

Bernt Schmitz

Schwerpunkte eines integrativen
stationären Behandlungs-
konzepts für PatientInnen mit
Persönlichkeitsstörungen

Ansprechpartner für den Bereich Persönlichkeitsstörungen:

Dr. rer. soc. Dipl.-Psych. Bernt Schmitz
Psychologischer Psychotherapeut
Leitender Psychologe

Dr. med. Klaus Limbacher
FA für Neurologie und Psychiatrie
FA für Psychotherapeutische Medizin
Leitender Arzt

Telefonisch erreichbar unter
Tel. 0 63 22 / 9 34 0

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1. Diagnostische Kriterien	2
2. Psychische, psychosomatische und soziale Krankheitsfolgen	5
3. Psychoedukation	7
4. Entwicklung und Aufrechterhaltung von Persönlichkeitsstörungen aus schematherapeutischer Sicht	11
5. Behandlungsfokus: Persönlichkeitsspezifische Problembereiche	14
6. Behandlungsfokus: Frühe dysfunktionale Schemata	18
7. Therapie- und Rehabilitationsziele	20
8. Therapeutische Angebote	22
Literatur	23

Einleitung

Seit der Einführung der operationalisierten Diagnostik in die psychiatrischen Klassifikationssysteme beobachten wir eine zunehmende klinische und wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Thema der Persönlichkeitsstörungen. Die vorliegenden Forschungsergebnisse weisen auf den besonderen Stellenwert dieser Diagnose in der Psychotherapie, Psychiatrie und Rehabilitation hin. So kann bei vorsichtiger Schätzung davon ausgegangen werden, daß bei mindestens einem Drittel aller stationären PatientInnen in psychosomatischen, psychiatrischen oder Sucht-Kliniken zusätzlich zu den symptomatischen Störungen oder ausschließlich eine Persönlichkeitsstörung vorliegt, wobei oft die Hälfte der PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen die diagnostischen Kriterien für mehr als eine Persönlichkeitsstörung erfüllen. Die Prävalenzraten von Persönlichkeitsstörungen bei ambulanten PatientInnen sind nur unwesentlich geringer.

Die Psychosomatische Fachklinik Bad Dürkheim beschäftigt sich seit über 20 Jahren intensiv mit klinischen und wissenschaftlichen Fragestellungen zur Diagnostik und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. In diesem Rahmen haben wir ein eigenes integratives stationäres Behandlungskonzept entwickelt und wissenschaftlich überprüft, dass die Problemstellungen bei PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen in besonderer Weise durch Ressourcenorientierung und Psychoedukation berücksichtigt. Unser Behandlungskonzept ist an den neueren Entwicklungen der kognitiven Verhaltenstherapie und insbesondere an den schematherapeutischen Ansätzen von A. Beck und J. E. Young und an der dialektisch-behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung von M. M. Linehan orientiert.

1. Diagnostische Kriterien

Die Klassifikation und Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen folgt entweder dem DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen; APA, 1994) oder der ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen der WHO; Dilling et al., 1993). Tabelle 1 gibt einen Überblick über die hauptsächlichlichen Persönlichkeitsstörungen in den beiden psychiatrischen Klassifikationssysteme. Im DSM-IV werden die einzelnen Persönlichkeitsstörungen auf der Basis von deskriptiven Ähnlichkeiten in drei Hauptgruppen (Cluster) geordnet.

Beide Klassifikationssysteme, DSM-IV und ICD-10, orientieren sich an der operationalisierten Diagnostik und verzichten weitgehend auf Gesamteindrücke und ätiologische Spekulationen. Statt dessen ist der Diagnostiker aufgefordert, seine Wahrnehmungen und Einschätzungen durch konkrete Verhaltensaspekte zu belegen, die für spezifische Persönlichkeitsstörungen als prototypisch betrachtet werden. Anstelle einer konsequenten kategorialen Diagnostik wurde ein prototypischer Ansatz entwickelt, der auch Mehrfachdiagnosen ermöglicht. Da die DSM-IV-Kriterien den ICD-10-Kriterien aus klinischer und wissenschaftlicher Sicht vorzuziehen sind, wird im folgenden nur auf das DSM-IV eingegangen. Das DSM-IV gibt folgende Definition von Persönlichkeitsstörungen: „Eine Persönlichkeitsstörung stellt ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten dar, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht, tiefgreifend und unflexibel ist, seinen Beginn in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter hat, im Zeitverlauf stabil ist und zu Leid oder Beeinträchtigungen führt“ (Saß, Zaudig & Wittchen, 1996b, S. 71).

Die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen erfolgt in zwei Schritten. So muss im ersten Schritt geprüft werden, ob überhaupt eine Persönlichkeitsstörung nach den allgemeinen diagnostischen Kriterien (siehe Definition) vorliegt. Im zweiten Schritt kann der Subtypus der spezifischen Persönlichkeitsstörung anhand einer bestimmten Anzahl von Erlebens- und Verhaltensweisen bestimmt werden. Um die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zu vergeben, müssen also - neben den allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung - aus einer größeren Anzahl von Merkmalen, die für eine spezifische Persönlichkeitsstörung charakteristisch sind, eine kritische Mindestzahl von Kriterien erfüllt sein.

Die Hauptmerkmale der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV sind zusammengefasst:

Paranoide PS: Ein Muster von Misstrauen und Argwohn und zwar in dem Sinne, dass die Motive anderer als böswillig ausgelegt werden.

