

# KAPITEL 14

## CLUSTER-A— PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

### *Paranoide, schizoide und schizotypische Persönlichkeitsstörung*

#### Paranoide Persönlichkeitsstörung

---

Paranoides Denken an sich ist noch nicht krankhaft. Wie in Kapitel 2 dargelegt, ist die paranoid-schizoide Position eine grundlegende Art, Erfahrungen zu organisieren, die ein Leben lang in der menschlichen Psyche verbleiben. Dadurch werden gefährliche oder unangenehme Gedanken abgespalten, nach außen projiziert und anderen zugeschrieben. Sie ist bei den verschiedensten Gruppenerfahrungen wie politischen Zusammenkünften, Sportereignissen und der Dynamik von Organisationen zu beobachten. In bestimmten historischen Situationen kann die paranoide Denkweise ganze Kulturen durchdringen, wie es bei den „Hexenjagden“ der McCarthy-Ära in den Vereinigten Staaten der Fall war.

Bei der paranoiden Persönlichkeitsstörung hingegen handelt es sich um eine klar zu umschreibende pathologische Kategorie, die nicht von kulturellen Faktoren abhängt und kein aus einer Gruppendynamik resultierender Übergangszustand ist. Sie geht mit einer alles beherrschenden, außerordentlich starren und unveränderlichen Art des Denkens, Fühlens und der Beziehung zu anderen einher. Solche Menschen leben in einer paranoid-schizoiden Position. Die diagnostischen Kriterien stellen sieben gemeinsame Merkmale dar, von

**TABELLA 14-1. DSM-IV-TR-Kriterien der paranoiden Persönlichkeitsstörung**

- 
- A. Allgegenwärtiges Misstrauen und Argwohn gegenüber anderen, denen bössartige Motive unterstellt werden; beginnt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen anhand von vier (oder mehr) der nachstehenden Kriterien:
- (1) Der/die Betreffende nimmt ohne eine angemessene Grundlage an, dass andere ihn/sie ausnutzen, ihm/ihr schaden oder ihn/sie täuschen.
  - (2) Der/die Betreffende ist unablässig mit unbegründeten Zweifeln bezüglich der Loyalität oder der Vertrauenswürdigkeit von Freunden oder Partnern beschäftigt.
  - (3) Der/die Betreffende vertraut sich wegen der unbegründeten Angst, die Informationen könnten auf böswillige Weise gegen ihn/sie verwendet werden, nur ungern jemandem an.
  - (4) Der/die Betreffende interpretiert verborgene Geringschätzung oder bedrohliche Bedeutung in wohlwollende Bemerkungen oder Ereignisse hinein.
  - (5) Der/die Betreffende hegt dauerhaft Groll, das heißt, er/sie ist nachtragend bei Beleidigungen oder Verletzungen.
  - (6) Der/die Betreffende nimmt Angriffe gegen seine/ihre Person oder seinen/ihren Ruf wahr, die andere nicht bemerken, und reagiert schnell ärgerlich oder geht zum Gegenangriff über.
  - (7) Der/die Betreffende hegt wiederholt unbegründetes Misstrauen bezüglich der Treue des Ehe oder Sexualpartners.
- B. Tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Schizophrenie, einer affektiven Störung mit psychotischen Merkmalen oder einer anderen psychotischen Störung auf und resultiert nicht aus unmittelbaren physiologischen Auswirkungen einer Allgemeinerkrankung.

**Anmerkung:** Wenn die Kriterien vor dem Beginn einer Schizophrenie erfüllt sind, ist „prämorbid“ hinzuzufügen, z. B. „paranoide Persönlichkeitsstörung (prämorbid)“.

*Quelle:* Nachgedruckt aus American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition, Text Revision. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000. Copyright 2000, American Psychiatric Association. Verwendung mit Genehmigung.

---

denen mindestens vier vorhanden sein müssen, um die Diagnose zu stellen (Tabelle 14-1). Darüber hinaus sind die argwöhnischen Überzeugungen des Patienten nicht wahnhaft und müssen unabhängig von einer psychotischen Diagnose der Achse I wie der Schizophrenie oder einer wahnhaften Persönlichkeitsstörung auftreten.

Wie bei den meisten Persönlichkeitsstörungen sind auch die Hauptmerkmale der paranoiden Persönlichkeitsstörung ichsynton. Ein psychodynamisches Verständnis dieser Menschen basiert auf begrenzten psychoanalytischen und

psychotherapeutischen Erfahrungen mit dieser Population. In einer Studie mit 100 Patienten, die sich für eine Psychoanalyse am Columbia Psychoanalytic Center (Oldham and Skodol 1994) beworben hatten, wurde, unter Anwendung gründlicher diagnostischer Instrumente für Persönlichkeitsstörungen, nur bei 4 Personen eine paranoide Persönlichkeitsstörung festgestellt. Die Diagnose wird mit größerer Wahrscheinlichkeit bei Patienten mit Achse I-Symptomen gestellt, bei denen eine komorbide paranoide Persönlichkeitsstörung festgestellt wird. So wurde beispielsweise in einer Pilotstudie mit Patienten mit Panikstörungen (Reich and Braginsky 1994) bei 54 % derjenigen, die sich in einem örtlichen Gesundheitszentrum vorgestellt hatten, eine paranoide Persönlichkeitsstörung festgestellt. Der Umstand, dass eine paranoide Persönlichkeitsstörung an sich selten der Grund dafür ist, dass sich Patienten in psychiatrische Behandlung begeben, bedeutet nicht, dass die Störung selten ist. In einer repräsentativen Stichprobe der Bevölkerung von Oslo haben Torgersen et al. (2001) eine 2,4 %ige Prävalenz der paranoiden Persönlichkeitsstörung und somit die höchste unter den Störungen der Achse II festgestellt.

Paranoide Patienten werden oft von Familienmitgliedern oder Kollegen in die Praxis gebracht, die ihrer ständigen Vorwürfe und Anschuldigungen überdrüssig sind. Ein Vorgesetzter kann zum Beispiel darauf bestehen, dass sich ein Angestellter in Behandlung begibt – oder sich eine andere Stelle sucht. Ein Ehepartner, der genug von den Untreuevorwürfen hat, kann mit Scheidung drohen, um den paranoiden Partner zu einer Behandlung zu zwingen. Selbst wenn sie sich freiwillig in Behandlung begeben, sind paranoide Patienten auch weiterhin nicht davon überzeugt, dass sie unter einer psychiatrischen Störung leiden. Bei ihren Problemen dreht sich alles darum, dass andere sie schlecht behandeln und verraten.

Die diagnostischen Kriterien spiegeln eine Art des Denkens wider, das man als charakteristisch paranoide Kognition (Shapiro 1965) bezeichnen kann. Diese ist gekennzeichnet durch die unaufhörliche Suche nach verborgenen Bedeutungen, nach Anhaltspunkten, anhand welcher die „Wahrheit“, die sich unter der Oberfläche einer Situation befindet, aufgedeckt werden kann. Diese endlose Suche geht mit einer hochgradigen Wachsamkeit einher, die sich in einer besonderen Vorsicht im Zusammenhang mit der ständigen Aufmerksamkeit zeigt. Das paranoide Individuum sucht seine Umgebung ständig nach ungewöhnlichen Erscheinungen ab – eine Art des Denkens, das in beträchtlichem Maße zu seiner physischen und emotionalen Anspannung beiträgt. Der paranoide Patient kann sich einfach nicht entspannen.

Paranoides Denken ist auch durch fehlende Flexibilität gekennzeichnet. Meist werden auch die überzeugendsten Argumente keine Wirkung auf die festen und unerschütterlichen Überzeugungen eines paranoiden Menschen haben. Und wer mit jemandem mit einer paranoiden Persönlichkeitsstörung argumentiert, wird zum Ziel von Verdächtigungen. Das Denken eines paranoiden Menschen unterscheidet sich dadurch von dem eines paranoiden

Schizophrenen, dass es nicht wahnhaft ist. Patienten mit einer paranoiden Persönlichkeitsstörung nehmen ihre Umgebung im Allgemeinen sogar sehr genau wahr. Ihre auf diesen Wahrnehmungen beruhenden Urteile hingegen sind meist unzulänglich. Die Wirklichkeit selbst ist nicht verzerrt, sondern die Bedeutung der offensichtlichen Wirklichkeit wird falsch ausgelegt (Shapiro 1965). Diese typische Kognition kann schwer zu diagnostizieren sein, da paranoide Menschen oft verschwiegen sind. Selbst Projektionstests weisen paranoide Individuen oft nur als mehr oder weniger normale Menschen aus, die lediglich gehemmt sind.

## Das psychodynamische Verständnis

Das Verständnis der Merkmale der paranoid-schizoiden Haltung ist unentbehrlich, um den paranoiden Patienten zu verstehen. Wie in Kapitel 2 dargelegt wurde, ist die Abspaltung ein zentraler Schutzmechanismus bei dieser Art der Verarbeitung von Erfahrungen. Liebe und Hass zu ein und demselben Objekt müssen voneinander getrennt werden. Jede Bewegung in Richtung einer Integration erzeugt eine unerträgliche Angst, die in der Furcht davor gründet, der Hass könnte stärker sein als die Liebe und diese zerstören. Für das emotionale Überleben muss aus der Sicht des paranoiden Patienten alle „Schlechtheit“ abgespalten und auf externe Figuren projiziert werden. Eine Manifestation dieses Schutzmanövers besteht darin, dass die normale innere Welt aus Aggressoren und Opfern in eine Lebenserfahrung umgewandelt wird, in der sich der paranoide Mensch ständig in der Rolle des Opfers befindet, das externen Aggressoren oder Anklägern gegenübersteht. Somit hebt die Sicht der Welt des paranoiden Patienten seine innere Spannung zwischen Introjekten auf. Wird ein paranoider Mensch gezwungen, erneut zu internalisieren, was er zuvor projiziert hat, reagiert er aufgrund der erhöhten inneren Spannung mit größerer Starrheit und verstärktem defensivem Verhalten (Shapiro 1965).

Patienten mit einer paranoiden Persönlichkeitsstörung gehen jede Beziehung mit der Überzeugung ein, dass der andere früher oder später „einen Fehler machen“ und ihren Verdacht bestätigen wird. In der paranoid-schizoiden Form des Daseins lebt der Patient in einem Zustand unablässiger Angst, die aus der Überzeugung resultiert, dass die Welt voll von nicht vertrauenswürdigen und unberechenbaren Fremden ist (Ogden 1986). Selbst wenn ein und derselbe Therapeut lange mit einem paranoiden Patienten gearbeitet hat, kann eine kleine Enttäuschung dazu führen, dass der Patient das vorherige Verhalten des Therapeuten völlig außer Acht lässt und zu der festen Überzeugung gelangt, dass dieser nicht vertrauenswürdig ist. Der Therapeut ist „entlarvt“ worden. Zurückliegende gute Erfahrungen mit einem Menschen können also durch die aktuelle Situation vollkommen ausgelöscht werden.

