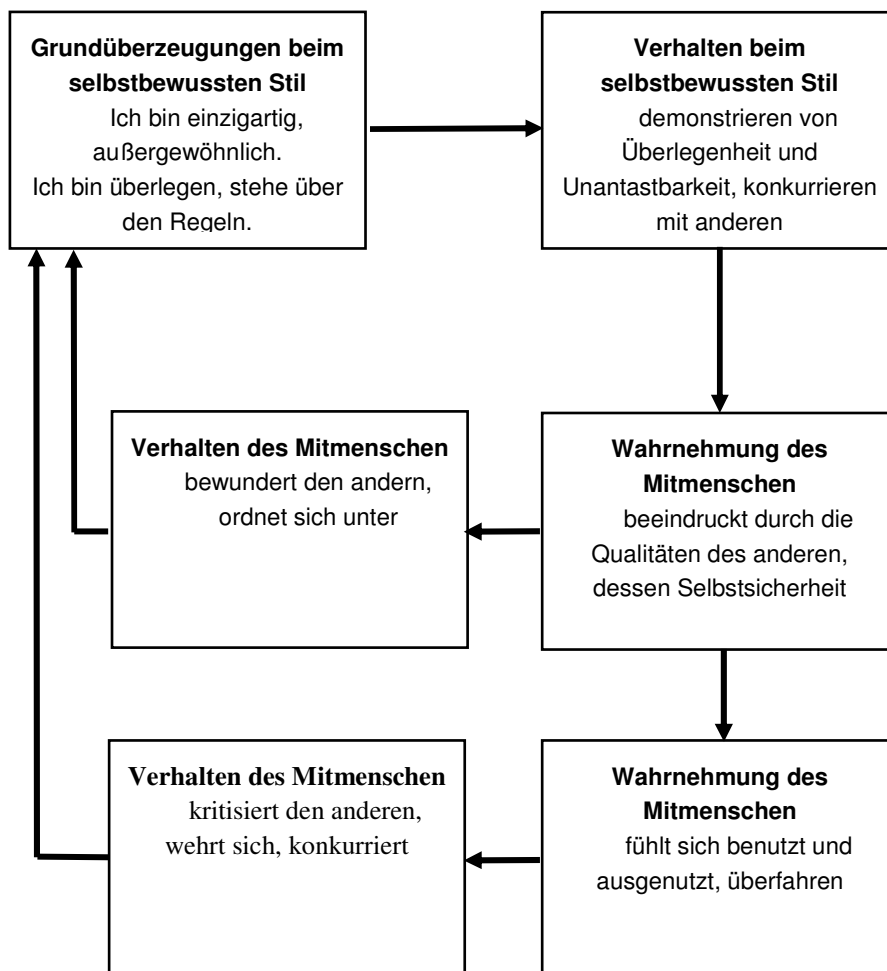


Abbildung 5: Patientenmaterial - Teufelskreis beim selbstbewussten Stil

Gerade die Teufelskreise haben sich bei den PatientInnen sehr bewährt in dem Sinn, dass sie nachvollziehen können, wieso jemand, obwohl er oder sie unter Beschuss gerät, doch nichts anderes tut, als das Verhalten zu zeigen, das ihn erst in die Enge manövriert hat. Dabei wird bei den PatientInnen eine versöhnliche Haltung zur eigenen Persönlichkeit etabliert, durch die akzeptierende und verstehende Haltung, die mit dem strukturierten Vorgehen im psychoedukativen Teil verbunden werden. Die Dienstfunktion des für die Umwelt offenbar kritischen bis unerträglichen Verhaltens wird verdeutlicht, indem erklärt wird, dass es einen Sinn und eine Geschichte hat, dass „Du so geworden bist. Es hat Dir beim Leben geholfen. Es wäre falsch, das alles in Bausch und Bogen zu verdammen“. Wichtig ist es sich auf die Suche nach den Gründen zu begeben und danach zu forschen, inwiefern das heute so problematische Verhalten und Erleben schon früh zur Lebenshilfe und Krücke bei den ersten Schritten in die Welt der Beziehungen wurde. Dass Alkohol oder Medikamente dabei helfen, solche Selbstheilungsversuche zu unterstützen und zu fördern und sich dabei gleichzeitig in die innere Welt der Patienten einfräst, sodass er unverzichtbar wird, leuchtet unmittelbar ein.

In narrativer Weise werden auch die anderen Elemente des psychoedukativen Teils an derselben Geschichte – mit Erzählungen aus Kindheit und Jugend - verdeutlicht. Dazu gehört vor allem die Einheit „wenn der selbstbewusste Stil zum Problem wird“). Dabei wird der Einfluss von dysfunktionalen Grundannahmen (Beck et al., 1997) auf das Verhalten in konkreten Situationen und eben auf die Suchtmittelleinnahme an einem Beispiel verdeutlicht.