Schizoide PS: Ein Muster von Distanziertheit in sozialen Beziehungen und von eingeschränkter Bandbreite emotionaler Ausdrucksmöglichkeiten.

Schizotypische PS: Ein Muster von starkem Unbehagen in nahen Beziehungen, von Verzerrungen des Denkens und der Wahrnehmung und von Eigentümlichkeiten des Verhaltens (in der ICD-10 wird diese Störung dem Bereich Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung/F2 zugeordnet).

Antisoziale PS: Ein Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer.

Borderline-PS: Ein Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität.

Histrionische PS: Ein Muster von übermäßiger Emotionalität und von Heischen nach Aufmerksamkeit.

Tabelle 1: Die Persönlichkeitsstörungen (PS) nach DSM-IV und ICD-10	
DSM-IV	ICD-10
Cluster A (sonderbar) paranoide PS schizoide PS schizotypische PS	paranoide PS schizoide PS (als schizotype Störung in Kapitel F2)
Cluster B (emotional) antisoziale PS Borderline-PS histrionische PS narzisstische PS	dissoziale PS emotional instabile PS: Borderline Typ impulsiver Typ histrionische PS --
Cluster C (ängstlich) vermeidend-selbstunsichere PS dependente PS zwanghafte PS	ängstlich vermeidende PS abhängige PS anankastische PS
Forschungskriterien vorgeschlagen für: passiv-aggressive PS depressive PS	-- --

Narzisstische PS: Ein Muster von Großartigkeitsgefühlen, einem Bedürfnis nach Bewundertwerden sowie mangelnder Empathie.

Vermeidend-selbstunsichere PS: Ein Muster von sozialer Hemmung, Unzulänglichkeitsgefühlen und Überempfindlichkeit gegenüber negativer Bewertung.

Dependente PS: Ein Muster von unterwürfigem und anklammerndem Verhalten, das in Beziehung zu einem übermäßigen Bedürfnis nach Umsorgtwerden steht.

Zwanghafte PS: Ein Muster von ständiger Beschäftigung mit Ordnung, Perfektionismus und Kontrolle.

2. Psychische, psychosomatische und soziale Krankheitsfolgen

Die psychischen, psychosomatischen und sozialen Krankheitsfolgen bei PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen sind vielfältig und in der Regel berichten die PatientInnen über multiple Beschwerden und Probleme.

Aus klinischer Sicht sehen wir die Entwicklung psychischer und psychosomatischer Störungen bei PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen meistens vor dem Hintergrund zunehmender interpersoneller Anforderungen, Belastungen und Konflikte der Betroffenen in der jeweiligen Lebenssituation und einem Mangel an grundlegenden psychosozialen Kompetenzen. Im Krankheitsverlauf gewinnt die symptomatische Störung dann meist eine Eigendynamik (z.B. Teufelskreis bei Angststörungen) und eine spezifische intrapsychische und interpersonelle Funktionalität im Sinne eines unangemessenen Bewältigungsversuchs der PatientInnen, z.B. zum Schutz des fragilen Selbstbildes, zur Spannungsreduktion oder um Unterstützung und Zuwendung zu erhalten. So können sich z.B.

bei PatientInnen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung depressive Störungen entwickeln als Folge der Enttäuschung grandioser Erwartungen. Somatoforme Störungen ermöglichen über einen sozial anerkannten Weg den klassischen sekundären Krankheitsgewinn durch Aufmerksamkeit und Zuwendung und sind eine annehmbare Erklärung dafür, dass in der Realität nicht erreicht wurde, was auf Grund grandioser Erwartungen möglich gewesen wäre. Eine Überempfindlichkeit gegenüber der Einschätzung durch andere kann sich als soziale Phobie manifestieren und uneingestandene Spannungen auf Grund dieser Überempfindlichkeit können mit Alkohol oder Medikamenten abgebaut werden.

Persönlichkeitsstörungen können sich entscheidend auf die Qualität von persönlichen Beziehungen zu anderen Menschen auswirken. Sie können Freundschaften und Partnerschaften sowie das Familienleben ungünstig beeinflussen. Ein weiterer Bereich betrifft die beruflichen Bezüge und die Einstellungen zur beruflichen Arbeit, also die Art, wie jemand Aufgaben ausführt, Entscheidungen trifft, wie er oder sie auf Kritik reagiert, Regeln befolgt oder mit anderen zusammenarbeitet. Passiv-aggressiv eingestellte Menschen beispielsweise verzögern häufig jede Arbeit und schieben Aufgaben vor sich her. Eine Person mit einer zwanghaften Persönlichkeit widmet dem Beruf und der Produktivität soviel Zeit, dass Freizeit und Freundschaften oft keinen Platz mehr in ihrem Leben hat.