Erfahrungen werden im wahrsten Sinne des Wortes für bare Münze genommen. Patienten mit einer paranoiden Persönlichkeitsstörung sind unfähig zu denken: „Es *scheint*, *als* wollte der andere mir schaden.“ Sie *wissen*, dass der andere böse Absichten hegt. Ebenso ist der paranoide Patient in der Übertragungsbeziehung zum Therapeuten nicht in der Lage, zu sagen: „Mir *scheint*, dass ich so auf Sie reagiere, *als* wären Sie genau so sadistisch, wie mein Vater es war.“ Der Patient erlebt den Therapeuten einfach als sadistisch. Deshalb kann man diese Patienten im Sinne der Bindungstheorie als Menschen mit einer Entwicklungsstörung bei der Mentalisierung betrachten (Williams et al. 2005), da sie oftmals in einer Denkweise der psychischen Äquivalenz stecken zu bleiben scheinen.

Projektion und projektive Identifikation sind zwei grundlegende Schutzmechanismen bei einer paranoiden Persönlichkeitsstörung. Die Projektion ersetzt eine interne Bedrohung durch eine externe. Die projektive Identifikation geht noch einen Schritt weiter: Über die Externalisierung von Bedrohungen hinaus werden durch sie Menschen in der Umgebung „kontrolliert“, indem sie auf höchst pathologische Weise an den paranoiden Menschen gebunden werden. Das Bedürfnis nach Kontrolle zeigt das extrem geringe Selbstwertgefühl im Kern der Paranoia (Meissner 1986). Tief im Inneren fühlt sich der paranoide Patient minderwertig, schwach und unfähig. Somit können die Grandiosität oder das Gefühl der „Besonderheit“, die bei diesen Patienten häufig zu beobachten sind, als Kompensation für das Minderwertigkeitsgefühl betrachtet werden. Bei denjenigen, die sich in Behandlung begeben, treten möglicherweise Depressionen oder Ängste auf, weil die paranoiden und grandiosen Schutzmechanismen versagen und die zugrunde liegenden Gefühle der Unzulänglichkeit hervorbrechen (Meissner 1995).

Wegen des geringen Selbstwertgefühls, das der paranoiden Persönlichkeitsstörung zugrunde liegt, orientieren sich die Betroffenen stark an Fragen von Rang und Macht. Sie machen sich große Sorgen darüber, dass Menschen in verantwortlicher Position sie demütigen oder unterwürfiges Verhalten von ihnen erwarten könnten (Shapiro 1965). Stets sehen sie ihre Autonomie bedroht. Bezüglich ihrer zwischenmenschlichen Beziehungen haben sie ständig Angst, dass diese zur Unterordnung unter eine externe Macht führen, sie befürchten, dass jeder, der ihnen nahezukommen versucht, insgeheim versucht, die Kontrolle zu übernehmen. Diese Sorge kann als Furcht vor passiven homosexuellen Impulsen zutage treten, wie sie ursprünglich von Freud (1911/1958) im Fall des psychotisch gestörten Richters Schreber beschrieben wurden. Allerdings bereiten passive homosexuelle Impulse nicht unbedingt allen paranoiden Menschen Sorge. Offenkundige Homosexualität und eine paranoide Persönlichkeitsstörung können auch bei ein und derselben Person vorkommen. Das Wesentliche liegt eher darin, dass diese Patienten jegliche passive Hingabe gegenüber jeglichen Impulsen und jeglichen Personen fürchten (Shapiro 1965).

Eine erfolgreiche Therapie kann einen flüchtigen Eindruck dessen vermitteln, was sich unter dem Projektionssystem verbirgt: Eine gehörige Portion depressiver Inhalte (Meissner 1976) und diametral entgegengesetzte Selbstrepräsentationen. Dem besonderen, berechtigten und grandiosen Selbst steht ein schwacher, wertloser und minderwertiger Gegenpol gegenüber. Akhtar (1990) hat diese koexistenten Selbstrepräsentationen systematisch untersucht und folgendermaßen beschrieben:

Nach außen hin sind paranoide Menschen fordernd, arrogant, misstrauisch, ehrgeizig, unromantisch, moralistisch und äußerst vigilant gegenüber der externen Umgebung. Innerlich aber fürchten sie sich, sind ängstlich, hegen Selbstzweifel, sind leichtgläubig, rücksichtslos, neigen zu Erotomanie und sind nicht in der Lage, die Ganzheit der Ereignisse kognitiv voll zu erfassen. (S. 21–22)

Therapeuten, die sich dieser anderen Dimension der paranoiden Persönlichkeit bewusst sind, können sich besser in diese schwierigen Patienten einfühlen.

Die Entwicklungsstörung, durch die eine Objektkonstanz ausbleibt, ist ein typisches Merkmal paranoider Patienten, das ihr Verhalten und ihr Denken wesentlich mitbestimmt (Auchincloss and Weiss 1992; Blum 1981). Da sie keine liebevolle Beziehung zu einer inneren Objektrepräsentanz aufrecht erhalten können, sind sie davon überzeugt, dass Liebesbeziehungen gefährlich und instabil sind. Um mit der Angst fertig zu werden, die mit der Objektinkonstanz einhergeht, entwickeln sie Fantasien über die konkrete und die magische Verbindung zwischen Objekten (Auchincloss and Weiss 1992). Paranoide Menschen stellen extreme Entweder-oder-Anforderungen an Beziehungen. Entweder das Objekt ihrer Aufmerksamkeit denkt ständig an sie, oder die betreffende Person ist ihnen gegenüber gleichgültig – was paranoide Patienten als unerträglich empfinden. Es sind hauptsächlich diese Ängste bezüglich Gleichgültigkeit und Verbundenheit, die dazu führen, dass paranoide Patienten bereit sind, ihre Freiheit einzuschränken, um konkrete und magische Verbindungen zu Objekten zu erleben.

## Behandlungsansätze

Wegen ihres Argwohns schneiden sie in der Gruppenpsychotherapie gewöhnlich schlecht ab. Behandlungsversuche müssen daher zumeist im Kontext der Einzeltherapie unternommen werden, auch wenn das eine gewaltige Herausforderung für den Therapeuten darstellt. Wie bereits erwähnt, begeben sich diese Patienten oft auf einen gewissen externen Druck hin in Behandlung und haben enorme Schwierigkeiten, irgendjemandem zu vertrauen. Angesichts dieser Hindernisse sollte der erste Schritt der

Psychotherapie darin bestehen, ein therapeutisches Bündnis zu schließen. Dies wird dadurch erschwert, dass paranoide Patienten bei anderen oftmals Abwehrreaktionen auslösen. Diesbezüglich bildet auch der Therapeut keine Ausnahme, wie der folgende Auszug zeigt:

PATIENT: Ich bin sehr böse auf Sie, weil ich eine halbe Stunde im Wartezimmer sitzen musste. Sie haben mir gesagt, ich soll heute um 9.30 Uhr hier sein.

THERAPEUT: Nein, das stimmt nicht. Ich habe 10.00 Uhr gesagt.

PATIENT: Sie haben 9.30 Uhr gesagt.

THERAPEUT (*etwas lauter und energischer*): Ich habe 10.00 Uhr gesagt. Ich habe es in meinem Kalender notiert.

PATIENT: Sie versuchen, mich reinzulegen. Sie wollen nicht zugeben, dass Sie sich geirrt haben, deshalb versuchen Sie, mir einzureden, ich hätte mich geirrt.

THERAPEUT (*noch lauter*): Wenn ich mich geirrt hätte, würde ich es zugeben. Ich denke vielmehr, dass Sie derjenige sind, der nicht zugeben will, dass er sich geirrt hat, und unterstellen es mir!

PATIENT: Diese Schikane lasse ich mir nicht gefallen. Ich werde mir einen anderen Therapeuten suchen!

Dieses leicht überzeichnete Gespräch veranschaulicht den bei paranoiden Patienten außerordentlich häufigen Kreis der projektiven Identifikation. Der Patient behandelt den Therapeuten wie ein böses Objekt, das ihn verfolgt. Der Therapeut fühlt sich gezwungen, sich zu verteidigen, und gelangt schließlich zu einer Interpretation, mit der er versucht, die Projektion an den Patienten zurückzuverweisen. Dadurch fühlt sich der Patient angegriffen, missverstanden und getäuscht. Um diese Eskalation zu vermeiden, muss der Therapeut nachempfinden, dass der Patient die Projektion braucht, um emotional zu überleben. Der Therapeut muss bereit sein, als Behälter für Gefühle von Hass, Schlechtheit, Unvermögen und Verzweiflung zu dienen (Epstein 1979; Gabbard 1991, 1996). Der Versuch, solche Gefühle zu früh zurückzugeben, führt nur dazu, dass der Patient eine erhöhte innere Spannung empfindet und starrer wird. Der Therapeut muss in der Lage sein, die Schuld auf sich zu nehmen, gegebenenfalls auch in einem Maße, das ein Eingeständnis dessen bedeutet, dass er dem Patienten nicht helfen kann (Epstein 1984). Die meisten Therapeuten verfügen über eine starke Gegenübertragungsabwehr hinsichtlich der Akzeptanz einer fehlgeschlagenen Behandlung; sie wehren sich, wenn Patienten ihnen Inkompetenz vorwerfen. Indem sie jedoch das niedrige Selbstwertgefühl ihrer Patienten zur Kenntnis nehmen, das diese dazu bewegt, die Schuld bei anderen zu suchen, können sie sich besser in ihre Sichtweise hineinversetzen und wirklich nach Möglichkeiten suchen, um die Behandlung erfolgreicher zu gestalten. Sich zu verteidigen, ist eine natürliche Reaktion, wenn man der Unehrlichkeit bezichtigt wird. Andererseits kann diese Reaktion

als Bestätigung dessen missverstanden werden, dass der Therapeut etwas zu verbergen hat. Bei paranoiden Patienten ist Offenheit die bei Weitem beste Strategie. Wenn sie Misstrauen bezüglich der Unterlagen oder Notizen des Therapeuten äußern, sollte der Therapeut ihnen Einsicht in diese Notizen gewähren und sie als therapeutische Intervention verwenden. Die Verweigerung der Einsicht führt nur zu einer Verstärkung der Paranoia.

Der Therapeut muss es während der gesamten Therapie und insbesondere in den frühen Phasen, in denen das Bündnis zustande kommt – ebenso wie alle anderen Menschen im Umfeld des Patienten –, vermeiden, defensiv zu reagieren. Er sollte die Interpretation des Patienten zu den Ereignissen oder seine Wahrnehmung bezüglich des Therapeuten nicht hinterfragen, so negativ diese auch sein mögen. Er sollte lediglich weitere Einzelheiten erfragen und sich in die Gefühle und Wahrnehmungen des Patienten hineinversetzen. Vor allem muss er der Versuchung der Gegenübertragung widerstehen, mit der er sich von unerwünschten Projektionen befreien und diese durch verfrühte Interpretationen an den Patienten zurückverweisen könnte (Epstein 1979). Wie das obige Beispiel zeigt, würden Interpretationen dieser Art den Patienten nur in seiner Auffassung bestätigen, dass der Therapeut darauf aus ist, den Patienten anzugreifen. Unter Anwendung dieser methodischen Grundsätze kann die oben geschilderte Situation auch ganz anders gehandhabt werden:

PATIENT: Ich bin sehr böse auf Sie, weil ich eine halbe Stunde im Wartezimmer sitzen musste. Sie haben mir gesagt, ich soll heute um 9.30 Uhr hier sein.

