

Persönlichkeits- störungen

Babette Renneberg
Sabine C. Herpertz

Fortschritte der
Psychotherapie

 **hogrefe**

Persönlichkeitsstörungen

Fortschritte der Psychotherapie
Band 79

Persönlichkeitsstörungen

Prof. Dr. Babette Renneberg, Prof. Dr. Sabine C. Herpertz

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Martin Hautzinger, Prof. Dr. Tania Lincoln, Prof. Dr. Jürgen Margraf,
Prof. Dr. Winfried Rief, Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier

Begründer der Reihe:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

Babette Renneberg
Sabine C. Herpertz

Persönlichkeits- störungen

unter Mitarbeit von
Burkhard Matzke und Sandra Stoll



Prof. Dr. rer. nat. Babette Renneberg, 1980–1986 Studium der Psychologie in Marburg. 1987–1990 Forschungsaufenthalt an der Temple University, Philadelphia, USA. 1991 Promotion. 1992–2004 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Psychiatrischen Klinik und am Psychologischen Institut der Universität Heidelberg. 2002 Habilitation. Seit 2008 Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Freien Universität Berlin, dort Leiterin der Hochschulambulanz für Psychotherapie und des ZGFU, einem Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (VT).

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz, 1978–1985 Studium der Humanmedizin in Bonn. 1985 Promotion. 1997 Habilitation. 2002–2003 Professur für Experimentelle Psychopathologie an der RWTH Aachen. 2003–2009 Inhaberin des Lehrstuhls für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Rostock. Seit 2009 Lehrstuhlinhaberin für Allgemeine Psychiatrie am Universitätsklinikum Heidelberg, Ärztliche Direktorin der gleichnamigen Klinik und geschäftsführende Direktorin des Zentrums für Psychosoziale Medizin.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
info@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Satz: Sabine Rosenfeldt, Hogrefe Verlag, Göttingen
Format: PDF

1. Auflage 2021

© 2021 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2508-5; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2508-6)

ISBN 978-3-8017-2508-2

<https://doi.org/10.1026/02508-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Vorwort | 1 |
| 1 Störungsverständnis und Grundlagen der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung von Persönlichkeitsstörungen | 3 |
| 1.1 Störungsmodell | 4 |
| 1.2 Soziale Kognition | 6 |
| 1.3 Ätiologie | 9 |
| 1.4 Verlauf | 9 |
| 1.5 Grundlagen des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehens bei Persönlichkeitsstörungen | 10 |
| 1.6 Motivierende Gesprächsführung | 12 |
| 1.7 Ressourcenaktivierung | 13 |
| 1.8 Zusammenfassung | 14 |
| 2 Klassifikation und Diagnostik bei Persönlichkeitsstörungen | 15 |
| 2.1 Die kategoriale Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach DSM-5 und ICD-10 | 15 |
| 2.2 Klinisches Interview | 25 |
| 2.3 Diagnostische Instrumente zur Erhebung der kategorialen Diagnostik | 25 |
| 2.4 ICD-11: Das Ende der klassischen kategorialen Diagnostik bei Persönlichkeitsstörungen | 26 |
| 2.5 Die dimensionale Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen | 27 |
| 2.6 Aspekte des Funktionsniveaus, die zur Schweregradbestimmung beitragen | 28 |
| 2.7 Prominente Persönlichkeitsmerkmale | 30 |
| 3 Die Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung | 34 |
| 3.1 Störungsbild | 34 |
| 3.2 Diagnostik | 36 |
| 3.3 Störungsmodell | 37 |
| 3.4 Ätiologie | 38 |
| 3.5 Psychotherapie | 39 |
| 3.5.1 Videofeedback | 43 |
| 3.5.2 Einzel- oder Gruppentherapie? | 46 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 3.6 | Studien zur Wirksamkeit | 47 |
| 4 | Die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung | 48 |
| 4.1 | Störungsbild | 49 |
| 4.2 | Diagnostik | 50 |
| 4.3 | Störungsmodell | 51 |
| 4.4 | Ätiologie | 51 |
| 4.5 | Psychotherapie | 52 |
| 4.5.1 | Therapeutische Beziehung | 52 |
| 4.5.2 | Psychoedukation | 54 |
| 4.6 | Studien zur Wirksamkeit | 55 |
| 5 | Narzisstische Persönlichkeitsstörung | 55 |
| 5.1 | Störungsbild | 55 |
| 5.2 | Diagnostik | 57 |
| 5.2.1 | Differenzialdiagnostische Überlegungen | 58 |
| 5.2.2 | Diagnostische Instrumente | 59 |
| 5.3 | Störungsmodell | 60 |
| 5.4 | Ätiologie | 61 |
| 5.5 | Psychotherapie | 62 |
| 5.6 | Studien zur Wirksamkeit | 73 |
| 6 | Dependente Persönlichkeitsstörung | 73 |
| 6.1 | Störungsbild | 73 |
| 6.2 | Diagnostik | 75 |
| 6.3 | Störungsmodell | 76 |
| 6.4 | Ätiologie | 77 |
| 6.5 | Psychotherapie | 78 |
| 6.6 | Studien zur Wirksamkeit | 83 |
| 7 | Die Paranoide Persönlichkeitsstörung | 84 |
| 7.1 | Störungsbild | 84 |
| 7.2 | Diagnostik | 86 |
| 7.3 | Störungsmodell | 87 |
| 7.4 | Ätiologie | 87 |
| 7.5 | Psychotherapie | 87 |
| 7.6 | Studien zur Wirksamkeit | 92 |
| 8 | Die Histrionische Persönlichkeitsstörung | 93 |
| 8.1 | Störungsbild | 94 |
| 8.2 | Diagnostik | 96 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 8.3 | Störungsmodell | 97 |
| 8.4 | Ätiologie | 98 |
| 8.5 | Psychotherapie | 98 |
| 8.6 | Studien zur Wirksamkeit | 101 |
| 9 | Die Schizotype und Schizoide Persönlichkeitsstörung | 102 |
| 9.1 | Störungsbild | 102 |
| 9.2 | Diagnostik | 106 |
| 9.3 | Störungsmodell | 107 |
| 9.4 | Ätiologie | 107 |
| 9.5 | Psychotherapie | 108 |
| 9.6 | Studien zur Wirksamkeit | 114 |
| 10 | Literatur | 114 |
| 11 | Kompetenzziele und Prüfungsfragen | 117 |