Vor allem im Leistungsbereich im beruflichen Kontext resultieren typische Krankheitsfolgen als Schwierigkeiten bei der Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit und als inadäquates Einschätzen der Leistungsgrenzen, wodurch sich eine verminderte Stressbelastbarkeit ergibt und Aufnahmevermögen, Schnelligkeit und Genauigkeit häufig leiden. Ebenso ist oft die psychische Funktionsfähigkeit im Rahmen der sozialen Beziehungen beeinträchtigt wie vor allem

die Affektregulation, Frustrationstoleranz, Selbstreflexionsfähigkeit, Kritikfähigkeit, Angemessenheit der inneren Repräsentanz, Realitätsnähe oder das Einfühlungs- und Differenzierungsvermögen in der sozialen Perspektivenübernahme. Durch diese Probleme kommt es häufig zu einem physiologischen Spannungsaufbau, der sich dann vielfach in funktionellen körperlichen Beschwerden ein Ventil sucht, die die Erwerbs- und Leistungsfähigkeit weiter beeinträchtigen. Diese Leistungsfähigkeit wird bei PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen durch die psychosozialen Auswirkungen der schwerwiegenden Persönlichkeitsproblematik herabgesetzt: Die soziale Kompetenz ist oft soweit gestört, dass funktionsfähige Arbeitsbeziehungen nicht aufrechterhalten werden können und eine konstruktive Teilhabe gefährdet oder verunmöglicht wird. Unter den Folgen dieser sozialen Konflikte leidet dann der Patient weiterhin, ohne an den Ursachen, die durch seine Persönlichkeitsstörung mitbedingt sind, aus eigener Kraft etwas ändern zu können.

3. Psychoedukation

Die Behandlung von PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen ist oft schwierig und langwierig und häufig mit erheblichen Interaktions-, Motivations- und Complianceproblemen im Behandlungsverlauf verbunden. Die Ursachen dafür liegen nicht nur in den tiefverwurzelten und komplexen Problemen und Beschwerden der PatientInnen, sondern auch im Problem der „Ich-Syntonie“ bei Persönlichkeitsstörungen und den damit verbundenen Einstellungen und Verhaltensweisen. Viele PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen sehen nämlich das eigene Verhalten als "zu sich gehörig" (ich-synton) und nicht als "ichfremde" (ich-dystone) Symptomatik, die sie gerne wieder

los wären, wie z.B. Ängste oder Depressionen. Die PatientInnen neigen dann dazu, die Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen und Problemen unabhängig vom eigenen Verhalten zu sehen (sie sehen sich als Opfer anderer oder des Systems), haben wenig Einsicht in die Unangemessenheit ihrer Überzeugungen und Verhaltensweisen und suchen eine Therapie wegen der Folgeprobleme (z.B. Depressionen) oder auf Drängen der Umwelt auf, nicht aber wegen ihrer Persönlichkeitsprobleme.

Auf Grund der tiefverwurzelten Probleme sowie der „Ich-Syntonie“ der Persönlichkeitsstörungen und dem häufig geringen Problembewusstsein sind psychoedukative Maßnahmen für PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen deshalb besonders indiziert.

Psychoedukative Maßnahmen erfordern ein „akzeptierbares“ konzeptuelles und sprachliches Handwerkszeug, um die Probleme offen und transparent mit den PatientInnen zu thematisieren und in die Therapie einzubeziehen. Das kategoriale Konzept der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen halten wir wegen seiner abwertenden Sprache und einseitigen Defizitorientierung dafür nicht geeignet. So droht z.B. hinter dem diagnostischen Etikett „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ nicht nur die Individualität des Patienten zu verschwinden, sondern es verstellt auch den Blick für ermutigende und bereichernde Eigenschaften der PatientInnen wie Offenheit, Spontaneität, Leidenschaft in Beziehungen, Gerechtigkeitssinn und ein sensibles Gespür für zwischenmenschliche Prozesse, auch wenn diese nicht differenziert gehandhabt werden können.

Wir haben deshalb einen psychoedukativen Behandlungsansatz entwickelt, der auf einem dimensional Modell der Persönlichkeitsstile basiert und der die besonderen Problemstellungen bei Persönlichkeitsstörungen durch eine

stärkere Ressourcenorientierung und Informierung der PatientInnen berücksichtigt.

In Abgrenzung zum Konzept der kategorialen Diagnostik wird von einem Kontinuum vom Persönlichkeitsstil zur Persönlichkeitsstörung ausgegangen. Für die PatientInnen ist die wertschätzende Sichtweise von besonderer Bedeutung, dass alle Persönlichkeitsstile in milderer Form universelle Umgangsformen und unverzichtbare Qualitäten des zwischenmenschlichen Zusammenlebens sind, die in unterschiedlichen Anteilen in jedem Menschen vorhanden sind. Persönlichkeitsstörungen werden als deren Extreme ("des guten Zuviel") aufgefasst mit fließenden Übergängen zur Normalität und es wird nicht von einer dichotomen Abgrenzung von "normal" und "gestört" ausgegangen.

Das dimensionale Konzept der Persönlichkeitsstile ermöglicht gleichermaßen einen ressourcenorientierten als auch einen problemorientierten therapeutischen Zugang, indem jeder Persönlichkeitsstil in seinen Stärken und in seinen Risiken/Schwächen erarbeitet wird und der Patient die Erfahrung macht, dass sein oftmals seltsam und befremdlich wirkendes Verhalten als subjektiv sinnvolle Schutz- und Überlebensstrategie in spezifischen Sozialisationskontexten verstanden wird.