THERAPEUT: Verstehe ich Sie richtig? Sie meinen, wir hätten verabredet, dass Sie heute statt um 10.00 Uhr um 9.30 Uhr kommen sollten?

PATIENT: Sie haben 9.30 Uhr gesagt.

THERAPEUT: Ich verstehe sehr gut, weshalb Sie böse auf mich sind. Eine halbe Stunde auf jemanden warten zu müssen, würde die meisten Leute ärgern.

PATIENT: Sie geben also zu, dass Sie mir gesagt haben, ich soll um 9.30 Uhr kommen?

THERAPEUT: Ehrlich gesagt kann ich mich nicht erinnern, das gesagt zu haben, aber schildern Sie mir doch etwas genauer, wie Sie sich an unsere Unterhaltung erinnern, damit ich herausfinden kann, weshalb Sie diesen Eindruck hatten.

In diesem Fall akzeptiert der Therapeut die Schuldzuweisung, ohne defensiv zu reagieren, aber auch ohne einen Fehler einzugestehen. Er setzt der Projektion des Patienten Grenzen und versucht, mehr darüber zu erfahren, wie sie zustande gekommen ist. Indem er bereit ist, die Möglichkeit in Erwägung zu ziehen, den Patienten tatsächlich irregeführt zu haben, bewertet er die Wahrnehmung des Patienten als legitim und weiterer Besprechung wert. Außerdem versucht er nicht, was projiziert wurde, in Form einer Interpretation zurückzugeben.



Der Therapeut muss auch nachempfinden, dass der Patient zur Wachsamkeit neigt. Diese Wachsamkeit stellt eine gewisse Anpassung dar, denn paranoide Patienten, die ausführlich über ihre Wahrnehmungen sprechen, wirken oft befremdlich auf andere. Wenn der Therapeut auch Phasen des Schweigens und der Zurückhaltung gewährt, statt aufdringlich zu fragen, kann er dem Patienten helfen, sich etwas mehr zu öffnen. Eine andere Methode, ein Bündnis zu schließen, besteht darin, sich auf die Anspannung des Patienten zu konzentrieren, die im Vergleich zu der zur Aufrechterhaltung der paranoiden Kognition erforderlichen außergewöhnlichen Wachsamkeit von sekundärer Bedeutung ist. Bemerkungen wie „Da liegen Ihre Nerven wohl blank“ oder „Da sind Sie sicher erschöpft“ können dazu beitragen, dass sich der Patient verstanden fühlt. Wenn der Patient bereit ist, zu sprechen, sollte der Therapeut ihn zur ausführlichen Darstellung ermutigen, die die Vorgeschichte der aktuellen Stresssituation zutage fördern kann (Meissner 1976).

Das Gesamtziel der psychotherapeutischen Arbeit mit paranoiden Patienten besteht darin, ihnen zu helfen, den Ursprung ihrer Probleme in ihrer Wahrnehmung von einem externen Ort an einen internen zu verlagern. Diese Verlagerung kann nur ohne Eile erfolgen, was bei jedem Patienten eine andere zeitliche Dimension bedeutet. Eine zweite Verlagerung, die eng mit der ersten zusammenhängt, ist die Umwandlung der paranoiden Denkweise in eine depressive, in der der Patient sich gestattet, Gefühle von Verletzlichkeit, Schwäche, Minderwertigkeit und Fehlerhaftigkeit zu erleben (Meissner 1995). Der Therapeut muss den wiederholten Attacken von Anschuldigungen und Vorwürfen standhalten, ohne aufgebracht zu reagieren oder zu verzweifeln. Wenn sich der Patient immer mehr öffnet, kann der Therapeut anfangen, seine Gefühle einzuordnen, und ihm so helfen, zwischen Gefühlen und Wirklichkeit zu unterscheiden (Meissner 1976). Der Therapeut kann dem Patienten auch helfen, Wissenslücken zu erkennen. Er kann zum Beispiel fragen: „Hat Ihr Chef Ihnen gesagt, dass er Sie hasst?“ Verneint der Patient dies, kann der Therapeut sachliche Anmerkungen darüber machen, dass der Patient beschränkte Kenntnisse über die Gefühle seines Chefs hat. Solche Fragen müssen taktvoll und neutral formuliert werden, damit sie die Sichtweise des Patienten nicht unnötig in Frage stellen. Der Therapeut braucht in der Sache keine Stellung zu beziehen, sollte jedoch darauf hinweisen, dass weitere Informationen benötigt werden (Meissner 1976).

Während der gesamten Psychotherapie muss der Therapeut Gefühle eher in Grenzen halten, als auf sie zu reagieren. Dadurch gelangt der Patient zu einer neuen Objektbeziehung, die sich von den früheren unterscheidet. Diese andersartige Erfahrung wird mit der Zeit internalisiert. Dieses Beziehungsmodell der Veränderung wird durch eine allmähliche Änderung des Denkens ergänzt. Das Wesentliche für den Patienten besteht darin, „kreative Zweifel“ (Meissner 1986) an seiner Sicht der Dinge zu hegen. Sobald der Patient seine paranoid-schizoide Haltung aufgibt und die depressiven Elemente in seinem Inneren wahrnimmt, mentalisiert er effektiver und erlebt ein Selbst, das

Erfahrungen vermitteln und interpretieren kann. Er sieht die Dinge, „als ob“ sie sich auf eine bestimmte Weise verhielten, und nicht so, dass sie *tatsächlich* so sind. Der Patient muss außerdem längere Einblicke in seine Gefühle von Wertlosigkeit und Minderwertigkeit zulassen, um die depressiven Elemente der Übertragung aufzuarbeiten. Im Idealfall kann ein solcher Patient ein Verlangen nach Akzeptanz, Liebe und Nähe zeigen, das mit Frustration und Enttäuschung über Personen in der Kindheit zusammenhängt (Meissner 1976, 1995). Als Resultat kann er mit der Trauer über diese Beziehungen beginnen.

Der folgende kurze Bericht über die frühen Phasen der Psychotherapie eines Patienten mit einer paranoiden Persönlichkeitsstörung veranschaulicht einige der methodischen Grundsätze, die in den vorstehenden Abschnitten besprochen wurden. Die Anmerkungen in Klammern weisen auf das Verhältnis zwischen Theorie und Methode in diesem Fall hin.

Herr AA war ein 42 Jahre alter Buchhalter, der wegen seiner ständigen Beschwerden über Allergien gegen Stoffe in seinem Arbeitsumfeld seit einem Jahr erwerbsunfähig war. Nach einer Beförderung war er in ein neues Büro umgezogen, wo plötzlich mehrere lästige physische Symptome, unter anderem Kopfschmerzen, schwerfälliges Denken, Druck im Oberkörper, verschwommenes Sehen, allgemeine Schmerzen, Schwäche, schnelles Ermüden und fehlende Motivation, auftraten. Herr AA führte diese Symptome auf die neue Holzverkleidung und den neuen Teppich in seinem Büro sowie auf von der Lüftungsanlage erzeugte Vibrationen im Boden zurück. Die unangenehmen Erscheinungen milderten sich, sobald er das Büro verließ, und waren meist verschwunden, wenn er beim Arzt ankam. Er wurde von verschiedenen Spezialisten untersucht, von denen nur einer der Meinung war, es gäbe eine physische Ursache für die Beschwerden. Herr AA nutzte diese Einzelmeinung, um seinen Standpunkt zu rechtfertigen. Die Firmenleitung, die besorgt war, dass seine Erwerbsunfähigkeit zum Dauerzustand werden könnte, drängte ihn zur Psychotherapie. In den Anfangsphasen der Therapie stritt Herr AA, mit Ausnahme von Eheproblemen, für die er seine Frau verantwortlich machte, jegliche emotionalen Probleme ab. Er sprach ausführlich über seine Symptome und behauptete, er sei, ungeachtet der negativen Diagnose der meisten Spezialisten, davon überzeugt, dass sie eine physische Ursache haben. (Der Patient zeigt, dass er für die rationalen Argumente der Spezialisten nicht im Geringsten empfänglich ist. Außerdem zeigt er Grandiosität, indem er glaubt, mehr zu wissen als die Ärzte.)

Auf die Frage nach seinen zwischenmenschlichen Beziehungen erklärte Herr AA, er und sein Vater redeten nicht miteinander, da dieser ihn bei Geschäften getäuscht habe. Außerdem beschwerte er sich darüber, dass sein Vater ihn stets härter angefasst habe als all seine Brüder. Als Zusammenfassung der Beschreibung seines Vaters sagte er, dieser sei ungerecht und nicht vertrauenswürdig. Seine Frau beschrieb er als hinterlistig. Sie habe ihn „überlistet“, um ein Kind zu bekommen, indem sie nicht verhütet habe und deshalb schwanger geworden sei. Er

sagte, er habe ihr diese List – die 8 Jahre her war – niemals verziehen, und die Ehe sei seitdem eine Katastrophe. Er gab an, dies könne sich nur ändern, wenn sie vertrauenswürdiger würde. (Der Patient hat Personen im engeren Familienkreis böswillige Verfolgung zugeschrieben und sieht in ihnen den Ursprung all seiner Probleme. Er gesteht nicht ein, in irgendeiner Weise zu den Schwierigkeiten in der Familie beigetragen zu haben, und ist der Ansicht, dass eine Lösung nur möglich ist, wenn nicht er sich ändert, sondern die anderen.)

In der ersten psychotherapeutischen Sitzung hörte Herr AA dem Therapeuten aufmerksam zu und erbat wiederholt eine weitere Klärung der Bemerkungen. Er schien selbst in den wohlwollendsten Aussagen nach verborgenen Botschaften zu suchen. Außerdem achtete er genau auf jede noch so kleine Körperbewegung des Therapeuten, die er oft fälschlicherweise als Anzeichen von Langeweile oder Desinteresse deutete. Nachdem er eine Weile zugehört hatte, bemerkte der Therapeut einfühlsam: „Sie müssen sich absolut im Recht fühlen. Ihr Chef sitzt Ihnen wegen der Therapie im Nacken, sie fühlen sich körperlich schlecht, und Ihre Frau und Sie reden nicht miteinander.“ Daraufhin öffnete sich der Patient etwas und gab zu, dass er schon immer etwas „dünnhäutig“ gewesen sei. Er räumte ein, dass ihn Kleinigkeiten, die anderen nichts ausmachten, oft beträchtlich störten. (Indem er das angekratzte Selbstwertgefühl des Herrn AA empathisch bewertete, ermöglichte der Therapeut ihm, erstmals ein bei ihm liegendes Problem einzugestehen, nämlich, dass er „dünnhäutig“ sei.)