Karten

ICD-11-Diagnostik – Prominente Persönlichkeitsmerkmale

ICD-11-Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen – Schweregrad

Vorwort

Es gibt Patienten¹, deren psychotherapeutische Behandlung aufgrund ihrer interpersonellen Besonderheiten oder Eigenheiten schwierig oder herausfordernd ist. Häufig erfüllen diese Patienten die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Wenn Therapeuten erfahren, dass ein neu aufgenommenener Patient die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung hat, gibt es häufig negative Erwartungen und Haltungen: „... das kann schwierig werden.“; „Ob die Diagnose stimmt?“; „Eigentlich will ich solche Diagnosen nicht vergeben.“

Wir haben dieses Buch geschrieben, um Therapeuten in der Diagnostik und Psychotherapie von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (PS) zu unterstützen. Unsere Annahme ist, dass es für gelingende Psychotherapie notwendig ist, über die Motive und interpersonellen Verhaltens- und Erlebensmuster der Patienten informiert zu sein, sodass diese in der Psychotherapie berücksichtigt werden können. Daher ist es wichtig, neben den präsentierten Hauptproblemen der Patienten auch eventuell vorhandene dysfunktionale Persönlichkeitszüge festzustellen, auch wenn diese zunächst nicht von den Patienten als Anlass oder Ziel der Behandlung angegeben werden. Dies sollte idealerweise zu Beginn der Therapie erfolgen und transparent kommuniziert werden.

Wir sind beim Schreiben des Buches von dem bisher bestehenden kategorialen System der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen (Narzisstisch, Vermeidend-Selbstunsicher etc.) ausgegangen, weil dies bekannte Kategorien sind. Für jede dieser Störungen haben wir die charakteristischen interpersonellen Kreisläufe dargestellt, die die Störung aufrechterhalten, und beschrieben, welche Motive das Verhalten steuern.

Zudem haben wir die bisherigen diagnostischen Kategorien in das zukünftige, in der ICD-11 vorgeschlagene dimensionale System, das auf der Beschreibung von Schweregraden und prominenten Persönlichkeitsmerkmalen (engl. personality domains) beruht, übersetzt. Diese Übersetzung der bisher vertrauten Kategorien in die ICD-11-Diagnostik basiert auf dem Verständnis von PS als Störungen der sozialen Interaktion. Wir möchten dazu ermutigen, über die diagnostischen Kategorien hinaus zu denken und auch „quer“ zu lesen, z. B. bei Patienten, die sehr vermeidend-selbstunsicher sind und gleichzeitig auch zwanghafte Züge haben, sich in den beiden Kapiteln zu informieren.

Für gelingende Psychotherapie ist es notwendig, über die Motive und interpersonellen Verhaltens- und Erlebensmuster der Patienten informiert zu sein

Übersetzung der bisher vertrauten Kategorien in die ICD-11-Diagnostik

1 *Zum Sprachgebrauch:* Wir haben uns entschlossen, in diesem Buch in den Kapiteln abwechselnd das generische Maskulinum und das generische Femininum zu gebrauchen, wobei Fallbeispiele und Therapiedialoge ausgenommen sind.

Die therapeutische Grundhaltung besteht darin, zunächst die Erlebens- und Denkweisen der Patienten verstehen zu wollen und Motive für das interaktive Verhalten gemeinsam herauszuarbeiten. Die spezifischen interpersonellen Muster zu erkennen und zu besprechen und, wann immer möglich, ressourcenaktivierend zu arbeiten, trägt zu einer wertschätzenden und positiven Erwartungshaltung bei.

Uns hat das Schreiben dieses Buches viel Freude gemacht; wir haben von dem Austausch unseres jeweiligen psychologischen und psychiatrischen Hintergrundwissens profitiert. Insbesondere bei der Übersetzung in die ICD-11-Diagnostik haben wir festgestellt, dass unser klinisches Verständnis sich sehr gut deckte und ergänzte. Unser Ziel ist, mit diesem Buch zum Gelingen der psychotherapeutischen Prozesse beizutragen.

Da für die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) der Band von Martin Bohus (2019) in der Reihe *Fortschritte der Psychotherapie* bereits vorliegt, wurde mit dieser Ausnahme die Auswahl der behandelten PS anhand der Relevanz für die klinische Praxis getroffen. Die Antisoziale PS haben wir ebenfalls ausgenommen, da beide Autorinnen über zu wenig klinische Erfahrung in der Behandlung dieser Störung verfügen, daher sei an dieser Stelle für die Behandlung der Antisozialen PS auf die Leitlinien (DGPPN, 2009) verwiesen.

Viele Personen haben uns beim Schreiben dieses Buches unterstützt: Für die redaktionelle Mitarbeit und das aufmerksame Korrekturlesen von Marina Benoit und Nora Wendt möchten wir uns herzlich bedanken. Die beharrliche Geduld des zuständigen Herausgebers der Reihe, Winfried Rief, hat mit dazu beigetragen, dass dieses Buch existiert.