Zur Anregung und Informierung der PatientInnen und zur Vertiefung in der Einzeltherapie wurde ein psychoedukatives Therapieangebot entwickelt, das im Rahmen einer Gruppentherapie oder einer Vortragsreihe in ausgewählte Persönlichkeitsstile und deren Extremvarianten, die Persönlichkeitsstörungen (siehe Tabelle 2), einführt. Das psychoedukative Behandlungsangebot verfolgt das Ziel, die PatientInnen frühzeitig im Therapieprozess für eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Persönlichkeitsstil, seiner Entwicklung und seinen Auswirkungen zu motivieren und folgt

einer schematherapeutischen Sichtweise der Persönlichkeitsstörungen. Die Persönlichkeitstile werden anhand konkreter Beispiele in ihren Merkmalen dargestellt und in ihren Stärken und Schwächen erarbeitet, es werden mit Hilfe ausführlicher Falldarstellungen und Narrativen, szenischer Darstellungen und plausibler Modelle die spezifischen Bedingungen der Entwicklung und Aufrechterhaltung unflexibler Persönlichkeitsstile erarbeitet sowie Zusammenhänge zwischen den Persönlichkeitsvarianten und symptomatischen Störungen aufgezeigt und es werden unter der Überschrift „Machen Sie das Beste aus ihrem Stil“ Anregungen zur Persönlichkeitsentwicklung gegeben. Die Ressourcenorientierung bildet sich auch in einer lebendigen und wertschätzenden Sprache ab, die eher Neugier und Mitarbeit des Patienten sowie seine Bereitschaft zur Selbstoffenbarung und Reflexion eigener Einstellungen und Verhaltensweisen fördert als die einseitige Defizitorientierung des Persönlichkeitsstörungskonzepts.

Das psychoedukative Behandlungsangebot schafft Transparenz für den Patienten in der Therapie und läßt ihm die Freiheit, zu entscheiden, inwieweit er sich mit den erarbeiteten Informationen auch im persönlichen Bezug auseinandersetzen möchte oder nicht. Ressourcenorientierung, Plausibilität, Transparenz und Entscheidungsfreiheit scheinen uns als Wirkfaktoren von besonderer Bedeutung für die Klärung und Entwicklung von Behandlungsmotivation bei PatientInnen mit "ich-syntonen" Persönlichkeitsstörungen. Mit dem psychoedukativen Behandlungsangebot erfahren wir, dass sich die Therapieverläufe von PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen grundsätzlich günstiger gestalten lassen, wenn Therapeuten im Rahmen einer umfassenden Eingangsdiagnostik auch die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung überprüfen und ein „akzeptierbares“ konzeptuelles und

sprachliches Handwerkszeug zur Verfügung haben, um die Probleme offen und transparent mit den PatientInnen zu thematisieren und in die therapeutischen Überlegungen einzubeziehen. Im Rahmen einer von Therapeut und Patient gemeinsam erarbeiteten Verhaltens- und Bedingungsanalyse kann der Einfluß persönlichkeitspezifischer Einstellungs- und Verhaltensmuster auf symptomatische Störungen und andere Problembereiche (z.B. Beziehungsgestaltung) dann frühzeitig in der Therapie zur Sprache kommen. Dies ermöglicht allen Beteiligten nicht nur ein angemesseneres Verständnis der Probleme des Patienten und ihrer Zusammenhänge, sondern auch einen konstruktiveren Umgang mit den aufkommenden Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit und Beziehungsgestaltung sowie die Entwicklung angemessener und realistischer Therapieziele und bewirkt insgesamt einen günstigeren Verlauf der stationären Rehabilitationsmaßnahme.

4. Entwicklung und Aufrechterhaltung von Persönlichkeitsstörungen aus schematherapeutischer Sicht.

Aus schematherapeutischer Sicht gehen wir davon aus, dass sich Persönlichkeitsstörungen aus einem komplexen Zusammenspiel von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren entwickeln und dass die frühen dysfunktionalen Schemata des Patienten eine zentrale Rolle bei Persönlichkeitsstörungen spielen.

Schemata sind äußerst stabile und durchgängige Muster des Denkens und Fühlens eines Menschen, die sich in der Kindheit und Jugendzeit entwickeln und über ein Leben lang erweitert werden und die wichtige Überzeugungen und Gefühle hinsichtlich der eigenen Person und des Umfeldes beinhalten.

Obwohl Schemata nach ihrem Entstehen fortauern, sind sie uns nicht immer bewusst. Sie wirken gewöhnlich auf subtile Art und Weise außerhalb unseres Bewusstseins. Wenn jedoch ein Schema aktiviert oder durch bestimmte Ereignisse ausgelöst wird, bestimmt es unsere Gedanken und Gefühle, unser Alltagsverhalten sowie die Art und Weise, wie wir das Verhalten anderer wahrnehmen und wie wir generell mit Menschen und Aufgaben umgehen.

Frühe dysfunktionale Schemata haben ihren Ursprung in chronisch ungünstigen und oft traumatischen Entwicklungsbedingungen wie z. B. chronische Vernachlässigung, unzureichende Autonomieförderung, körperliche Gewalterfahrung, sexueller und emotionaler Missbrauch oder Verlust wichtiger Bezugspersonen. Das Schema Abhängigkeit/Unfähigkeit (charakteristisch für die dependente Persönlichkeitsstörung) bezieht sich z. B. auf die Überzeugung, nicht fähig zu sein, mit alltäglichen Verantwortlichkeiten kompetent und unabhängig umzugehen. Wenn es z.B. darum geht, Entscheidungen zu treffen oder neue Aufgaben anzupacken, verlassen sich Menschen mit diesem Schema übermäßig auf die Hilfe anderer. Im allgemeinen entbehrten diese Menschen als Kinder ein förderliches Umfeld für die Entwicklung von Autonomie und wurden nicht ermutigt, unabhängig zu handeln und Vertrauen in ihre Fähigkeit, sich um sich selbst zu kümmern, zu entwickeln.