Sein Verhältnis zu seinem Sohn beschrieb Herr AA auf kalte und berechnende Weise: „Wir verbringen mehr Zeit miteinander als der Durchschnitt.“ (Diese Beschreibung verdeutlicht die Unfähigkeit der paranoiden Persönlichkeit, in Beziehungen emotionale Wärme und Zärtlichkeit zu empfinden, da solche Gefühle sie anfällig für Zurückweisung und Angriffe machen würden.) Herr AA wechselte das Thema und kam auf seine Sorge bezüglich der Ärzte zu sprechen, die ihn untersucht hatten. Er erklärte, er sei davon überzeugt, dass alle Ärzte im Grunde inkompetent seien, und schien zu glauben, ein Arzt habe durch ein bestimmtes Medikament beinahe eine Hirnblutung bei ihm verursacht. Er beschrieb drei Psychiater, die ihn zuvor untersucht hatten, als inkompetent. Dann fragte er den Therapeuten nach einem bestimmten nichtpsychiatrischen Medikament. Als der Therapeut zugab, das Medikament nicht zu kennen, erwiderte Herr AA eilig, er sei vermutlich ein ebensolcher „Quacksalber“ wie die anderen Ärzte. (Die Angst des paranoiden Menschen vor Kontrolle durch andere, gepaart mit Minderwertigkeitsgefühlen in Beziehungen, in denen einer das Sagen hat, führt oft zur Abwertung und Erniedrigung anderer. Indem er den Therapeuten abwertet, bestätigt Herr AA sich, dass es nichts gibt, worauf er neidisch sein müsste, und er keinen Grund hat, sich unterlegen zu fühlen.)

Als Herr AA mit der Verunglimpfung der Meinungen der vielen Spezialisten fortfuhr, bei denen er gewesen war, merkte der Therapeut an: „Das muss sehr demoralisierend für Sie sein.“ Herr AA antwortete spitz: „Sie versuchen, mir etwas vorzumachen!“ (Hier überstieg der

Versuch des Therapeuten, sein Mitgefühl durch die Anführung eines neuen Gefühls auszudrücken, die Fähigkeit des Patienten, sich dieses Gefühl einzugestehen. Der Patient hätte möglicherweise positiver reagiert, wenn der Therapeut näher am Wortlaut des Patienten und den von diesem beschriebenen Gefühlen geblieben wäre.)

Als Herr AA weiter über seine aktuelle Lage sprach, konnte er eingestehen, dass es ihm schwergefallen war, sich an seine Behinderung und die Arbeitslosigkeit zu gewöhnen, nachdem er eine leitende Position bekleidet hatte. Da er eine Öffnung im Hinblick auf die Frage des Selbstwertgefühls spürte, merkte der Therapeut an, es müsse ein ziemlicher Schlag gewesen sein, nicht arbeiten zu können. Herr AA antwortete mit einer Frage: „Denken Sie, dass ich schwach bin?“ (Indem der Therapeut erneut sein Mitgefühl bezüglich des geringen Selbstwertgefühls des Patienten zum Ausdruck brachte, statt defensiv zu reagieren, ermöglichte er es Herrn AA, seine Besorgnis über seine grundlegende Schwäche und Minderwertigkeit auszusprechen.)

## Verhütung von Gewalt

Patienten, die unter einer der vielfältigen psychiatrischen Störungen leiden, können auch gewalttätig werden, ein besonderes Risiko für den Therapeuten stellt jedoch der paranoide Patient dar. Das Verständnis der Dynamik der Paranoia kann jedoch zur Verhütung von Angriffen beitragen. Um die Eskalation von Aggression zu verhindern, sollten Psychiater bei der Durchführung der Therapie folgende Grundsätze beachten:

1. *Tun Sie alles, um dem Patienten zu helfen, sein Gesicht zu wahren.* Da der Kern der Paranoia ein geringes Selbstwertgefühl ist, sollte der Psychiater die Erfahrungen des Patienten nachempfinden, jedoch nicht in Frage stellen, ob das, was er sagt, der Wahrheit entspricht. Wie in jeder Behandlungssituation mit einem paranoiden Patienten besteht die erste Aufgabe darin, ein therapeutisches Bündnis mit dem Patienten zu schließen. In einer Studie mit 328 stationär behandelten Patienten (Beauford et al. 1997) zeigte sich, dass Patienten mit einem schwächeren therapeutischen Bündnis während des Aufenthalts im Krankenhaus deutlich stärker zu Gewalt neigten. In einer belebten ambulanten Klinik hatte ein Arzt im Praktikum, der zum ersten Mal einem paranoiden Patienten begegnete, den Eindruck, dass dieser bezüglich seiner aktuellen Wohnsituation nicht die Wahrheit sagte. Er sagte dem Patienten, er werde in dem Rehabilitationszentrum in dem der Patient angeblich lebte, anrufen, um seine Aussage zu überprüfen. Als der Arzt in seiner Schublade nach dem Telefonbuch griff, schlug ihm der Patient mit der Faust ins Gesicht. Dieser unglückliche Zwischenfall führt direkt zu einem weiteren Grundsatz zur Verhütung von Gewalt.

2. *Vermeiden Sie es, weiteren Argwohn zu schüren.* Da diese Patienten von Grund auf misstrauisch sind, müssen alle Behandlungen so gestaltet werden, dass eine Steigerung ihrer Paranoia verhindert wird. Jede Bewegung sollte langsam und sorgfältig erklärt und langsam und gut sichtbar ausgeführt werden. Sie können zum Beispiel sagen: „Ich greife jetzt in meine Schublade, um ein Terminformular herauszunehmen, damit Sie wissen, wann unsere nächste Sitzung ist.“ Sie sollten auch übermäßige Freundlichkeit vermeiden, da ein solches Verhalten in krassem Gegensatz zur alltäglichen Erfahrung dieser Patienten steht und ihren Argwohn nur weiter schürt.
3. *Helfen Sie dem Patienten, ein Gefühl der Kontrolle zu behalten.* Kontrolle ist außerordentlich wichtig für paranoide Patienten, die einen Kontrollverlust mit großer Wahrscheinlichkeit ebenso fürchten wie der Therapeut. Der Therapeut muss Panik um jeden Preis vermeiden. Ein Therapeut, der zeigt, dass er befürchtet, dass der Patient die Kontrolle verliert, verstärkt nur die Angst des Patienten vor einem Kontrollverlust. Ein Großteil der Angst paranoider Menschen rührt daher, dass sie befürchten, dass andere die Kontrolle übernehmen könnten. Deshalb mindert alles, was der Therapeut tut, um zu zeigen, dass er die Autonomie des Patienten respektiert, seine Angst vor passiver Unterwerfung. Bei Behandlungen muss sein Recht, die Situation so zu bewerten, wie er sie sieht, berücksichtigt werden. Der Therapeut kann einem solchen Patienten beispielsweise sagen: „Ich denke, Ihre Gefühle bezüglich der Situation sind legitim, wenn man bedenkt, was Sie durchgemacht haben, und ich respektiere Ihr Recht, die Dinge so zu sehen.“
4. *Ermutigen Sie den Patienten stets, seinen Ärger in Worte zu fassen, statt ihn auszuleben.* Ermutigen Sie den Patienten, seinen Ärger so ausführlich wie möglich zu beschreiben. Ermuntern Sie ihn, die logischen Konsequenzen von Gewalt in Betracht zu ziehen. Zeigen Sie, wenn möglich, Alternativen zur Gewalt auf, damit der Patient sieht, dass es auch andere Möglichkeiten gibt. Ärger als gerechtfertigte Reaktion zu akzeptieren, bedeutet nicht, aggressive Handlungen zu billigen. Wenn sich ein Therapeut unmittelbar bedroht fühlt, kann er versuchen, dies in Worte zu fassen. Ein Psychiater im Praktikum, der spürte, dass sein neuer Patient kurz vor einem Gewaltausbruch stand, sagte: „Mir scheint, sie würden mich am liebsten schlagen.“ Der Patient nickte zustimmend. Der Psychiater fuhr fort: „Wie wäre es, wenn wir ein paar Schritte gehen und Sie mir dabei erzählen, was sie empfinden. Vielleicht hilft Ihnen das, Ihre Gefühle nicht in Taten umzusetzen.“ Diese ruhige und sachliche Haltung half dem Patienten, ein Gefühl der Kontrolle zu behalten, und er dankte dem Arzt für seine Hilfe.
5. *Gewähren Sie dem Patienten stets genug Bewegungsfreiheit.* Die Angst des paranoiden Patienten vor passiver Unterwerfung gegenüber anderen

wird durch körperliche Nähe erhöht. Vermeiden Sie eine Sitzordnung, bei der sich der Patient im Raum gefangen fühlt. Zu Gewalt neigende Patienten benötigen erwiesenermaßen einen größeren Abstand zu anderen (Kinzel 1971). Sitzen Sie nicht zu nah bei Ihrem Patienten und vermeiden Sie selbst die wohlwollendsten Berührungen. – Eine paranoide Patientin nahm zu jeder Therapiesitzung eine Pistole mit, weil ihr Therapeut sie nach jeder Sitzung umarmte.

6. *Seien Sie sich bei Begegnungen mit potenziell gewalttätigen Patienten Ihrer eigenen Gegenübertragung bewusst.* Sowohl Krankenhauspersonal als auch Therapeuten, die mit paranoiden Menschen zu tun haben, leugnen oft ihre Gegenübertragung. Es kommt vor, dass sie aus Angst davor, dass ihre schlimmsten Befürchtungen bezüglich des Gewaltpotenzials des Patienten eintreten könnten, darauf verzichten, wichtige Fragen zur Geschichte des Patienten zu stellen. Wer Behandlungen durchführt, muss sich seine eigenen Ängste eingestehen und gefährliche Situationen mit Patienten, die schon früher gewalttätig geworden sind, vermeiden. Das Leugnen ist wegen der geschlechtsspezifischen Stereotypen, laut welchen Männer eher zu Gewalttätigkeit neigen als Frauen, im Umgang mit weiblichen Patienten häufiger. Tatsächlich aber sind die Gewaltmuster männlicher und weiblicher stationärer Patienten ähnlich, und die Wahrscheinlichkeit dessen, dass sie in dem Monat vor ihrer Aufnahme einen anderen Menschen angegriffen haben, ist bei Frauen ebenso groß wie bei Männern (Tardiff et al. 1997). Therapeuten bedienen sich auch der Projektion der Gegenübertragung, um ihre eigene Aggression zu leugnen und auf den Patienten zu externalisieren. Projektive Identifikation kann beim Patienten Gewalt auslösen, wenn der Therapeut nur die Aggression und Destruktivität des Patienten sieht, nicht aber seine eigene. Eine Studie über Psychiater, die von Patienten angegriffen worden waren (Madden et al. 1976) hat gezeigt, dass 53 % der Psychiater ihre Patienten vor dem Angriff in irgendeiner Weise provoziert hatten.

## Schizoide und schizotypische Persönlichkeitsstörung

---

Neben der paranoiden Persönlichkeitsstörung gehören auch schizoide und schizotypische Persönlichkeitsstörungen zu Cluster A der Achse II des DSM IV TR (American Psychiatric Association 2000). Obwohl es sich um verschiedene Störungen handelt, werden sie hier zusammen besprochen, weil sowohl ihr dynamisches Verständnis als auch ihre therapeutischen Ansätze viele Gemeinsamkeiten aufweisen.