Sabine Herpertz dankt Burkhard Matzke für die anregenden Gespräche, in denen er viele Therapieerfahrungen einbrachte. Fruchtbar waren auch Gespräche und gemeinsame Supervisionen mit meinen Kolleginnen Katharina Kubera, Annett Pröger und Regina Schmitt zu Patientinnen und Patienten, die oft einen erfreulichen Behandlungsverlauf nahmen, manchmal aber auch nicht erfolgreich waren. So gilt auch ihnen mein herzlicher Dank.

Babette Renneberg dankt dem gesamten therapeutischen Team der Hochschulambulanz der Freien Universität Berlin. Zudem waren die Gespräche mit meinen Kolleginnen und Kollegen Johanna Böttcher, Christiane von Falkenhayn, Stefan Röpke, Charlotte Rosenbach, Andreas Santa-Maria, Lars Schulze, Sandra Stoll, und Ulrike Zetsche über Fälle und konkrete therapeutische Dialoge besonders hilfreich, vielen Dank! Über viele Jahre hinweg habe ich sehr von dem Austausch über Psychotherapie mit Dianne Chambless, Alan Goldstein und Thomas Fydrich profitiert, dafür möchte ich mich ebenfalls herzlich bedanken.

Berlin und Heidelberg, im Sommer 2020

Babette Renneberg und
Sabine C. Herpertz

1 Störungsverständnis und Grundlagen der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung von Persönlichkeitsstörungen

Immer wieder kommt es in der klinischen Praxis bei der Behandlung von Depressionen oder anderen psychischen Störungen vor, dass die Psychotherapie nicht günstig verläuft, dass es sehr schwierig ist, Behandlungsziele zu vereinbaren oder die Therapie aus irgendwelchen anderen Gründen nicht voranschreitet. Nicht selten sind besonders starre, unflexible Interaktionsmuster der Patientinnen an ungünstigen Behandlungsverläufen beteiligt. Folgende, häufig anzutreffende Probleme der Patientinnen können dazu beitragen:

- ausgeprägtes Vermeidungsverhalten,
- sehr großes Misstrauen,
- große Zwanghaftigkeit, alles genau richtig zu machen,
- starke interpersonelle Abhängigkeit,
- Empfindlichkeit für Zurückweisung, verbunden mit Schwierigkeiten, konstruktive Kritik anzunehmen,
- Unfähigkeit zur kritischen Selbstreflexion,
- erschwelter Zugang zu eigenen Emotionen,
- Abwertung und Kritik gegenüber der Therapeutin,
- Aggressivität,
- fehlende Motivation oder fehlender Mut zur Änderung der Verhaltensweisen und die Unfähigkeit, in der Sitzung besprochene Dinge im Alltag umzusetzen.

Psychotherapie findet immer zwischen mindestens zwei Personen statt, daher können natürlich auch Verhaltens- und Erlebensmuster aufseiten der Therapeutinnen für interaktionelle Schwierigkeiten und einen schlechten Therapieverlauf verantwortlich sein. Die Relevanz der interpersonellen Faktoren für die therapeutische Interaktion und den Therapieverlauf wurde von Zickgraf et al. (2016) gezeigt. Sie untersuchten in einer größeren Studie zur Behandlung der Panikstörung, welchen Einfluss interpersonelle Faktoren der Patientinnen auf die Manualtreue der Therapeutinnen hatten. Je mehr Merkmale von PS erfüllt waren, desto mehr Schwierigkeiten hatten die Therapeutinnen, dem KVT-Manual für die Behandlung der Panikstörung zu folgen. Je mehr Widerstand zur Veränderung des Verhaltens aufseiten der Patientinnen

beobachtet wurde, desto weniger adhärenz zu den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Manualen waren die Therapeutinnen.

Selbsterfahrung und Supervision sind für Therapeutinnen von besonderer Bedeutung und bieten Hilfestellung

Wir fokussieren in diesem Buch auf die Probleme der Patientinnen und beschreiben mögliche Interventionen für Patientinnen mit PS. Dabei setzen wir voraus, dass Selbsterfahrung und Supervision für Therapeutinnen bei der Therapie von PS von besonderer Bedeutung ist und Hilfestellung bietet.

Die diagnostische Erfassung von Persönlichkeitsstilen und -störungen ist für einen gelingenden Therapieverlauf essenziell

Für gelingende Psychotherapie ist es notwendig, über die Motive und interpersonellen Verhaltens- und Erlebensmuster der Patientinnen informiert zu sein. Daher empfiehlt es sich, neben den präsentierten Hauptproblemen der Patientinnen auch eventuell vorhandene stark ausgeprägte Persönlichkeitszüge festzustellen. Die diagnostische Erfassung von Persönlichkeitsstilen und -störungen zu Beginn der Therapie ist für einen gelingenden Therapieverlauf essenziell.

Bei PS liegt eine komplexe Störung des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens und -erlebens vor

Zwischenmenschliche Interaktionen werden von unterschiedlichen Motiven und Bedürfnissen der Handelnden gesteuert, wobei diese Motive jeweils von der individuellen Lebensgeschichte, der Sicht der eigenen Person und der Interpretation von Ereignissen und Handlungen anderer abhängig sind. Grundlegend für das Verständnis von Patientinnen, die die Kriterien für die Diagnose einer oder mehrerer PS erfüllen, ist daher, dass in diesen Fällen nicht die Person selbst (im engeren Sinne des Begriffs „Persönlichkeitsstörung“) gestört ist, sondern vielmehr eine komplexe Störung des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens und -erlebens vorliegt (Fiedler & Herpertz, 2016). Dies bedeutet, dass jeweils individuelle, ggf. für einzelne Störungen charakteristische Erlebens- und Interpretationsmuster vorliegen, die mit – meist dysfunktionalen – spezifischen Verhaltensweisen einhergehen. Diese Erlebens- und Verhaltensweisen führen entweder bei der Person selbst oder aber in ihrem sozialen Umfeld zu bedeutsamen Leid oder zu wesentlichen Einschränkungen.