Frühe dysfunktionale Schemata beinhalten Überzeugungen, die zu dem Zeitpunkt ihrer Entstehung möglicherweise richtig waren. Die dysfunktionale Natur der Schemata wird gewöhnlich im späteren Leben in der Interaktion mit anderen Menschen sichtbar, wenn das Muster des Denkens und Fühlens weiterhin die Interaktionen des Betreffenden mit anderen Menschen prägt, selbst wenn seine Wahrnehmungen und Interpretationen nicht mehr zutreffen und sich als kognitive

Verzerrungen und Fehlwahrnehmungen herausstellen. So kann jemand, der in seiner Kindheit missbraucht oder von Eltern, Geschwistern oder Gleichaltrigen ständig ungerecht behandelt wurden, ein Schema des Misstrauens/Missbrauchs entwickeln (charakteristisch für die paranoide oder die Borderline-Persönlichkeitsstörung) und erwartet dann auch als Erwachsener durchgehend, von anderen Menschen verletzt, betrogen, missbraucht oder fallengelassen zu werden, obwohl seine Wahrnehmungen und Interpretationen nicht mehr zutreffend sind.

Frühe dysfunktionale Schemata sind oft lebenslange Muster des Denkens und Fühlens, die die individuelle Sichtweise und Interpretation der Außenwelt und das Verhalten beeinflussen und die der einzelne Mensch blind in seiner Wahrheit akzeptiert. Je traumatisierender, rigider oder eingeschränkter die Lernerfahrungen waren, desto starrer und unflexibler wird der einzelne Mensch an ihnen festhalten. Sie erhalten sich selbst am Leben und sind jeder Veränderung gegenüber sehr widerstandsfähig.

Da frühe dysfunktionale Schemata mit schmerzhaften Erlebnissen und Gefühlen verbunden sind, entwickeln die Betroffenen im Verhalten verschiedene Vorgehensweisen oder Bewältigungsstile, um damit in ihrem späteren Leben umzugehen. Die durch frühe dysfunktionale Schemata geprägten zwischenmenschlichen Verhaltensweisen stellen eine Art Schutz- und Überlebensfunktion dar (z.B. Rückzug aus sozialen Beziehungen bei der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung oder hilfesuchendes und klammerndes Verhalten bei der dependenten Persönlichkeitsstörung) und sollen sich wiederholende schmerzhaft Verletzungen und Enttäuschungs- und Überforderungserlebnisse verhindern. Diese als Selbstschutz gewählten Verhaltensweisen werden von Bezugspersonen zumindest längerfristig oft als Verletzung

interpersoneller Umgangsformen interpretiert und lösen dann gerade die Ablehnung, Kritik und Feindseligkeit aus, vor der sich die Betroffenen zu schützen versuchen. Die interpersonellen Bewältigungsversuche führen dann zu einer Bestätigung der dysfunktionalen Schemata und zur Aufrechterhaltung des Verhaltens und verhindern, dass neue Erfahrungen gemacht werden.

Das Verhalten der Betroffenen wird damit als eine aus der individuellen Lerngeschichte nachvollziehbare und subjektiv sinnvolle, im weiteren Lebenslauf aber untaugliche Anpassungs- und Überlebensstrategie zum Schutz der eigenen zwischenmenschlichen Verletzbarkeit aufgefasst.

5. Behandlungsfokus: Persönlichkeitsspezifische Problem-bereiche

Die stationäre, zeitlich begrenzte Rehabilitationsmaßnahme für PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen ist realitätsorientiert und gegenwartsbezogen und bezieht sich auf konkrete Therapieziele und Problemstellungen, die sich aus der jeweiligen Persönlichkeitsstörung der PatientInnen ergeben und die mit den rehabilitativen Problemstellungen wesentlich verknüpft sind. Im folgenden werden wesentliche störungsübergreifende Problembereiche der hauptsächlichlichen Persönlichkeitsstörungen zusammengefasst, die in der stationären Rehabilitation besondere Berücksichtigung finden sollten. Persönlichkeitsstörungen können sich manifestieren als:

Störung des Interaktionsverhaltens, die sich entscheidend auf die Qualität von persönlichen und beruflichen Beziehungen auswirkt, z.B. extremes interpersonelles Misstrauen bei PatientInnen mit paranoider Persönlichkeitsstörung, Verzögern oder Aufschieben von Aufgaben bei PatientInnen mit einer

passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung oder klammerndes Verhalten bei PatientInnen mit dependenter Persönlichkeitsstörung.

Störung der Emotionalität, die sich nur auf bestimmte Gefühlsqualitäten beziehen kann, z.B. Angst und Unsicherheit bei PatientInnen mit selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung, oder in einer grundlegenden geringen Fähigkeit zur Gefühlsmodulation äußert wie bei PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Störung der Realitätswahrnehmung, d.h. die äußeren Umstände oder Beziehungserfahrungen werden verzerrt wahrgenommen oder falsch bewertet. So fühlen sich PatientInnen mit paranoider Persönlichkeitsstörung schon durch harmlose Bewertungen bedroht, erwarten ständig, von anderen gekränkt oder herabgesetzt zu werden, und unterstellen böswillige Motive.

Störung der Selbstwahrnehmung und Selbstdarstellung, d.h. wie jemand sich selbst sieht, wie er über sich denkt und welche gefühlsmäßigen Einstellungen jemand zu sich hat. So z.B. übertreiben PatientInnen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung die eigenen Leistungen und Fähigkeiten und ganz im Unterschied dazu haben PatientInnen mit dependenter Persönlichkeitsstörung einen Mangel an Selbstvertrauen und suchen sich starke Partner, denen sie sich unterordnen und die ihnen durchs Leben helfen sollen.