Die Trennung der schizoiden und der schizotypischen Persönlichkeitsstörung wurde vor allem angesichts jener immer umfangreicheren Literatur vorgenommen, die davon ausgeht, dass die schizotypische Persönlichkeitsstörung genetisch mit der Schizophrenie zusammenhängt, während dies bei der schizoiden Persönlichkeitsstörung nicht der Fall ist (Kendler et al. 1981, 1995; Kety et al. 1971; Rosenthal et al. 1971). Diese Studien deuten darauf hin, dass es sich bei der schizotypischen Persönlichkeitsstörung um eine mildere Form der Schizophrenie handelt, die durch eine mehr oder weniger intakte Wahrnehmung der Realität, Schwierigkeiten mit Beziehungen und leichte Denkstörungen gekennzeichnet ist. Außerdem deutet die Langzeitbeobachtung von Patienten mit einer schizotypischen Persönlichkeitsstörung darauf hin, dass die Folgen ähnlich sind wie bei schizophrenen Patienten (McGlashan 1983). Eine Studie hat ergeben, dass das Risiko für mit Schizophrenie zusammenhängende Störungen bei Verwandten ersten Grades von Patienten mit schizotypischer oder paranoider Persönlichkeitsstörung deutlich höher ist als bei Verwandten ersten Grades von Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen (Siever et al. 1990). Weiterhin wurden Zusammenhänge zwischen Schizotypie und Schizophrenie im Bereich der Aufmerksamkeitsstörungen und der Blickregistrierung (eye-tracking) nachgewiesen (O'Driscoll et al. 1998; Roitman et al. 1997). Neuere Untersuchungen haben gezeigt, dass semantische Dysfunktionen bei Frauen mit schizotypischer Persönlichkeitsstörung denen der Schizophrenie ähnlich sind (Niznikiewicz et al. 2002). In anderen Studien wurden bei MRI-Untersuchungen Ähnlichkeiten hinsichtlich der Volumenverminderung des Pulvinars (Byne et al. 2001) und ähnliche hemmende Defizite (Cadenhead et al. 2002) festgestellt. Und schließlich können geringe Dosen von Neuroleptika die Schwere der Symptome bei einer schizotypischen Persönlichkeitsstörung verringern (Koenigsberg et al. 2003).

Wie Gunderson (1983) festgestellt hat, sind Menschen mit einer schizotypischen Persönlichkeitsstörung solchen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung sehr ähnlich, mit dem Unterschied, dass die Definition der schizotypischen Persönlichkeitsstörung einige Symptome enthält, die eine abgeschwächte Form der Schizophrenie vermuten lassen. In Wirklichkeit bilden die schizoide und die schizotypische Persönlichkeitsstörung ein Kontinuum, sodass die Trennung der beiden Störungen etwas willkürlich ist. Ein Vergleich der DSM IV TR-Kriterien der schizoiden Persönlichkeitsstörung (Tabelle 14-2) und der schizotypischen Persönlichkeitsstörung (Tabelle 14-3) zeigt, dass beide Störungen mit einem beträchtlichen Maß an sozialem Rückzug und affektiver Einschränkung einhergehen.

Schizotypische Patienten als solche bilden ebenfalls ein Kontinuum, das große Ähnlichkeiten mit schizoiden Patienten aufweist (abgesehen von einigen weiteren Merkwürdigkeiten des Verhaltens und der Kommunikation), bis hin zu denen, die der Schizophrenie näher stehen und zu kurzen psychotischen Episoden neigen. Der nachfolgende Abschnitt über das dynamische Verständnis dieser Erkrankungen zeigt, dass ein ähnlicher therapeutischer Ansatz oftmals von Nutzen ist.



---

**TABELLE 14-2.** DSM-IV-TR-Kriterien der schizoiden  
Persönlichkeitsstörung

---

- A. Ein tief greifendes Muster des Rückzugs aus sozialen Beziehungen und ein beschränktes Spektrum des Ausdrucks von Emotionen in interpersonellen Situationen; beginnt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen anhand von vier (oder mehr) der nachstehenden Kriterien:
- (1) Der/die Betreffende sehnt sich nicht nach engen Beziehungen, einschließlich der Zugehörigkeit zu einer Familie, und fühlt sich in solchen auch nicht wohl.
  - (2) Der/die Betreffende entscheidet sich fast immer für Einzelaktivitäten.
  - (3) Der/die Betreffende hat, wenn überhaupt, nur geringes Interesse an sexuellen Erfahrungen mit einer anderen Person.
  - (4) Dem/der Betreffenden bereiten, wenn überhaupt, nur wenige Aktivitäten Freude.
  - (5) Der/die Betreffende hat keine engen Freunde oder Vertrauten außer seinen/ihren Verwandten ersten Grades.
  - (6) Dem/der Betreffenden scheinen Lob oder Kritik anderer gleichgültig zu sein.
  - (7) Der/die Betreffende zeigt emotionale Kälte, Rückzug oder reduzierte Affektivität.
- B. Tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Schizophrenie, einer affektiven Störung mit psychotischen Merkmalen, einer anderen psychotischen Störung oder einer umfassenden Entwicklungsstörung auf und resultiert nicht aus unmittelbaren physiologischen Auswirkungen einer Allgemeinerkrankung.

**Anmerkung:** Wenn die Kriterien vor dem Beginn einer Schizophrenie erfüllt sind, ist „prämorbid“ hinzuzufügen, z. B. „schizoide Persönlichkeitsstörung (prämorbid)“.

*Quelle:* Nachgedruckt aus American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition, Text Revision. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000. Copyright 2000, American Psychiatric Association. Verwendung mit Genehmigung.

---

## Das psychodynamische Verständnis

Schizoide und schizotypische Patienten leben oft am Rande der Gesellschaft. Sie werden möglicherweise als „Sonderlinge“, „Ausgeflippte“ oder „Eigenbrötler“ ausgelacht oder einfach sich selbst überlassen und führen ein einsames und eigentümliches Leben. Wegen ihrer Isolation und ihrer Anhedonie bedauern andere sie eventuell und kümmern sich um sie. Meisten geben diejenigen, die solche Gesten machen, auf, nachdem sie wiederholt zurückgewiesen wurden. Familienmitglieder können mit der Zeit so verärgert sein, dass sie ihren schizoiden Verwandten in eine Behandlung zwingen. Eltern Heranwachsender oder junger Erwachsener gehen mit ihrem Sohn oder ihrer



**TABELLE 14-3.** DSM-IV-TR-Kriterien der schizotypischen Persönlichkeitsstörung

- A. Ein tief greifendes Muster sozialer und zwischenmenschlicher Defizite, das durch akutes Unbehagen an und mangelnde Fähigkeit zu engen Beziehungen sowie Verzerrungen der Wahrnehmung oder des Denkens und eigentümliches Verhalten gekennzeichnet ist; beginnt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen anhand von fünf (oder mehr) der nachstehenden Kriterien:
- (1) Der/die Betreffende hat Beziehungsideen (jedoch keinen Beziehungswahn).
  - (2) Der/die Betreffende hat seltsame Überzeugungen oder magische Denkinhalte, die das Verhalten beeinflussen und nicht mit den Normen der jeweiligen subkulturellen Gruppe übereinstimmen (z. B. Aberglaube, Glaube an Hellseherei, Telepathie oder an den „sechsten Sinn“; bei Kindern und Heranwachsenden bizarre Fantasien und Beschäftigungen).
  - (3) Der/die Betreffende hat ungewöhnliche Wahrnehmungserfahrungen einschließlich körperbezogener Illusionen.
  - (4) Der/die Betreffende/n kennzeichnet eine seltsame Denk- und Sprechweise (z. B. vage, umständlich, metaphorisch, übergenau oder stereotyp).
  - (5) Der/die Betreffende ist argwöhnisch oder hat paranoide Vorstellungen.
  - (6) Der/die Betreffende/n kennzeichnet ein inadäquater oder eingeschränkter Affekt.
  - (7) Verhalten oder äußere Erscheinung des/der Betroffenen sind seltsam, exzentrisch oder merkwürdig.
  - (8) Der/die Betreffende hat keine engen Freunden oder Vertrauten außer Verwandten ersten Grades.
  - (9) Der/die Betreffende hat eine ausgeprägte soziale Angst, die bei Vertrautheit nicht abnimmt und eher mit paranoiden Befürchtungen als mit negativer Selbstbeurteilung zusammenhängt.

**Anmerkung:** Wenn die Kriterien vor dem Beginn einer Schizophrenie erfüllt sind, ist „prämorbid“ hinzuzufügen, z. B. „schizotypische Persönlichkeitsstörung (prämorbid)“.

*Quelle:* Nachgedruckt aus American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revision. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000. Copyright 2000, American Psychiatric Association. Verwendung mit Genehmigung.

Tochter zum Psychiater, weil sie befürchten, er oder sie habe nicht genug vom Leben (Stone 1985). Andere schizoide und schizotypische Patienten begeben sich wegen ihrer quälenden Einsamkeit freiwillig in psychiatrische Behandlung.

Das Innere eines schizoiden Patienten kann sich beträchtlich von seiner äußeren Erscheinung unterscheiden. Nicht selten sind solche Menschen eine Ansammlung von Widersprüchen. Akhtar (1987) hat diese Widersprüche in offene und verdeckte Manifestationen eingeteilt: „Der schizoide Mensch ist

„offen“ zurückgezogen, unabhängig, geistesabwesend, uninteressant, asexuell und übertrieben moralisch, während er „verdeckt“ außergewöhnlich sensibel, emotional bedürftig, äußerst wachsam, kreativ, häufig pervers und anfällig für Korruption ist“ (S. 510). Diese Polaritäten spiegeln keine bewussten und unbewussten Persönlichkeitsmerkmale wider, sondern zeigen eine Spaltung oder Zersplitterung des Selbst in verschiedene Selbstrepräsentationen, die nicht integriert werden. Aus der Sicht der Psychodynamik bezeichnet der Begriff „schizoid“ diese grundlegende Spaltung des Selbst. Das Ergebnis ist eine diffuse Identität – schizoide Patienten wissen nicht genau, wer sie sind, und fühlen sich mit extrem konfliktgeladenen Gedanken, Gefühlen, Wünschen und Bedürfnissen geschlagen. Diese diffuse Identität macht es schwer, Beziehungen zu anderen aufzubauen. Möglicherweise besteht das augenfälligste Merkmal schizoider und schizotypischer Patienten darin, dass sie scheinbar keine Beziehungen zu anderen haben. Die Psychoanalyse mit solchen Patienten deutet darauf hin, dass sie sehr wohl Gefühle für und Bestrebungen in Bezug auf andere haben, jedoch auf einer sehr frühen Entwicklungsstufe der Bezogenheit stehen geblieben sind (Lawner 1985). Diese Patienten scheinen ihre Entscheidung zur Isolation aufgrund der Überzeugung zu treffen, dass es ihnen nicht gelungen ist, von ihrer Mutter zu bekommen, was sie gebraucht hätten, bedeutet, dass sie keine weiteren Versuche mehr unternehmen können, etwas anderes von späteren Bezugspersonen zu bekommen (Nachmani 1984). Schizoide Patienten können zwischen zwei Vorstellungen von Ängsten gefangen sein: Wenn sie zu nah sind, befürchten sie Vereinnahmung und eine Verschmelzung mit dem Objekt, wenn sie zu weit entfernt sind, haben sie Angst vor Verlust und Zusammenbruch (Williams et al. 2005).