Der psychoedukative Teil schließt stets mit einer Einheit, die durchaus in bekanntem plakativen Stil die PatientInnen auffordert: „Machen Sie das Beste aus Ihrem Stil“ (Oldham & Morris, 1992). Abbildung 6 veranschaulicht diese ressourcenorientierte Sichtweise, wie diese im Patientenmaterial wiedergegeben wird.

### **Machen Sie das Beste**

- Versuchen Sie aufzuschreiben, welche „Schwächen/Fehler“ Sie haben. Beispielsweise. „Ich neige dazu, meine Bedürfnisse oder Interessen immer in den Vordergrund zu stellen“. Entwickeln Sie also ein Gespür/Bewusstsein für Ihre Schwachstellen.
- Nehmen Sie Ihre Lebensregeln bewusst wahr und überprüfen Sie diese (z.B. „Ich bin außergewöhnlich und besser als andere, ich verdiene besondere Beachtung und besondere Regeln“).
- Versuchen Sie, sich durch die Augen der anderen zu sehen. Versuchen Sie auch hier wieder bei Ihren Schwachstellen zu bleiben. Also, was könnte mein(e) Partner(in), Arbeitskollege(in) an mir weniger gut finden?
- Selbstbewusste Menschen können sich in der Regel sehr gut konzentrieren. Nutzen Sie diese Fähigkeit im Kontakt mit anderen, besonders mit den Menschen, mit denen Sie häufiger zu tun haben. Fragen Sie sich bei jedem Gespräch: „Wer ist dieser Mensch“? Konzentrieren Sie sich dabei auf seine charakteristische Körperhaltung, seine typischen Redensweise, seine Stimme, seine möglichen Gefühle, Einstellungen und Gedanken, etc.
- Lernen Sie angemessen Kritik zu äußern und weniger empfindlich auf die Kritik anderer zu reagieren. „Schlagen Sie nicht sofort zurück“! Beobachten Sie vielmehr Ihre Gefühle: Sind Sie verletzt? Fühlen Sie sich gedemütigt? Versuchen Sie sich dann davon zu distanzieren. Manchmal ist es auch hilfreich, wenn Sie zu aufgewühlt sind und Gefahr laufen, die Kontrolle zu verlieren, die Situation erst einmal zu verlassen.
- Üben Sie in einem Team mitzumachen und finden Sie heraus, warum es sich lohnt.
- Setzen Sie keinen Alkohol oder suchtpotente Medikamente ein, um ihre Leistungsfähigkeit zu steigern oder Kränkungen zu verwinden. Reduzieren Sie Ihren Alkoholkonsum. Nehmen Sie Medikamente nur strikt nach ärztlicher Verordnung ein.

*Abbildung 6: Patientenmaterial - Machen Sie das Beste aus Ihrem Stil*

**Therapeutische Wirkfaktoren.** Der psychoedukative Teil zielt auf grundlegende Einstellungsveränderungen und geht weit über Information und inhaltliche Aufklärung hinaus, wie der Begriff 'Psychoedukation' nahelegen könnte. Vielmehr werden Räume in dem Sinn eröffnet, dass das assoziative emotionale Verstehen erweitert und ein Spiegel zur Verfügung gestellt wird: Das spiegelnde Gesicht des bedeutsamen Interaktionspartners schärft den Blick für den andern und mich selbst. Die PatientInnen lernen Einordnungskriterien kennen und ihnen wird gewissermaßen eine Brille zur Verfügung gestellt, mit der sie die soziale Welt um sich und sich selbst erkennen können.

Gleichzeitig wirkt Unaufdringlichkeit: Das Vorgehen ist nicht invasiv, nicht bedrängend, nicht mit aller Macht soll etwas an den Mann oder die Frau gebracht werden. Den PatientInnen wird eine Welt- und Innensicht nahe gebracht mit bislang nicht zur Verfügung stehenden Kategorien. Dabei spielt das Moment der Ermutigung eine entscheidende Rolle. Offensichtlich schaffen die psychoedukativen Maßnahmen Sicherheit und bilden Vertrauen dadurch, dass ein klarer Rahmen vermittelt wird, ein Verstehensmodell, das eine Einordnung bislang unverständlicher, ja unheimlicher Vorgänge mit sich und anderen erlaubt. Das geschieht in patientenzentrierter Zugewandtheit, in einem strukturierten Rahmen, der offensichtlich die Selbstreflexionsmöglichkeiten der PatientInnen fördert und ihre sicherlich angstbesetzten Regungen zur Selbstöffnung und Introspektion stärkt.