Störung der Impuls- und Selbstkontrolle, die häufig besonders gravierende soziale Folgen hat, wie z.B. die Neigung zu suizidalen und selbstverletzenden Handlungen, zu Substanzmissbrauch oder zu impulsiver Verschwendung bei PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder Diebstahl und körperliche Gewaltanwendung bei PatientInnen mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung.

Ziel der Behandlung ist eine Abschwächung der persönlichkeitspezifischen Störungen des Interaktionsverhaltens, des emotionalen Erlebens, der Realitätswahrnehmung, der Selbstwahrnehmung und Selbstdarstellung sowie der Impuls- und Selbstkontrolle und die Förderung psychosozialer Kompetenzen im kognitiven, emotionalen und Verhaltensbereich, die zu einer kompetenteren Selbstregulationsfähigkeit und Interaktionsfähigkeit führen. Im Zentrum unseres diagnostisch-therapeutischen Vorgehens stehen hierbei der Aufbau einer vertrauensvollen und tragfähigen therapeutischen Beziehung bei empathischer Berücksichtigung der interpersonellen Bedürfnisse des Patienten, individuelle Verhaltens- und Bedingungsanalysen der Beschwerden und Probleme des Patienten und als therapeutische Methoden insbesondere das psychosoziale Kompetenztraining, Verträge (z.B. zu suizidalem und selbstverletzenden Verhalten), Problemlösetraining, Expositionsübungen und kognitive Vorgehensweisen. In der Einzeltherapie werden die Probleme hierarchisch im Sinne ihrer Dringlichkeit geordnet. An oberster Stelle stehen suizidales und parasuizidales Verhalten, gefolgt von therapiegefährdendem Verhalten, der Verringerung psychischer, psychosomatischer und sozialer Krankheitsfolgen und der Verbesserung psychosozialer Kompetenzen (siehe Therapie- und Rehabilitationziele). Der Einzeltherapeut versucht entsprechend den dialektischen Therapieprinzipien eine Balance zwischen Validierungs- (Verstehen und Wertschätzen) und Veränderungsstrategien zu finden. Die wesentlichen Therapiebausteine im Gruppenformat sind für PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen die Problemlösegruppe nach Grawe und das psychosoziale Kompetenz- oder Fertigkeitentraining. Das psychosoziale Kompetenztraining wurde von uns selbst für PatientInnen mit den Persönlichkeitsstörungen entwickelt, die in der stationären

Psychosomatik am häufigsten vorkommen. Es werden auch PatientInnen mit unflexiblen Persönlichkeitsstilen in das Gruppenprogramm einbezogen, die die diagnostischen Kriterien der Persönlichkeitsstörungen nicht vollständig erfüllen. Das psychosoziale Kompetenztraining umfasst als thematische Schwerpunkte diejenigen psychosozialen Kompetenzbereiche, die für die ausgewählten Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstile von besonderer Bedeutung sind (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Unflexible Persönlichkeitsstile/Persönlichkeitsstörungen und angestrebte psychosoziale Kompetenzen	
Persönlichkeitsstil/ Persönlichkeitsstörung	Angestrebte psychosoziale Kompetenzen
Gewissenhafter Stil/ Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	Gelassenheit, Genuss- und Entspannungs- Fähigkeit
Dramatischer Stil/ Histrionische Persönlichkeitsstörung	Wahrnehmungsschulung und Konfliktfähigkeit
Anhänglicher Stil/ Dependente Persönlichkeitsstörung	Selbstverantwortliches Handeln, Wahrnehmung und Ausdruck von Gefühlen und Bedürfnissen
Selbstbewusster Stil/ narzisstische Persönlichkeitsstörung	Einfühlungsvermögen, Förderung von Kooperationsfähigkeit und Umgang mit Kritik
Sensibler Stil/ Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	Selbstsicheres Verhalten, Durchsetzungsvermögen und adaptive innere Steuerung
Sprunghafter Stil/ Borderline- Persönlichkeitsstörung	Achtsamkeit, Umgang mit Gefühlsstürmen und Selbstregulationsfähigkeit

Im Kompetenztraining arbeiten wir mit kognitiven, erlebnis- und verhaltensorientierten Methoden (z.B. Sokratischer Dialog, Disput irrationaler Einstellungen, Phantasieübungen, szenischen Darstellungen und Rollenspielen, Hausaufgaben etc.) ergänzt durch vielfältige Wahrnehmungs- und Kommunikationsübungen und durch Methoden der Unterrichtsdidaktik (Lesematerial, Informationsvermittlung im Gruppengespräch, Kurzreferate, Kleingruppenarbeit, Fallbeispiele etc.).

Das Kompetenztraining ist nach Linehan „der Ton, aus dem Einzeltherapeut und Patient eine Figur modellieren können“. Damit ist gemeint, dass die in der Gruppe gelernten Kompetenzen in der Einzeltherapie in die erarbeiteten Verhaltensanalysen und Handlungspläne eingebaut und dann umgesetzt werden.

6. Behandlungsfokus: Frühe dysfunktionale Schemata

Der schematherapeutische Ansatz beinhaltet ein umfassendes Verständnis für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Persönlichkeitsstörungen und wird im Rahmen der psychoedukativen Behandlungsangebote frühzeitig vorgestellt. Der schematherapeutische Behandlungsschwerpunkt mit dem Ziel der Modifikation der frühen dysfunktionalen Schemata gewinnt angesichts der multiplen und tiefverwurzelten Probleme der PatientInnen in der Regel erst im fortgeschrittenen stationären Verlauf eine Rolle und stellt eine längerfristige Therapiestrategie dar, die in der stationären Behandlung begonnen und in der oft notwendigen ambulanten Weiterbehandlung fortgeführt werden sollte.