Merke

Persönlichkeitsstörungen zeigen sich in den Erlebens- und Verhaltensweisen von Menschen fast ausschließlich in der Interaktion mit anderen. Kernmerkmal aller PS ist also eine gestörte zwischenmenschliche Interaktion, die sich in vielerlei Situationen und über die Zeit hinweg relativ stabil zeigt.

Motivorientiertes Indikations- und Interventionsmodell (MIIM) für das Störungsverständnis bei PS

1.1 Störungsmodell

Aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Sicht wurde das Motivorientierte Indikations- und Interventionsmodell (MIIM) als Störungsmodell für Persönlichkeitsstörungen entwickelt. Das MIIM erklärt insbesondere die Aufrecht-

erhaltung und Stabilität der charakteristischen Persönlichkeitszüge. Das MIIM geht in Anlehnung an die bei Beck, Davis und Freeman (2015) sowie Grawe (1992) erarbeiteten Prinzipien der kognitiven Therapie von Personen mit PS von drei Grundannahmen aus (vgl. Caspar, 1996; Renneberg & Fydriich, 2019; Renneberg, 2018).

1. Personen mit stark ausgeprägten Merkmalen von PS haben auf der Grundlage ihrer Lebenserfahrungen kognitive Schemata entwickelt, die die Art und Weise, wie sie sich selbst und die Welt um sie herum erleben, prägen. Diese Schemata können in dem Sinne als dysfunktional betrachtet werden, wie sie für die Personen selbst oder für ihre Interaktionen mit anderen hinderlich oder störend sind.
2. Die kognitiven Schemata können als eine Art „Filter“ (oder Grundeinstellungen) verstanden werden, durch den Menschen ihre Umwelt wahrnehmen und auf der Grundlage dieser Wahrnehmungen und deren Interpretationen sie das eigene Verhalten steuern und ausrichten. Die „Filter“ stehen in engem Zusammenhang mit den handlungsleitenden Kernmotiven, die ebenfalls das Erleben und Handeln der Personen beeinflussen.
3. Das Erleben zwischenmenschlicher Interaktionen und die entsprechenden Motive haben somit handlungsleitende Funktion und können das interpersonelle Verhalten erklären. Handeln und Verhalten werden danach durch zwei Bereiche kognitiver Schemata sowie durch damit im Zusammenhang stehende (interaktionelle) Motive (sensu Grawe) bestimmt. Diese drei wesentlichen Aspekte sind: (a) Selbstbild (Schema), (b) das Bild über andere Menschen (Schema), (c) Kernmotive für interpersonelles Verhalten.

Das hier dargestellte Verständnis von PS ermöglicht es, auf der Grundlage eines kognitiven und verhaltenstheoretisch fundierten Störungsmodells psychotherapeutische Interventionen zu planen und durchzuführen, bei denen die Kernmotive des interaktionellen Verhaltens sowohl in der therapeutischen Beziehung als auch im Alltag der Patientinnen berücksichtigt werden. Damit erscheinen PS nicht als unabänderliche, bloß schrullige oder gar böswillige Eigenarten der betroffenen Personen, sondern die damit verbundenen Erlebens- und Verhaltensweisen werden als besondere Muster der Interpretation zwischenmenschlicher Beziehungen und dazugehöriger Interaktionen betrachtet.

Die Kernmotive des interaktionellen Verhaltens werden sowohl in der therapeutischen Beziehung als auch im Alltag der Patientinnen berücksichtigt

Ein für die zwischenmenschliche Interaktion besonders wichtiger Aspekt ist der der sozialen Kognition. In den letzten Jahrzehnten wurden vor allem zu diesem Bereich der interpersonellen Beziehungsgestaltung Forschungsergebnisse vorgelegt, die wir besonders relevant für das psychotherapeutische Vorgehen halten und die daher im Folgenden zusammenfassend dargestellt werden.

1.2 Soziale Kognition

Sozial-kognitive Fähigkeiten, wie Empathie, Mentalisierungsfähigkeit und Mitgefühl (engl. compassion) sind wichtige Voraussetzung für eine gelingende Interaktion

Sozial-kognitive Fähigkeiten sind eine wichtige Voraussetzung für eine gelingende Interaktion mit anderen Menschen. Unterschieden werden Theory-of-mind (ToM)-Fähigkeiten, Empathie im Sinne des Teilens der Emotion des anderen bzw. des Mitleides sowie das Sorgen um den anderen. ToM-Funktionen sind reflektive Mentalisierungsvorgänge, d.h. durch Perspektivübernahme können die Gefühle anderer verstanden werden – sogenannte affektive Mentalisierung – oder auch deren Gedanken und Motive, sogenannte kognitive Mentalisierung. Die Fähigkeit zur Empathie umfasst die richtige Erkennung von Gefühlszuständen eines anderen Menschen mittels Dekodierung von Mimik und Gestik, darüber hinaus auch die Bereitschaft zum Mitfühlen bei erhaltender Fähigkeit, die Quelle für den entstehenden Affekt bei den anderen und nicht etwa bei sich selbst anzusiedeln. Schließlich beschreibt eine dritte Dimension sozial-kognitiver Prozesse den motivationalen Antrieb, aus dem Mitgefühl einen sorgenden Handlungsimpuls (engl. compassion) zu entwickeln.