Ein Großteil unserer Kenntnisse über die innere Welt des schizoiden Patienten entstammt den Arbeiten der britischen Vertreter der Objektbeziehungstheorie. Balint (1979) vertrat die Meinung, dass diese Patienten ein grundlegendes Defizit hinsichtlich des Aufbaus von Beziehungen haben – einen „grundlegenden Fehler“, verursacht durch beträchtliche Unzulänglichkeiten der mütterlichen Fürsorge im Kleinkindalter. Seiner Ansicht nach sind die Schwierigkeiten des schizoiden Patienten beim Aufbau von Beziehungen zu anderen die Folge dieser grundlegenden Unfähigkeit und nicht eines Konflikts (wie bei neurotischen Patienten). Fairbairn (1954), der vielleicht am meisten zum Verständnis des schizoiden Patienten beigetragen hat, betrachtete den schizoiden Rückzug als Schutz gegen einen Konflikt zwischen dem Wunsch, Beziehungen zu anderen aufzubauen, und der Angst, dass die eigene Bedürftigkeit anderen schaden könnte. Das Kleinkind, das seine Mutter zunächst als ablehnend erlebt, zieht sich möglicherweise von der Welt zurück. Gleichzeitig wächst seine Bedürftigkeit jedoch, bis sie als nicht zu befriedigende erlebt wird. Das Kleinkind fürchtet dann, dass seine Gier die Mutter vernichtet und es erneut alleine bleibt. Somit kann gerade das Objekt, das das Kleinkind am meisten braucht, durch seine eigenen Vereinnahmungsbestrebungen vernichtet werden. Fairbairn

nannte diese Angst nach dem Märchen, in dem das kleine Mädchen zu seinem Schrecken sieht, dass die Großmutter verschwunden ist und es mit seiner eigenen projizierten oralen Gier – in Form eines alles verschlingenden Wolfes – alleine gelassen hat, „Rotkäppchen-Fantasie“.

Ebenso wie Rotkäppchen seine Gier auf den Wolf projizieren kann, projizieren Kleinkinder ihre eigene Gier möglicherweise auf die Mutter, die sie dann als alles verschlingend und gefährlich betrachten. Dieses kleinkindliche Dilemma bleibt bei schizoiden Patienten bestehen, die zunächst befürchten, mit ihrer Bedürftigkeit andere zu vereinnahmen, und dann, von anderen vereinnahmt zu werden. Dieses grundlegende Dilemma schizoider Patienten führt dazu, dass sie zwischen ihrer Angst, andere durch ihre Bedürftigkeit zu verjagen, und der Angst, von anderen erstickt oder vernichtet zu werden, hin und her schwanken. Deshalb erleben sie alle Beziehungen als gefährlich und als Situationen, die es zu meiden gilt. Da der schizoide Mensch durch seine Entscheidung, keine Beziehungen einzugehen, alleine und leer ist, kommt es häufig zu einem „schizoiden Kompromiss“ (Guntrip 1968), bei dem der Patient sich gleichzeitig an andere klammert und sie abweist.

Schizoide Patienten leben in der ständigen Bedrohung des Verlassen-Werdens, der Verfolgung und der Desintegration (Appel 1974). Etwas von jemandem anzunehmen, birgt das Risiko, dass ein intensives Verlangen nach Abhängigkeit und Verschmelzung ausgelöst wird. Liebe wird mit der Verschmelzung mit einem anderen Menschen, mit dem Verlust der eigenen Identität und der Vernichtung des anderen gleichgesetzt. Obwohl sich die Vertreter der britischen Schule in ihren Arbeiten hauptsächlich mit schizoiden Patienten befasst haben, gelten die Beschreibungen von Balint, Guntrip und anderen auch für schizotypische Patienten (Stone 1985).

Der typische Rückzug des schizoiden Patienten aus zwischenmenschlichen Beziehungen kann auch eine wichtige Funktion hinsichtlich der Entwicklung haben. Winnicott (1963/1965) war der Meinung, die Isolation des schizoiden Patienten erhalte eine wichtige Authentizität aufrecht, die für das in der Entstehung begriffene Selbst des Patienten absolut heilig ist: „Es gibt eine Zwischenstufe in der gesunden Entwicklung, auf der die wichtigste Erfahrung des Patienten bezüglich des guten oder potenziell befriedigenden Objekts die Zurückweisung desselben ist“ (S. 182). Der schizoide Rückzug ist eine Art, mit dem „wahren Selbst“ zu kommunizieren, statt diese Authentizität für künstliche Interaktionen mit anderen zu opfern, die zu einem „falschen Selbst“ führen würden. Winnicott ging davon aus, dass wir alle einen solchen nichtkommunikativen Kern haben und das Recht – und das Bedürfnis – des schizoiden Menschen, nichtkommunikativ zu sein, achten müssen. Phasen extremen Verzichts und extremer Isolation können schizoiden Menschen helfen, Kontakt zu diesem zurückgezogenen Selbst aufzunehmen, sodass es dann mit anderen Selbstrepräsentationen integriert werden kann (Eigen 1973).

Bei schizoiden Patienten, die ihrem Therapeuten Zugang zu ihrer inneren Welt gewähren, zeigen sich häufig Allmachtsfantasien. Diese begleiten gewöhnlich die einsiedlerischen Teile des Selbst, in die sich der Patient zurückzieht. Wie andere Teile des verborgenen Selbst dienen auch diese als „Zuflucht vor Entblößung“ (Grotstein 1977), um das zerbrechliche Selbstwertgefühl zu stärken und die Angst vor Selbstdesintegration zu beschwichtigen (Nachmani 1984). Da sie keine guten inneren Selbst- und Objektrepräsentationen haben, um wichtige Schritte für den Erfolg in Beziehungen und bezüglich der Karriere zu unternehmen, benutzen schizoide Patienten Allmachtsfantasien, um diese Anstrengungen zu vermeiden und ihre grandiosen Fantasien unmittelbar umzusetzen. Schizoide Patienten schämen sich häufig sehr für ihre Fantasien und weigern sich, sie ihren Therapeuten mitzuteilen, solange sie sich in der Beziehung nicht sicher fühlen.

## Einzelpsychotherapie

Wie Patienten mit einer paranoiden Persönlichkeitsstörung finden auch schizotypische und schizoide Patienten selten den Weg zum Therapeuten. Laut einer landesweiten Studie mit Klinikern ist die schizotypische Persönlichkeitsstörung die am seltensten behandelte unter den Achse II-Störungen (Westen 1997). Laut der Studie über die 100 Patienten, die sich im Columbia Psychoanalytic Center für eine Psychoanalyse beworben hatten (Oldham and Skodol 1994), wurde nur bei einem die Diagnose schizoide Persönlichkeitsstörung und bei keinem die Diagnose schizotypische Persönlichkeitsstörung gestellt. Somit ist ein Großteil der Daten, die über die Psychotherapie und die psychotherapeutische Behandlung solcher Patienten gesammelt wurden, von anekdotischem Wert, da sie auf relativ geringen Fallzahlen beruhen.

Schizoiden und schizotypischen Patienten kann mit expressiv-supportiver Therapie, dynamischer Gruppenpsychotherapie oder einer Kombination aus beiden geholfen werden. Da der Gedanke an die Interaktionsanforderungen bei einer Gruppentherapie gewöhnlich beträchtliche Angst auslöst, fühlt sich die Mehrheit dieser Patienten wohler, wenn sie mit einer Einzelbehandlung beginnen kann. Ein Großteil der modernen Literatur zur Psychotherapie schizoider und schizotypischer Persönlichkeitsstörungen deutet darauf hin, dass der Mechanismus der Therapie eher auf die Internalisierung einer therapeutischen Beziehung als auf die Interpretation von Konflikten hinausläuft (Appel 1974; Gabbard 1989; Nachmani 1984; Stone 1983, 1985; Winnicott 1963/1965).

Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, die erstarrten inneren Objektbeziehungen des Patienten „aufzutauen“, indem er eine neue Erfahrung der Bezogenheit bietet. Die schizoide Art und Weise der Bezogenheit resultiert aus Unzulänglichkeiten in den frühesten Beziehungen des Patienten mit

Elternfiguren – die Epstein (1979) als *primären Ausfall bei der Reifung* (primary maturational failure) bezeichnet hat. Der Patient hat bei den Menschen in seinem Umfeld sein Leben lang ähnliche Reaktionen ausgelöst, was zu *sekundären Ausfällen bei der Reifung* geführt hat. Mit anderen Worten, der schizoide Patient geht möglicherweise so durchs Leben, dass er sich von allen distanziert. Der Therapeut muss herausfinden, wie er eine Beziehung zu dem Patienten aufbauen kann, die hinsichtlich der Reifung eine korrektive Wirkung hat. Er darf nicht zulassen, wie alle anderen im Leben des Patienten vertrieben oder vor den Kopf gestoßen zu werden.

Zu sagen, Ziel der Therapie sei es, eine neue Beziehung zur Internalisierung zu bieten, ist täuschend einfach. Diese Strategie birgt gewaltige Hindernisse. Vor allem ist die grundlegende Daseinsform des Patienten die der Nichtbezogenheit. Der Therapeut verlangt also von einem Menschen, der keine Beziehungen eingeht, eine stärkere Bezogenheit zu entwickeln. Erwartungsgemäß wird der Patient auf die Versuche des Therapeuten, eine neue Art der Bezogenheit zu bieten, mit emotionaler Distanz und einer gehörigen Portion Schweigen reagieren.

Therapeuten, die sich mit der Behandlung zurückgezogener schizoider Patienten versuchen, müssen wegen der Langsamkeit und Schwerfälligkeit des Internalisierungsprozesses außerordentlich viel Geduld aufbringen. Außerdem müssen sie eine zulassende Einstellung zum Schweigen entwickeln. Genauer gesagt müssen sie im Schweigen mehr sehen als Widerstand – es ist auch eine besondere Form der nonverbalen Kommunikation, die wesentliche Informationen über den Patienten liefern kann.

Die emotionalen Reaktionen auf den Patienten, so subtil sie auch sein mögen, können eine primäre Quelle von Informationen über ihn darstellen. Wenn das Schweigen länger anhält, muss der Therapeut sich hüten, den Spieß umzudrehen und sein eigenes Selbst und seine eigenen Objektrepräsentationen auf den Patienten zu projizieren. Dieser Zustand wird in Ingmar Bergmans bewegendem Film *Persona*, in dem eine Krankenschwester eine stumme Patientin behandelt, auf wunderbare Art dargestellt. Nach vielen erfolglosen Versuchen, die Patientin zum Sprechen zu bringen, ist die Krankenschwester frustriert und beginnt, verschiedene Aspekte ihrer selbst auf die Patientin zu projizieren. In den Wahnsinn getrieben, beginnt die Krankenschwester, die Patientin als Verkörperung ihrer eigenen inneren Welt zu behandeln (Gabbard 198).