Schematherapeutische Interventionen. Die schematherapeutische Behandlung von PatientInnen mit Persönlichkeitsstörun-

gen umfasst kognitive, erlebnisorientierte, verhaltensorientierte und interpersonelle Interventionen.

Kognitive Interventionen. Der Entwicklung neuer und der Modifikation alter Schemata dienen kognitive Interventionen wie z.B. empirisches Vorgehen zur Überprüfung der Gültigkeit der Schemata und Sammlung schema-widersprechender Informationen über den Patienten, Aufarbeitung von Ereignissen und Informationen, die für und die gegen die Schemata sprechen, Klärung dysfunktionaler Einstellungen und Haltungen in der Familie oder die Verwendung von Schematagebüchern.

Erlebnisorientierte Interventionen. Erlebnisorientierte Interventionen sollen die Schemata verfügbarer und flexibler machen. Um die Gültigkeit der in der Kindheit entstandenen Schemata anhand der Realität prüfen zu können, müssen diese Annahmen jedoch bewusst werden. Einen besonderen Stellenwert nehmen dabei erlebnisorientierte Vorgehensweisen ein wie z.B. Vorstellungübungen und Rollenspiel zu zentralen Kindheitsepisoden oder imaginative Dialoge mit dem Kind von damals aus der Perspektive des heute Erwachsenen.

Verhaltensorientierte Interventionen. Verhaltensorientierte Interventionen wie z. B. Aktivitätenplanung, Modellvorgaben, Expositionsübungen, psychosoziales Kompetenztraining, Rollenspiele oder Hausaufgaben können zur Überwindung von Ängsten, zur Modifikation selbstschädigender Verhaltensweisen, zur Förderung psychosozialer Kompetenz und lebenspraktischer Fertigkeiten und notwendige Veränderungen in der Lebenssituation eingesetzt werden.

Interpersonelle Interventionen. Eine besondere Beachtung finden Probleme und Strategien der therapeutischen Zusammenarbeit und Beziehungsgestaltung mit der Intention, eine vertrauensvolle und tragfähige Therapiebeziehung aufzubauen, die Beziehungsgestaltung an den interaktionellen

Möglichkeiten des Patienten zu orientieren und sie explizit im Sinne einer interpersonellen Intervention als Focus und Wirkfaktor für Veränderungsprozesse zu nutzen, wie z.B. Klärung und Überprüfung interpersoneller Schemata in der therapeutischen Beziehung, empathische Konfrontation, Ermöglichung neuer Beziehungserfahrungen durch „begrenzte elterliche Fürsorge“.

7. Therapie- und Rehabilitationsziele

Die Zielsetzungen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme für PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen ergeben sich aus einer umfassenden, individuellen Verhaltens- und Bedingungsanalyse der Beschwerden und Probleme der PatientInnen, in die die relevanten Daten aus medizinischer und psychologischer Diagnostik, Exploration, Fremdanamnese und Verlaufsbeobachtung systematisch einbezogen werden. Die folgenden umfassenden Zielsetzungen sind je nach Problemstellung für die PatientInnen mehr oder weniger relevant. Sie werden in einem gemeinsamen Klärungsprozess mit den PatientInnen erarbeitet und lassen sich nach ihrer Priorität im Behandlungsverlauf grob einteilen in:

1. Entwicklung eines umfassenden Störungsmodells
2. Verringerung von selbst- und fremdgefährdendem Verhalten (z.B. suizidales und selbstverletzendes Verhalten) und Förderung alternativer Verhaltensweisen im Umgang mit emotionalem Stress etc.
3. Verringerung therapiegefährdender Verhaltensweisen wie z.B. Terminversäumnisse, Verweigerung von Hausaufgaben oder der Mitarbeit und Förderung der aktiven, selbstverantwortlichen Mitarbeit der PatientInnen

4. Verringerung psychischer, psychosomatischer und sozialer Krankheitsfolgen wie Verringerung psychischer und psychosomatischer Störungen oder die Klärung sozialer Problemlagen wie z.B. berufliche Konflikte und finanzielle Sorgen, Arbeitslosigkeit, Partnerprobleme, soziale Isolation und Initiierung angemessener Maßnahmen (z. B. Partner- und Familiengespräche) und Strukturierung des sozialen Umfelds
5. Abschwächung der persönlichkeitspezifischen Störungen des Interaktionsverhaltens, des emotionalen Erlebens, der Realitätswahrnehmung, der Selbstwahrnehmung und Selbstdarstellung sowie der Impuls- und Selbstkontrolle. Förderung psychosozialer Kompetenzen im kognitiven, emotionalen und Verhaltensbereich, die zu einer kompetenteren Selbstregulationsfähigkeit und Interaktionsfähigkeit führen.
6. Verringerung posttraumatischer Belastungsreaktionen. Voraussetzung für die eventuelle Bearbeitung eines Traumas ist, daß die PatientInnen gelernt haben, emotionale Krisen, Spannungszustände und Dissoziationen durch die gelernten Fertigkeiten zu regulieren.
7. Rehabilitationsspezifische Ziele wie die Überprüfung und Verbesserung der beruflichen Leistungsfähigkeit und der Reintegrationsfähigkeit, die Durchführung von Belastungserprobungen zur Entwicklung realistischer Perspektiven oder die Förderung einer beruflichen Neuorientierung unter Beachtung der sich aus der Persönlichkeitsstörung ergebenden psychosozialen Einschränkungen und Ressourcen sowie der jeweiligen Kontextfaktoren.
8. Modifikation früher dysfunktionaler Schemata