Die Entwicklung sozial-kognitiver Fähigkeiten ist eng verweben mit der Entwicklung des Selbst und beginnt im interpersonellen Kontext der frühen Kind-Eltern-Beziehung

Die Entwicklung sozial-kognitiver Funktionen ist eng verweben mit der Entwicklung des Selbst und beginnt im interpersonellen Kontext der frühen Kind-Eltern-Beziehung. Ausgangspunkt ist die emotional-soziale Synchronie zwischen Mutter/Vater oder ggf. anderen frühen Bezugspersonen und dem Säugling, die von einer spezie-spezifischen Koordination nonverbaler Verhaltensweisen, aber auch einer Parallelisierung physiologischer, v.a. autonom-vegetativer Zustände bestimmt ist. Hier ist bereits bald nach der Geburt in eindrücklicher Weise zu beobachten, wie die Eltern intuitiv spiegelbildlich die Mimik und Gestik ihres Kindes über die Nutzung eigener Körperrepräsentationen imitieren. Dies gelingt ihnen über das sogenannte Spiegelneuronensystem, das Areale der sensomotorischen Rinde, prämotorische Regionen im vorderen inferioren frontalen Gyrus, Anteile des inferioren parietalen Lobulus sowie der anterioren Insel umfasst. Dieses intuitive Verstehen läuft automatisch, reflexhaft ab und meint eine verkörperte (engl.: embodied) Fähigkeit, von der multimodalen Erfahrung des eigenen Körperausdrucks, das heißt der eigenen Mimik und Gestik, auf die Gefühle anderer schließen zu können. Fonagy's Entwicklungsmodell des Selbst (Fonagy, 2018) versteht diese Synchronie allerdings nicht als einfache reflexartige Imitation; vielmehr stellen nach seiner Auffassung die elterlichen Reaktionen Verhaltensantworten auf die kindlichen, noch diffusen positiven und negativen Erregungszustände im Sinne eines reflektiven Spiegelns, also verstandener Gefühlszustände dar. Eine gelungene Eltern/Kind-Synchronie, so Fonagy, die mentalen kindlichen Arousal-Zuständen als kontingente Antworten begegnet, begünstigt eine gesunde Selbstentwicklung und stellt gleichzeitig eine erste Vorlage für das Erlernen von „Theory of mind“ (ToM)-Funktionen, Empathie und kooperativem Verhalten zur Verfügung. Angesichts der engen Abhängigkeit der Entwicklung

Spiegelneuronensystem

Die Entwicklung von sozial-kognitiven Funktionen ist abhängig von der Güte der Beziehung zu den ersten Beziehungspersonen

von sozial-kognitiven Funktionen von der Güte der Beziehung zu den ersten Beziehungspersonen wundert es nicht, dass deren gesunde Entwicklung von Bindungserfahrungen abhängt, und frühe familiäre Misshandlungserfahrungen zu gestörten sozial-kognitiven Funktionen bis ins Erwachsenenalter führen können.

Während der weiteren Hirnentwicklung tritt das Spiegelneuronensystem in Kopplungsprozesse mit dem ventromedialen präfrontalen Cortex sowie der Amygdala ein und es bilden sich Vorstufen von „Theory of mind“-Prozessen. Sie sind in superioren temporalen Arealen, v. a. dem superioren temporalen Sulcus, im posterioren Zingulum und angrenzendem Präkuneus sowie dem temporoparietalen Übergang repräsentiert, und damit in Hirnarealen, die in die Beurteilung von Intentionen, Haltungen und Emotionen anderer involviert sind. Die mediale temporale Lage dieser Areale könnte auf die enge Beziehung zwischen ToM-Funktionen und autobiografischem Gedächtnis zurückgehen; dafür spricht, dass die Entwicklung von ToM-Funktionen im engen Wechselspiel mit der Entwicklung höherer kognitiver Lernprozesse beim Kleinkind steht und aus eigenen Erfahrungen Modelle gebildet werden, wie die mentalen Zustände anderer zu verstehen sind. Schließlich ist es für die spätere Entwicklung notwendig, zwischen eigenen und fremden Gefühlen unterscheiden zu können, sich nicht unreflektiert von den Gefühlen anderer anstecken zu lassen und sich damit vor einer Diffusion der Selbst-/Fremdgrenzen zu schützen.

Die Wechselseitigkeit in der Entwicklung des Selbst und interpersoneller Funktionen spiegelt sich in den Ergebnissen neurowissenschaftlicher Entwicklungsforschung wider, die eine bedeutsame Überlappung des „default mode networks“ (DMN; dt. Ruhezustandsnetzwerk) mit Regionen zeigt, die für soziale, affektive und introspektive Prozesse wichtig sind. So konnte für das posteriore Zingulum und den angrenzenden Präkuneus sowie den dorso-medialen präfrontalen Cortex gezeigt werden, dass diese Areale sowohl an der Fähigkeit zur Mentalisierung der Absichten und Gefühle anderer beteiligt sind als auch an auf das Selbst bezogene kognitiven Prozessen und dem autobiografischen Gedächtnis. Es wundert deshalb nicht, dass eine verminderte Fähigkeit zum Verstehen anderer bei Menschen mit PS oft mit einem Mangel zur kritischen Selbstsicht und -reflektion einhergeht. Schließlich ist der temporoparietale Übergang in Sprache involviert, aber auch an sozial-kognitiven Prozessen beteiligt.