**Gruppendynamische Elemente.** Diese Bereitschaft wird in einem zu jedem psychoedukativen Teil dazugehörigen Übungsteil genutzt und weiter gefördert. Beim selbstbewussten Stil, also der narzisstischen Persönlichkeitsstörung, liegt der Schwerpunkt auf der Unterstützung von Empathie und Kritikfähigkeit sowie der Förderung von Kooperationsbereitschaft. Bekannte gruppendynamische Übungen wie der ‚heiße Stuhl‘ werden durchgeführt und mit den Einsichten aus dem psychoedukativen Teil in Verbindung gebracht. Die Verknüpfung zwischen Suchtmittel und Persönlichkeitsorganisation wird dabei stets in den Mittelpunkt gestellt. Der Schwerpunkt bei der Auswertung liegt auf der Integration von negativer und positiver Rückmeldung und auf den besonderen Problemen, die vor allem narzisstisch geprägte Persönlichkeiten mit dieser schwierigen Übung haben.

**Erlebnisaktivierende Elemente.** Diese Bereitschaft wird in einem zu jedem psychoedukativen Teil dazugehörigen Übungsteil genutzt und weiter gefördert. Beim selbstbewussten Stil, also der narzisstischen Persönlichkeitsstörung, liegt der Schwerpunkt auf der Unterstützung von Empathie und Kritikfähigkeit sowie der Förderung von Kooperationsbereitschaft. Bekannte gruppendynamische Übungen wie der ‚heiße Stuhl‘ werden durchgeführt und mit den Einsichten aus dem psychoedukativen Teil in Verbindung gebracht. Der Schwerpunkt bei der Auswertung liegt auf der Integration von negativer und positiver Rückmeldung und auf den besonderen Problemen, die vor allem narzisstisch geprägte Persönlichkeiten mit dieser schwierigen Übung haben. Diese Erfahrungen werden benutzt, um eine vom Therapeuten dargestellte Interaktionssequenz zu erleben und emotional nachzuvollziehen.

Der Therapeut führt in eine Alltagsszene eines Ehepaares ein, in der beide nach einem Abend von Freunden nach Hause fahren und die Frau genervt zu ihrem Mann sagt: „Du musstest Dich ja mal wieder aufspielen heute Abend! Musst Du immer so auf den Putz hauen!?“ – In der szenischen Nachstellung stellt der Therapeut zunächst die Frau dar und sagt sichtlich gereizt den Satz. Er wechselt dann den Platz (zuvor werden schon zwei Stühle so nebeneinander gestellt, dass die Vordersitze eines Autos markiert sind) und schimpft dann entsprechend einer im psychoedukativen Teil eingeführten Weise der narzisstischen Störung, beispielsweise so: „Wenn Dir das nicht passt, dann kannst Du ja künftig zu Hause bleiben! Du sitzt doch immer nur dumm rum und sagst nichts. Meinst Du, ich brauche Dich, ich bin doch froh wenn ich Dich nicht am Bein habe.“ In einem zweiten Durchspielen der Szene verwirklicht der Therapeut eine einführende, verständnisvolle Reaktion auf die Kritik: „Ich bin Dir heute Abend auf die Nerven gefallen. Was hat Dich genau gestört?“ – Der Schwerpunkt der Auswertungen liegt auf den Reaktionen, die durch den Kontakt mit Verhaltensweisen ausgelöst werden, die aus einer gegensätzlichen inneren Welt gespeist werden.

Psychoedukativer Teil und Übungsteil werden mit schriftlichem Material ergänzt, indem die Patienten dazu angeleitet werden, im Alltag bestimmte Erfahrungen zu sammeln, ihre eigenen Wahrnehmungen und Reaktionen auf bestimmte Ereignisse, wie z. B. Zurückweisung oder Ablehnung festzuhalten und diese bei der nächsten Sitzung zu besprechen.