8. Therapeutische Angebote

Die Behandlungsmaßnahmen für PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen werden im Rahmen einer multimodalen und adaptiven therapeutischen Gesamtstrategie entwickelt, die sich an einer individuellen Fallkonzeption orientiert und die über ein engeres Therapieverständnis hinausgehend die Beiträge aller Fachdisziplinen gleichwertig einschließt, die für bestimmte Problemlösungen erforderlich sind. Einzeltherapeutische Maßnahmen, cotherapeutische Betreuung, Entspannungstraining nach Jacobson, ein differenziertes Angebot an störungs- und problemspezifischen Gruppentherapien und Vorträgen, Partner- und Familiengespräche, sozio-, sport- und ergotherapeutische Angebote sowie medizinische und physiotherapeutische Interventionen haben je nach Problemstellung und Phase im Behandlungsverlauf einen wechselnden, aber grundsätzlich gleichgewichtigen Anteil. Psychopharmaka werden bei strenger Indikationsstellung z. B. bei einer komorbiden schweren depressiven Störung oder bei einer massiven emotionalen Labilisierung verordnet.

Als Wirkfaktoren der stationären Behandlung kommen nicht nur die therapeutische Beziehung oder die aus den Verhaltens- und Bedingungsanalysen der Probleme abgeleiteten Massnahmen und Interventionen zum Tragen. Es müssen gleichermaßen die spezifischen institutionellen und organisatorischen Bedingungen der Klinik (z. B. Bezugstherapeutenmodell, enge interdisziplinäre Zusammenarbeit, internes Supervisionsmodell), Aspekte des therapeutischen Klimas oder der Begegnung der Patienten untereinander sowie die Einbettung der Klinik in die regionale Versorgung als längerfristig wirksame Veränderungsfaktoren berücksichtigt werden.

Literatur

- Beck, A.T., Freeman, A. und Mitarbeiter (1990). Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford Press. deutsch: Beck, A. T., Freeman, A. und Mitarbeiter (1993). Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Beck, J. (1999). Praxis der kognitiven Therapie. Weinheim : Psychologie Verlags Union.
- Benjamin, L. S. (1993). Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders. New York: Guilford Press. deutsch: Benjamin, L. S. (1996). Die interpersonelle Diagnose und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. München: CIP-Medien.
- Benjamin, L. S. (1996). Ein interpersoneller Ansatz für Persönlichkeitsstörungen. In B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), Persönlichkeitsstörungen. Diagnostik und Psychotherapie (S. 136 - 148). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fiedler, P. (1995). Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fiedler, P. (2000). Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- Limbacher K. & Schmitz, B. (1996). Stationäre Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), Persönlichkeitsstörungen. Diagnostik und Psychotherapie (S. 278-317). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Linehan, M. M. (1989). Dialektische Verhaltenstherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In B. Schmitz & K. Limbacher (Hrsg.), Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Themenheft 8, 220-227.

- Linehan, M. M. (1993). *Cognitiv-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press. deutsch: Linehan, M. M. (1996). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press. deutsch: Linehan, M. M. (1996). *Trainingsmanual zur dialektisch-behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. M. (1996). *Grundlagen der dialektischen Verhaltenstherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen*. In B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen. Diagnostik und Psychotherapie* (S. 179 – 199). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Millon, T. H. & Davis, R. (1996). *Disorders of Personality. DSM-IV and beyond*. New York: John Wiley.
- Oldham, J. B. & Morris, L. B. (1992). *Ihr Persönlichkeitsportrait*. Hamburg: Kabel.
- Saß, H. (Hrsg.). (1999). *Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Thieme.
- Schmitz, B. (1996). *Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (S. 318 - 333). Stuttgart - New York: Thieme.
- Schmitz, B. (1999). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen: Behandlungsansätze und Psychoedukation*. In H. Saß (Hrsg.), *Therapie der Persönlichkeitsstörungen* (S. 25 – 47). Stuttgart: Thieme.
- Schmitz, B., Fydrich, T. & Limbacher, K. (Hrsg.). (1996). *Persönlichkeitsstörungen. Diagnostik und Psychotherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Schmitz, B. & Limbacher, K. (Hrsg.)(1989). Borderline-Störungen. Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Themenheft 8.
- Schmitz, B., Schuhler, P., Handke-Raubach, A. & Jung, K. (2001). Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen. Lengerich: Pabst
- Schmitz, B., Schuhler, P., Handke-Raubach, A., Jung, K., Husen, E., Wagner, A., Gönner, S., Limbacher, K. & Vogelsang, M. (2002). Die Rehabilitation von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in der stationären verhaltenstherapeutischen Psychosomatik und Suchttherapie. Abschlußbericht über ein Forschungsprojekt des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Freiburg/ Bad Säckingen. Bad Dürkheim, Münchwies.
- Turkat, I. D. (1990). The Personality Disorders: A Psychological Approach to Clinical Management. New York: Pergamon Press. deutsch: Turkat, I. D. (1996). Die Persönlichkeitsstörungen. Bern: Huber.
- Young, J. E. (1990). Cognitiv therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2003). Schema Therapy. New York: Guilford.