Die Synchronie im Verhalten zwischen nahen Bezugspersonen und Kind wird nicht nur begleitet von vegetativ-autonomen Synchronisierungsprozessen, sondern auch von einer hohen Korrelation in der Ausschüttung des Bindungshormons Oxytocin zwischen Mutter bzw. Vater und Kind. Gelungene synchrone Interaktion zwischen Mutter und Kind geht mit einer höheren neuronalen Aktivität im Nucleus accumbens der Mutter und anderen

Die Bedeutung von Oxytocin für die Entwicklung sozial kognitiver Funktionen

am Elternverhalten beteiligten Hirnstrukturen einher und korreliert auch mit dem mütterlichen Oxytocin-Blutspiegel. Interessanterweise korrelieren auch die Oxytocin-Spiegel von Mutter und Kind, z. B. vermittelt über Streicheln, in bedeutsamer Weise. Wenn auch genetische Faktoren an der Entwicklung des Oxytocin-System beteiligt sind, so kann angenommen werden, dass soziale Interaktionen innerhalb der Dyade mit ersten Bezugspersonen das sich entwickelnde Oxytocin-System des Kindes formen und damit die Grundlage sozial-kognitiver Funktionen auf Seiten des Kindes bis ins Erwachsenenalter bilden. Interessanterweise ist hohe soziale Kompetenz bereits im Kleinkindalter positiv mit dem kindlichen Oxytocin-Spiegel korreliert.

Art und Schwere der Funktionsbeeinträchtigung bzgl. sozial-kognitiver Funktionen ist entscheidendes Merkmal bei der Differenzierung der leichten, mäßigen und schweren PS in der ICD-11

Defizite in sozial-kognitiven Funktionen nehmen eine zentrale Rolle im Alternativen Modell der PS nach DSM-5 und auch in der zukünftigen ICD-11 in der Beschreibung von interpersonellen Funktionsbeeinträchtigungen ein. Die Art und die Schwere der Funktionsbeeinträchtigung bezüglich sozial-kognitiver Funktionen ist in der ICD-11 ein entscheidendes Merkmal bei der Differenzierung der leichten, mäßigen und schweren PS. Im heutigen kategorialen Denken werden Störungen sozial-kognitiver Funktionen v. a. mit der Borderline-, der Narzisstischen und der Histrionischen (neben der Antisozialen) Persönlichkeitsstörung verbunden. Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) dominieren beeinträchtigte ToM-Funktionen mit einer Neigung zur Hypermentalierung, d. h. einer rigiden und verzerrten Interpretation der mentalen Zustände anderer mit der Gefahr von häufigen Missverständnissen. Patientinnen mit Narzisstischer PS zeigen in erster Linie einen Mangel an Empathie und Fürsorge für andere. Auch wenn paradoxerweise die Fähigkeit, sich aus empathischem Mitfühlen herausziehen zu können, zu beruflichem Erfolg und stringenter Zielverfolgung, v. a. in Führungspositionen, beitragen kann, so wirken sich schwere Beeinträchtigungen empathischer Fähigkeiten auf das Funktionsniveau der Persönlichkeit negativ aus und führen zu Beeinträchtigungen in den Beziehungen zu nahen und ferneren Menschen. Andere Menschen fühlen sich ausgebeutet, v. a. wenn mangelnde empathische Fähigkeiten mit Machtstreben und Bewunderungswunsch einhergehen, und reagieren mit Ärger und Beziehungsabbruch. Demgegenüber weichen ToM-Funktionen bei narzisstischer Persönlichkeit in der Regel nicht von der Norm ab, wohl aber das Sorgen um andere. Es besteht keine Motivation, die Lage einer anderen nachzuempfinden oder sich gar sorgend der anderen zuzuwenden. Wenn auch keine empirischen Daten zu sozial-kognitiven Fähigkeiten bei Menschen mit Histrionischer PS vorliegen, so ist aus den klinischen Erfahrungen heraus anzunehmen, dass bei ihnen im Zusammenhang mit der hohen Suggestibilität emotionale Ansteckungsphänomene verbreitet sind, die sich als wenig authentische, übertriebene Mitleidsreaktionen oder intrusives Verhalten darstellen.

1.3 Ätiologie

Grundsätzlich liegt der Ätiologie von PS – wie bei anderen psychischen Störungen auch – ein bio-psycho-soziales Modell zugrunde. Empirisch gut abgesicherte Befunde zu einzelnen ätiologischen Faktoren liegen allerdings nur für die BPS vor. Bei den meisten anderen PS gibt es nur wenige gesicherte Hinweise auf spezifische ätiologische Faktoren. Gesichert ist, dass bei der Entstehung von PS genetische Faktoren in komplexer Weise mit Umweltfaktoren interagieren.

Mit Ausnahme der BPS gibt es wenige gesicherte Hinweise auf spezifische ätiologische Faktoren

Im MIIM ist eine zentrale Annahme, dass die kognitiven Schemata sich auf der Grundlage von Lebenserfahrungen entwickelt haben. Zu diesen zählen insbesondere der Erziehungsstil, Verluste und Misshandlungen in der frühen Kindheit, aber auch Erfahrungen mit Peers (z. B. Mobbing in der Schule) und anderen wichtigen Bezugspersonen.