Das Programm (Schmitz et al., 2001) hat sich bewährt in der psychosomatischen und Suchtrehabilitation (Schmitz et al., 2006) sowie in der Akutpsychiatrie (Falge-Kern et al., 2007). Abwandlungen bieten sich an für die Anwendung in Praxisfeldern jenseits des medizinisch-klinischen Bereichs, vor allem auch in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation,

## Literatur

- Angyal, A. (1965). *Neurosis and treatment*. N. Y.: Viking.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th. ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A.T, Wright, D, Newman, C.F, Liese, B.S. (1997). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Beltz.
- Beck, A. T., Freeman, A. & Associates (1993). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörung*. Weinheim. Beltz PVU.
- Benjamin, L. S. (2001). *Die interpersonelle Diagnose und Behandlung von Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medizin.
- Bohus, M. & Berger M. (1996). Die dialektisch-behaviorale Psychotherapie nach Linehan. *Nervenarzt*, 67, 911-923.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment*. N. Y.: Basic Books.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.
- Falge-Kern, A.; Schulz, H. & Fricke, S. (2007). Ein Gruppentherapieprogramm bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen: Eine quasi-experimentelle Evaluation. *Verhaltenstherapie*, 17, 17 – 24.
- Fiedler, P. (1996). Psychotherapeutische Ansätze bei Persönlichkeitsstörung: Gemeinsamkeiten und Unterschiede. In: B. Schmitz, Fydrich, T. & K. Limbacher (Hrsg.) *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie*: Weinheim: Beltz PVU.
- Fiedler, P. (2000). *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (2007). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B., Wittchen, H.U. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Hays, S. (2007) *In Abstand zur inneren Wortmaschine*. Tübingen: dgvt.
- Hend, S., Baker, J. & Williamson, D. (1991). Family environment characteristics and dependent personality disorder. *Journal of Personality disorders*, 5, 256-263.
- Kuhl, J. & Kazen M. (1997). *Persönlichkeitsstil und Störungs-Inventar*. Göttingen: Hogrefe.
- Linehan, M.M. (1996). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Millon, T. H. (1981). *Disorders of personality: DSM-III Axis II*. N. Y.: Wiley.
- Millon, T. H. (1996). *Disorders of personality. DSM-IV and beyond*. N. Y.: Wiley.
- Millon, T. H. & Everly, G. (1985). *Personality and disorders*. N. Y.: Wiley.
- Oldham, J.B., Morris, L.B. (1992). *Ihr Persönlichkeitsporträt*. Hamburg: Kabel.
- Petermann, F. (Hrsg.) (1997). *PatientInnen-schulung und PatientInnen-beratung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmitz, B., Fydrich, T. & Limbacher, K (Hrsg.). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim Beltz PVU.
- Schmitz, B., Schuhler, P., Handke-Raubach, A., Jung, A. (2001). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen*. Lengerich: Pabst.
- Schmitz, B., Schuhler, P., Handke-Raubach, A., Jung, A., Husen, E., Wagner, A., Gönner, S., Limbacher, K., Vogelgesang, M. (2002). *Die Rehabilitation von Persönlichkeitsstörungen in der stationären verhaltenstherapeutischen Psychosomatik und Suchttherapie. Abschlußbericht über ein Forschungsprojekt*. *Rehabilitationwissenschaftlicher Forschungsverbund Freiburg / Bad Säckingen*. Förderkennzeichen 01 GD 9803.
- Schmitz, B., Schuhler P., Gönner, S. Wagner, A., Limbacher, K. & Vogelgesang, M. (2006). *Rehabilitation of Personality Disorders in Inpatient Behavioral Psychosomatic and*



- Addiction Therapy. In: W. Jäckel et al. (Eds.) Research in Rehabilitation. Stuttgart: Schattauer, pp. 143-161.
- Schuhler, P., Baumeister, H. (1999). Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Schuhler, P. & Vogelgesang, M. (2011) Abschalten statt abdriften. Weinheim: Beltz
- Schuhler, P. & Vogelgesang, M. (2012) Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch. Eine Therapieanleitung. Göttingen: Hogrefe
- Schulz von Thun, F. (1989). Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. 2. Werte Stile, und Persönlichkeitsentwicklung. Hamburg: Rowohlt.
- Sullivan, H. S. (1956). Clinical studies in psychiatry. N. Y.: Norton.
- Turkat, I. D. (1996). Die Persönlichkeitsstörungen. Bern: Huber.
- van der Kolk, B. (1999). Das Trauma in der Borderline-Persönlichkeit. PTT-Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie, 3, 21-29.
- Vogelgesang, M. & Schuhler, P. (2010) Psychotherapie der Sucht. Lengerich:Pabst.
- Young, J.E. (1990). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota: Professional Resource Exchange.
- Young, J.E.; Klosko, J. & Weishaar, M. (2008) Schematherapie. Paderborn: Junfermann

Anschrift der Autorin: Dr. Petra Schuhler  
 Ltd. Psychologin  
 AHG Klinik Münchwies  
 Turmstr. 50-58  
 D - 66540 Neunkirchen

Tel. 06858/691-220  
[pschuhler@ahg.de](mailto:pschuhler@ahg.de)