Diese Art der Therapie verlangt vom Therapeuten, dass er die Projektionen seines Patienten annimmt und seine eigenen beobachtet, ohne sich zum Ausleben seiner Gegenübertragungen hinreißen zu lassen. Wenn dem Therapeuten danach ist, die Behandlung des Patienten abubrechen oder aufzugeben, muss er seine Gefühle ebenso bewerten wie alle anderen in diesem Prozess und versuchen, sie zu verstehen. Wie in Kapitel 4 bei der Besprechung der Psychotherapie erwähnt, kann es vorkommen, dass die projektiven Identifikationen erst diagnostiziert und verstanden werden können, nachdem

der Therapeut „gezwungen“ wurde, gegenüber dem Patienten eine bestimmte Rolle einzunehmen. Der Therapeut muss die Interaktionen zwischen sich und dem Patienten still zur Kenntnis nehmen und diese Informationen verwenden, um nachfolgende Interaktionen zu bestimmen. Ogden (1982) hat die Aufgabe des Therapeuten in solchen Situationen zusammengefasst:

Die Perspektive der projektiven Identifikation erfordert keine verbale Interpretation, schließt sie aber auch nicht aus. Der Therapeut versucht, einen Weg zu finden, wie er mit dem Patienten sprechen und bei ihm sein kann, der dann ein Medium darstellt, durch welches der Therapeut nicht integrierbare Aspekte der inneren Objektwelt des Patienten akzeptieren und sie in einer Form an den Patienten zurückverweisen kann, in der dieser sie akzeptieren und aus ihnen lernen kann. (S. 42)

Auf eine Interpretation zu verzichten, kann sich bei schizoiden und schizotypischen Patienten sogar als die wirksamste therapeutische Strategie erweisen. Wenn Schweigen als Widerstand interpretiert wird, können sich diese Patienten dafür verantwortlich fühlen und schämen, dass sie nicht in der Lage sind, zu kommunizieren (Nachmani 1984). Andererseits kann es auch vorkommen, dass der Therapeut, indem er auf eine Interpretation verzichtet und das Schweigen akzeptiert, auch den von Winnicott (1963/1965) erwähnten privaten, nichtkommunikativen Kern des Selbst legitimiert. Bei manchen Patienten muss der Therapeut das schweigende Selbst respektieren, da es möglicherweise der einzige Ansatz ist, der den Aufbau eines therapeutischen Bündnisses ermöglicht (Gabbard 1989).

Therapeuten schätzen interpersonelle Bezogenheit sehr. Wir möchten, dass wir unseren Patienten etwas bedeuten. Schweigende Nichtbezogenheit zu akzeptieren, widerspricht unserer Ausbildung und unserer psychologischen Veranlagung. Wir neigen von Natur aus dazu, unseren Patienten die Last der Erwartung aufzuerlegen, dass sie anders sein sollten, als sie sind. Das heißt, wir wollen, dass unsere Patienten mit uns reden und eine Beziehung zu uns eingehen. Das bedeutet jedoch, dass wir die Patienten auffordern, sich eben dem Schmerz auszusetzen, den sie durch den schizoiden Rückzug vermeiden. Wie Searles (1986) festgestellt hat, führen höhere Erwartungen seitens des Therapeuten zu einer weiteren Distanzierung:

Winnicotts (1941/1958) Konzept der ausreichenden haltenden Umwelt impliziert, dass der Analytiker in dieser nicht nur relativ stabil für den Patienten da sein soll, sondern für diesen ab und an auch (psychologisch) relativ zerstörbar sein soll, was der Patient wegen seines ständigen Bedürfnisses nach autistischem (omnipotentem) Auftreten auch weiterhin braucht. Deshalb muss der Analytiker dem Patienten vermutlich ebenso oft und im jeweils richtigen Moment mit Abwesenheit wie mit Anwesenheit begegnen. (S. 351)

Manche Patienten reagieren auf diese tolerante und empathische Akzeptanz mit größerer Offenheit in der therapeutischen Beziehung. Sie beginnen möglicherweise über verborgene Aspekte des Selbst zu sprechen, die sie schließlich in ein zusammenhängenderes Verständnis des Selbst integrieren. Am Anfang einer Psychotherapie kann man nur schwer erraten, welcher Patient darauf anspricht. In seinen Ausführungen über schizotypische Patienten (Patienten mit Borderline-Schizophrenie) vermutete Stone (1983), dass diejenigen, die bei der Psychotherapie etwas besser abschneiden, auch depressive Symptome oder einen gewissen Sinn für emotionale Wärme und Empathie haben. Er empfahl den Therapeuten, sich vor übertriebenen Erwartungen bezüglich der Gegenübertragung zu hüten, da nur ein beschränkter Fortschritt zu erwarten sei. Außerdem riet er ihnen, sich damit abzufinden, dass viele peinliche Themen in der Therapie für lange Zeit verborgen bleiben müssen (Stone 2001). Zu großer Forschungseifer könne dem Patienten Angst machen oder ihm peinlich sein. Stone vertritt die Meinung, dass ein Therapeut in der Lage sein muss, mit der enttäuschenden Aussicht zu leben, dass sein Patient im Bereich der Bezogenheit möglicherweise keine Fortschritte machen wird. Im Allgemeinen wird die Behandlung bei Patienten mit einer besseren Ichfunktion (d. h. einer intakteren Wahrnehmung der Realität, einem besseren Urteilsvermögen, weniger Denkstörungen) erfolgreicher sein als bei solchen mit einer stärker gestörten Ichfunktion. Bei letzteren kann es erforderlich sein, dass der Therapeut als Hilfs-Ich fungiert, um ihnen bei verschiedenen Aufgaben wie Wahrnehmung der Realität, Urteilsvermögen und Selbst-Objekt-Differenzierung zu helfen. Stone (2001) hat außerdem darauf hingewiesen, dass schizotypische Patienten, wie schizophrene (siehe Kapitel 7), mehr als eine expressiv-supportive Therapie brauchen. Schizotypische Patienten mit schlechteren Funktionen brauchen auch Schulung in sozialen Fertigkeiten, Umerziehung und soziale Unterstützung verschiedener Art.

## Dynamische Gruppenpsychotherapie

Im Allgemeinen sind schizoide Patienten die besten Kandidaten für eine dynamische Gruppenpsychotherapie (Appel 1974; Azima 1983). Die Gruppentherapie soll ihnen bei der Sozialisierung helfen, genau in dem Bereich, in dem sie die größten Schwierigkeiten haben. Außerdem stellt sie eine Situation dar, in der ein beträchtliches Maß an neuer elterlicher Fürsorge stattfinden kann. Für viele schizoide Patienten fungieren die anderen Gruppenmitglieder als wiederhergestellte Familie, die sie als Gegengewicht zu ihren negativeren und Angst auslösenden inneren Objekten schließlich internalisieren (Appel 1974).

Solche Patienten können schon davon sehr viel profitieren, dass sie regelmäßig mit anderen zusammentreffen. Für manchen schizoiden Patienten



ist die Gruppentherapiesitzung im wahrsten Sinne des Wortes das einzige soziale Ventil. Sobald sie sich akzeptiert fühlen und erkennen, dass sich ihre schlimmsten Befürchtungen nicht bewahrheiten, fühlen sie sich mit der Zeit wohler unter Menschen. Ähnlich wie der bereits beschriebene Prozess der Einzeltherapie können die Reaktionen der anderen Gruppenmitglieder eine korrektive Erfahrung bedeuten, die allen früheren Beziehungserfahrungen widerspricht. Zu den möglichen Schwierigkeiten bei der Gruppentherapie mit schizoiden Patienten gehört Groll seitens anderer Patienten, die „ihre Geheimnisse preisgeben“ müssen, während der schizoide Patient schweigt. Das kann zu einer Art „Verbündung“ führen, um den schizoiden Patienten zum Sprechen zu bringen. In solchen Situationen muss der Therapeut das schizoide Mitglied der Gruppe unterstützen und den anderen Patienten helfen, zu akzeptieren, dass der schizoide Patient das Schweigen braucht (Azima 1983). Die anderen Patienten können einen zurückgezogenen schizoiden Patienten auch einfach ignorieren und fortfahren, als wäre er gar nicht anwesend. In solchen Fällen hat der Therapeut die Aufgabe, den Patienten in die Gruppe zu führen, indem er aufzeigt, wie sich ein Muster, das außerhalb der Gruppe zur Geltung kommt, in der Gruppe wiederholt. Schizotypische Patienten profitieren gewöhnlich ebenso von der Gruppentherapie wie schizoide, wobei solche mit bizarrem Verhalten oder psychotischem Denken zu Sündenböcken werden können, da sie einfach zu anders sind als die übrigen Gruppenmitglieder. Für diese Patienten ist möglicherweise eine Einzeltherapie als einzige Maßnahme am besten geeignet.

Eine Kombination von Gruppen- und Einzeltherapie ist für viele schizoide Patienten ideal, da sie das soziale Umfeld, das sie in der Gruppe vorfinden, mit ihrem Einzelspsychotherapeuten besprechen und aufarbeiten können. Viele schizoide Patienten werden sich bei einer Empfehlung zur Teilnahme an einer Gruppentherapie fühlen, als würden sie „den Löwen zum Fraß vorgeworfen“. Gegebenenfalls fühlen sie sich sogar verraten, wenn ihr Therapeut diesen Vorschlag macht. Als Schritt zur Vorbereitung auf die Empfehlung zur Gruppentherapie ist es oft wirksam, die Vorstellungen des Patienten darüber, was in der Gruppentherapie passieren wird, durchzuarbeiten.

Das nachstehende Fallbeispiel veranschaulicht einige der besonderen Vorteile einer Gruppenpsychotherapie für einen Teil der schizoiden Patienten.

Herr BB war ein alleinstehender 23 jähriger Mann mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung. Er arbeitete als Hilfspfleger in der Nachtschicht eines Pflegeheims und besuchte tagsüber Kurse an der örtlichen Universität. Er arbeitete gerne nachts, weil dies sehr wenig zwischenmenschliche Aktivität von ihm verlangte. Sein Vorgesetzter schlief oft, sodass er in Ruhe Romane lesen konnte. Wenn er nicht schlief, verbrachte Herr BB viele Stunden mit intensivem Bodybuilding. Dabei posierte er nackt vor dem Spiegel, spielte mit seinen Muskeln und bewunderte sich selbst. Bei diesem Posieren und Muskelspiel hatte er



Allmachtsfantasien darüber, dass er Olympiasieger im Zehnkampf werden würde. Außerdem stellte er sich vor, dass er, sobald er eine gewisse körperliche Perfektion erreicht hätte, für ein Mädchen in einem seiner Kurse attraktiv sein würde, das anzusprechen er nicht fertigbrachte.

Herrn BB bereitete es große Probleme, dass er adoptiert war. Er sprach darüber mit großer Scham, als sei er der Meinung, es bedeute einen grundlegenden Fehler in ihm. Seiner Ansicht nach war die frühe Ablehnung durch seine leibliche Mutter ein Zeichen dafür, dass er so von Grund auf unerwünscht war, dass andere ihn ebenfalls ablehnen würden, wenn sich ihnen die Möglichkeit dafür böte.