Etwas mehr empirisch abgesichertes Wissen zu ätiologischen Faktoren findet sich für die Vermeidend-Selbstunsichere PS (vgl. Kapitel 3). Eine Disposition zur Verhaltenshemmung (behavioral inhibition; Tendenz, auf neue Situationen eher gehemmt, scheu und zurückhaltend zu reagieren, bei gleichzeitiger hoher autonomer Erregung) stellt ein Risiko für die Entwicklung der Vermeidend-Selbstunsicheren PS dar. Eine biologische Vulnerabilität für hohe soziale Ängstlichkeit wird auch durch Ergebnisse aus funktioneller Bildgebung angezeigt, die bei Betroffenen eine erhöhte Aktivität der basolateralen Amygdala auf ängstliche Gesichter zeigen, auch wenn diese aufgrund ihrer subliminalen Präsentationszeit nicht bewusst wahrgenommen werden konnten. Auch für die erhöhte autonome Erregbarkeit gibt es viele experimentelle Belege, wie höhere Antwortamplituden des Startle-Reflexes bei der Imagination furchtauslösender Situationen oder aversiven Bildmotiven sowie erhöhte Hautleitwertreaktionen. Schließlich sind auch gesteigerte hormonelle Stressreaktionen und Normabweichungen im Neuropeptid Oxytocin mit hoher v. a. sozialer Ängstlichkeit assoziiert.

Die Disposition zur Verhaltenshemmung stellt ein Risiko für die Entwicklung der Vermeidend-Selbstunsicheren PS dar

1.4 Verlauf

Aktuelle Befunde aus großen Längsschnittstudien belegen die Relevanz von PS für die Gesundheit im weiteren Lebensverlauf. Das Vorhandensein einer PS im jungen Erwachsenenalter (z. B. mit 24 Jahren) ist ein Prädiktor für die Entstehung von Depression und Angststörungen und sagt zudem das Fehlen von langjährigen engen Beziehungen vorher. Diese Effekte waren weder auf die psychische Gesundheit mit 24 Jahren, Substanzgebrauch oder soziale Probleme zurückzuführen.

PS beeinflussen die Gesundheit im weiteren Lebensverlauf

Entgegen der Annahme, dass Persönlichkeitszüge für ein Leben stabil bleiben, zeigen Längsschnittstudien aber auch eine erhebliche Rückbildungstendenz. Dabei unterscheiden sich Persönlichkeitsmerkmale hinsichtlich ihrer Stabilität und zeitlichen Veränderbarkeit. Allerdings ist auch diese empirische Forschung bisher auf Individuen mit BPS begrenzt (Gunderson, Herpertz, Skodol, Torgersen & Zanarini, 2018).

1.5 Grundlagen des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehens bei Persönlichkeitsstörungen

Eine gute therapeutische Beziehung ist für den Erfolg der Psychotherapie bei PS zentral

Eine gute therapeutische Beziehung ist für den Erfolg der Psychotherapie bei PS von besonderer Bedeutung. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Beziehungsgestaltung „komplementär“ zu den interaktionellen Bedürfnissen und Motiven erfolgen sollte.

Merke

Eine komplementäre Beziehungsgestaltung bedeutet, dass die Therapeutin sich „komplementär“ (gegensätzlich, aber sich ergänzend) zur Bedürfnis- und Motivstruktur der Patientin verhält, diese Bedürfnisse und Motive berücksichtigt und so weit wie therapeutisch möglich und sinnvoll validiert und befriedigt.

Transparentes Vorgehen bezüglich der Diagnostik und der Therapieziele

Die *therapeutische Grundhaltung* besteht darin, zunächst die Erlebens- und Denkweisen der Patientinnen verstehen zu wollen und Motive für das interaktionelle Verhalten gemeinsam herauszuarbeiten. Dabei wird von Anfang an ein transparentes Vorgehen bezüglich der Diagnostik und der Therapieziele angestrebt. Ein übergreifendes Ziel der Therapie von PS ist in der Regel, bestimmte Muster im Denken und Handeln zu modifizieren, die so unflexibel geworden sind, dass sie dauerhaft bei den Betroffenen zu einem Leidensdruck und zu Problemen führen. Davon ist abzugrenzen, dass es nicht Ziel sein kann, die Persönlichkeit eines Menschen grundlegend zu verändern. Die gemeinsame Klärung möglichst konkret formulierter, klarer Therapieziele ist für eine gelingende Psychotherapie wichtig. Die Behandlungsziele können nach folgenden Kriterien geordnet werden:

Therapieziele werden gemeinsam geklärt

1. Dringlichkeit der Ziele (Selbst-, Fremdgefährdung hat oberste Priorität),
2. Motivation der Patientin (was sind ihre Ziele und Wünsche?),
3. Machbarkeit und Erreichbarkeit von Zielen (machbare Ziele zuerst; erste Erfolge können sich positiv auf Veränderungsmotivation auswirken).

Um die Probleme der Patientinnen zu verstehen und effektive Interventionen zu entwickeln, ist es wichtig und hilfreich, detaillierte Informationen zu

sammeln und spezifische Problemsituationen zu analysieren. Dieses Vorgehen hat sich gegenüber einem unspezifischen „über Probleme im Allgemeinen“ zu sprechen bewährt. Ist der Behandlungsfokus festgelegt, erfolgt eine ausführliche funktionale Bedingungsanalyse. Dabei sollten generell folgende psychische und soziale Aspekte berücksichtigt werden: Im Zentrum der Bedingungsanalyse stehen Wahrnehmungs-, Denk-, Erlebens- und Beziehungsmuster der Patientinnen. Dysfunktionale Bewertungen und Interpretationen, Annahmen über sich selbst und andere und über Beziehungen können mittels detaillierter Verhaltensanalysen, Schema-Analysen, Plananalysen und Fragebögen erhoben werden. Die therapeutische Beziehung und die Beobachtung des Interaktionsverhaltens der Patientin mit anderen Personen können ebenfalls als Informationsquelle dienlich sein. Bei einem bereits vorhandenen individuellen MIIM-Störungsmodell können sie von Therapeutin wie Patientin eingeordnet und verstanden werden.

Ausführliche funktionale Bedingungsanalyse

Spezifische Verhaltensanalysen helfen Patientin und Therapeutin, das Verhalten in konkreten Situationen besser zu verstehen. Insbesondere die in der Organismusvariable und in den kognitiven Reaktionen enthaltenen Gedanken und Einstellungen sind zentral für das Verständnis des Verhaltens und Erlebens. In den Konsequenzen sollte ein besonderes Augenmerk auf die Reaktionen des Umfelds gelegt werden. Nach externen Konsequenzen könnte beispielsweise folgendermaßen gefragt werden:

Spezifische Verhaltensanalysen helfen, das Erleben und Verhalten in konkreten Situationen besser zu verstehen

Wie reagiert Ihr Partner, wenn Sie ihn wiederholt um seine Meinung bei der Wahl Ihrer Kleidung fragen?

Das Erfragen von externen Bedingungen für das Erleben und Verhalten spielt eine wichtige Rolle. Bei der Erfassung der gegenwärtigen sozialen Bedingungen der Patientin gilt es, besonders auf aktuelle Veränderungen zu achten, wie z. B. Probleme am Arbeitsplatz und Veränderungen hinsichtlich der beruflichen Anforderungen, finanzielle Probleme, partnerschaftliche Probleme, Konflikte in der Familie, Erkrankungen von nahen Angehörigen etc. Eine Exploration dieser Bedingungen oder Veränderungen führt häufig dazu, mit der Patientin gemeinsam ein Verständnis für die aktuellen Schwierigkeiten zu entwickeln.

Externe soziale Bedingungen müssen erfragt werden

Spezifische Reaktionen des sozialen Umfeldes

Die soziale Umgebung der Patientinnen ist in den meisten Fällen an die Verhaltensmuster der Betroffenen „gewöhnt“, stabilisiert und verstärkt diese. So können einerseits Veränderungen im sozialen Umfeld oft Krisen auslösen, andererseits kann aber auch Kontinuität im sozialen Umfeld Lernprozesse und Veränderungen der Patientinnen behindern. Daher sollte die Therapeutin spezifische Reaktionsmuster der Personen im Umfeld der Patientin in die

Wenn immer möglich, sollten wichtige Bezugspersonen in die Diagnostik und Therapie mit einbezogen werden

Problemanalyse miteinbeziehen. Dies betrifft vor allem Familienmitglieder (Partner, Eltern, Kinder) sowie Freundinnen, Kolleginnen und Vorgesetzte. Wenn immer möglich, sollten wichtige Bezugspersonen in die Diagnostik und Therapie miteinbezogen werden.

Verhaltens- und Interaktionsmuster

Verhaltensmuster dienen oft der Vermeidung unangenehmer Emotionen

Viele Verhaltenstendenzen liegen in dem Versuch begründet, im Sinne der persönlichen Kernmotive drohende unangenehme Emotionen zu vermeiden. Interpersonelle Probleme können sich jedoch auch daraus ergeben, dass die Patientinnen schlicht nicht „wissen“, wie sie eine problematische Situation adäquat lösen können, da ihr Spektrum möglicher Handlungen, ihre Handlungskompetenz, zu gering ist. Die Schwierigkeiten in der Antizipation möglicher sozialer Folgen der jeweiligen Handlungen sowie in manchen Fällen eine mangelnde Impulskontrolle schränken Handlungstendenzen und das Verhaltensrepertoire zusätzlich ein. In solchen Situationen können Rollenspiele mit zunächst diagnostischem Ziel eingesetzt werden, um einschätzen zu können, ob es sich beispielsweise um Kompetenzdefizite handelt. Kleinschrittiges konstruktives Videofeedback ist dann der nächste Schritt, um alternatives Verhalten aufzubauen.

1.6 Motivierende Gesprächsführung

Motivierende Gesprächsführung ist hilfreich, um Änderungsmotivation herzustellen

Da PS langanhaltende Erlebens- und Verhaltensmuster darstellen, fällt es den Patientinnen oft sehr schwer, Veränderungen herzustellen. Um die Motivation für Veränderung zu stärken, hat sich die Motivierende Gesprächsführung (MI, Miller & Rollnick, 2015) bewährt. In der Definition von MI wird deutlich, dass der Fokus auf der Sprache und der Atmosphäre liegt.

Unter „Change Talk“ wird jede vom Patienten selbst kommende sprachliche Äußerung, die ein Argument für Veränderung ist, verstanden

MI ist ein kooperativer, zielorientierter Kommunikationsstil mit einer besonderen Aufmerksamkeit auf die Sprache der Veränderung. Es ist daraufhin konzipiert, die persönliche Motivation für und die Selbstverpflichtung auf ein spezifisches Ziel zu stärken, indem es die Motive eines Menschen, sich zu ändern, in einer Atmosphäre von Akzeptanz und Mitgefühl herausarbeitet und erkundet. (Miller & Rollnick, 2015, S. 47)

In Gegenwart anderer Menschen über die eigene Motivation zu sprechen, hat eine viel tiefergehende Wirkung als das bloße Aufschreiben von Vor- und Nachteilen

Die besondere Herausforderung in der Psychotherapie von PS besteht darin, eine Motivation für Veränderung bei den Patientinnen zu wecken, also sogenannten „Change Talk“ hervorzurufen. Unter „Change Talk“ wird dabei „jede vom Patienten selbst kommende sprachliche Äußerung, die ein Argument für Veränderung ist, verstanden“ (Miller & Rollnick, 2015, S. 189 ff.). Es geht also darum, ein Hineinreden in die Veränderung zu fördern und im zweiten Schritt die Änderungsmotivation aufrechtzuerhalten. Die Annahmen dabei sind, dass