Wie viele andere schizoide Patienten hatte er perverse Neigungen, die sich bei ihm in Form von Exhibitionismus äußerten. Er begab sich in Situationen, in denen Frauen ihn nackt überraschen mussten. Dann tat er überrascht und entfernte sich sofort, um eine Strafverfolgung zu vermeiden. Die sexuelle Lust, die ihm diese Auftritte bereiteten, verleitete ihn jedoch zu immer riskanteren Abenteuern. Einmal vertauschte er die Schilder der Herren und der Damenumkleiden in einer Sporthalle, woraufhin die Frauen in die Herrenumkleide gingen, wo sie ihn nackt vorfanden, während er sich nach dem Duschen abtrocknete.

Schließlich suchte Herr BB eine ambulante Klinik auf, um an einer Schließlich suchte Herr BB eine ambulante Klinik auf, um an einer Gruppenpsychotherapie teilzunehmen. Er befürchtete, dass er seinen Exhibitionismus nicht mehr unter Kontrolle hatte und das juristische Folgen haben würde, außerdem bereitete ihm sein einsames Dasein große Sorge. Er bemühte sich um eine Gruppenpsychotherapie, weil er zuvor 2 Jahre lang in Einzeltherapie gewesen war. Er berichtete, er habe praktisch während der gesamten Therapie geschwiegen. Schließlich hätten der Therapeut und er einvernehmlich festgestellt, dass es keinen Sinn habe, die Therapie fortzusetzen. Herr BB gab weiterhin an, er habe den starken Wunsch, seine Angst vor anderen Menschen zu überwinden, und er sei der Meinung, dass eine Gruppentherapie eine geeignete Art sei, sich mit dieser Angst auseinanderzusetzen.

Herr BB begann eine dynamische Gruppenpsychotherapie in einer relativ gut funktionierenden Gruppe, die aus Patienten mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen bestand. Er nahm regelmäßig teil, folgte der Gruppendiskussion jedoch überwiegend schweigend. Nach und nach gelang es ihm, immer ein bisschen mehr von sich preiszugeben. Zu einer Art Durchbruch kam es, als er den Mut aufbrachte, über die Kursteilnehmerin zu sprechen, die der Gegenstand seiner Fantasien war. Eine Patientin in der Gruppe erwiderte darauf: „Warum fragst Du sie nicht, ob sie mit Dir ausgeht? Du bist doch ein attraktiver Mann.“ Sichtlich bewegt von dieser Bemerkung erklärte Herr BB, das habe ihm noch nie jemand gesagt.

Die Unterstützung und die positiven Rückmeldungen von Gruppenmitgliedern stärkten sein Selbstwertgefühl und ermöglichten es ihm, sich öfter und offener zu äußern. Als er schließlich in der Lage war, über seinen Exhibitionismus zu sprechen, war er sehr erleichtert, dass auf seine Enthüllung hin niemand entsetzt zurückschreckte.

Nach mehreren Jahren Gruppentherapie hatte Herr BB hinsichtlich seiner Ängste in Bezug auf Beziehungen und seines Selbstwertgefühls

eine Besserung erreicht, aufgrund welcher er in der Lage war, mit Frauen auszugehen und einige freundschaftliche Beziehungen zu Männern aufzubauen. Die exhibitionistischen Episoden wurden mit der Zeit seltener, traten jedoch regelmäßig erneut auf, wenn die Gruppe Ferien hatte und Herr BB sich von seinem Therapeuten und den Mitpatienten im Stich gelassen fühlte.

Der Fall des Herrn BB zeigt, wie das offenkundige Fehlen von Objektbeziehungen bei schizoiden Patienten mit intensiven Bezogenheitsfantasien und verborgenen sexuellen Aktivitäten perverser Art einhergehen kann. Auch ausgiebiges Training ist bei schizoiden und schizotypischen Menschen ziemlich häufig. Diese Art der körperlichen Aktivität kann dazu dienen, die sexuelle Energie abzubauen oder, wie im Falle des Herrn BB, das Selbstwertgefühl zu stärken, indem sie sich vorstellen, dass andere sie als Folge dieser Anstrengungen attraktiver finden werden.

Obgleich eine ganze Reihe von Persionen bei schizoiden Menschen häufig auftritt, scheint Exhibitionismus bei ihnen von besonderer Bedeutung zu sein. Fairbairn (1954) hat beobachtet, dass schizoide Personen oftmals ihre geistigen Inhalte überschätzen, sie als außerordentlich wertvoll einschätzen. Sie haben Angst, irgendetwas von sich zu geben, da sie dadurch ihre narzisstisch gehegten Inhalte dezimieren würden. Fairbairn stellte fest, dass schizoide Patienten den Exhibitionismus häufig als Schutz gegen ihre Angst zu geben einsetzen. Genauer gesagt, „Zeigen“ wird zum Ersatz für „Geben“, weil letzteres mit der Angst verbunden ist, etwas Wertvolles zu verlieren, ersteres hingegen nicht. Obwohl der Exhibitionismus im Fall des Herrn BB offenkundig war, tritt er oftmals in sublimierten Formen wie der Ausübung einer darstellenden Kunst auf.

Die Gruppenpsychotherapie bescherte Herrn BB eine Reihe neuer Beziehungen, die er internalisieren konnte. Die Bezogenheit zu seinen Mitpatienten (und seinem Therapeuten) widerlegte seine Erwartungen, wie andere auf ihn reagieren würden. Statt von ihm befremdet zu sein, akzeptierten die Gruppenmitglieder ihn so, wie er war, und bestätigten seine Attraktivität als Mensch. Somit kann die Bewertung durch andere Patienten in einer Gruppentherapie eine größere Wirkung auf einen schizoiden Patienten haben als dieselbe Bewertung durch einen Einzeltherapeuten. Dass der Therapeut ihn schätzt, verbucht der schizoide Patient möglicherweise als zu therapeutischen Zwecken angenommene Haltung; schließlich „macht der Therapeut nur seine Arbeit“.

Die Erkrankung vieler schizoider und schizotypischer Patienten ist wesentlich behandlungsresistenter als im Fall des Herrn BB. Wie Stone (2001) anregte, muss der Therapeut das Bedürfnis des Patienten, anders zu sein, grundsätzlich anerkennen und darf sich nicht gezwungen sehen, den Patienten von Grund auf zu ändern. Wer schizoide und schizotypische Patienten behandelt, sollte sich Thoreaus Rat zu Herzen nehmen: „Wenn jemand mit

seinen Gefährten nicht Schritt hält, so tut er es vielleicht deshalb nicht, weil er einen anderen Trommler hört. Laßt ihn zu der Musik marschieren, die er hört, wie auch ihr Takt und wie fern sie selbst auch sei.“ (Thoreau 1971).

## Literaturhinweise

---

- Akhtar, S.: Schizoid personality disorder: a synthesis of development, dynamic, and descriptive features. *Am J Psychother* 61: 499–518, 1987.
- Akhtar, S.: Paranoid personality disorder: synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features. *Am J Psychother* 44: 5–25, 1990.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- Appel, G.: An approach to the treatment of schizoid phenomena. *Psychoanal Rev* 61: 99–113, 1974.
- Auchincloss, E. L., Weiss, R. W.: Paranoid character and the intolerance of indifference. *J Am Psychoanal Assoc* 40: 1013–1037, 1992.
- Azima, F. J. C.: Group psychotherapy with personality disorders, in: *Comprehensive Group Psychotherapy*, 2<sup>nd</sup> Edition. Edited by Kaplan, H. I., Sadock, B. J. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1983, S. 262–268.
- Balint, M.: *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*. New York, Brunner / Mazel, 1979.
- Beauford, J. E., McNiel, D. E., Binder, R. L.: Utility of the initial therapeutic alliance in evaluating psychiatric patients' risks of violence. *Am J Psychiatry* 154: 1272–1276, 1997.
- Blum, H. P.: Object inconstancy and paranoid conspiracy. *J Am Psychoanal Assoc* 29: 789–813, 1981.
- Byne, W., Buchsbaum, M. S., Kemether, E., et al.: Magnetic resonance imaging of the thalamic mediodorsal nucleus and pulvinar in schizophrenia and schizotypal personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 58: 133–140, 2001.
- Cadenhead, K. S., Light, G. A., Geyer, N. A., et al.: Neurobiological measures of schizotypal personality disorder: defining an inhibitory endophenotype. *Am J Psychiatry* 159: 869–871, 2002.
- Eigen, M.: Abstinence and the schizoid ego. *Int J Psychoanal* 54: 493–498, 1973.
- Epstein, L.: Countertransference with borderline patients, in: *Countertransference*. Edited by Epstein, L., Feiner, A. H. New York, Jason Aronson, 1979, S. 375–405.
- Epstein, L.: An interpersonal–object relations perspective on working with destructive aggression. *Centemp Psychoanal* 20: 651–662, 1984.
- Fairbairn, W. R. D.: *An Object-Relations Theory of the Personality*. New York, Basic Books, 1954.

- Felthous, A. R.: Preventing assaults on a psychiatric inpatient ward. *Hosp Community Psychiatry* 35: 1223–1226, 1984.
- Freud, S.: Psycho-analytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia (dementia paranoides) (1911), in: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol. 12. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1958, S. 1–82.
- Gabbard, G. O.: On „doing nothing“ in the psychoanalytic treatment of the refractory borderline patient. *Int J Psychoanal* 70: 527–534, 1989.
- Gabbard, G. O.: Technical approaches to transference hate in the analysis of borderline patients. *Int J Psychoanal* 72: 625–637, 1991.
- Gabbard, G. O.: *Love and Hate in the Analytic Setting*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1996.
- Grotstein, J. S.: The psychoanalytic concept of schizophrenia, I: the dilemma. *Int J Psychoanal* 58: 403–425, 1977.
- Gunderson, J. G.: DSM III diagnoses of personality disorders, in: *Current Perspectives on Personality Disorders*. Edited by Frosch, J. P. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1983, S. 20–39.
- Guntrip, H.: *Schizoid Phenomena, Object-Relations, and the Self*. New York, International Universities Press, 1968.
- Kendler, K. S., Gruenberg, A. M., Strauss, J. S.: An independent analysis of the Copenhagen sample of the Danish adoption study of schizophrenia, II: the relationship between schizotypal personality disorder and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 38: 982–984, 1981.
- Kendler, K. S., McGuire, M., Gruenberg, A. M., et al.: Schizotypal symptoms and signs in the Roscommon Family Study: the factors, structure and familial relationship with psychotic and affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 52: 296–303, 1995.
- Kety, S. S., Rosenthal, D., Wender, P. H., et al.: Mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. *Am J Psychiatry* 128: 302–306, 1971.
- Kinzel, A. F.: Violent behavior in prisons, in: *Dynamics of Violence*. Edited by Fawcett, J. Chicago, IL, American Medical Association, 1971.
- Koenigsberg, H. W., Reynolds, D., Goodman, M., et al.: Risperidone in the treatment of schizotypal personality disorder. *J Clin Psychiatry* 64: 628–634, 2003.
- Lawner, P.: Character rigidity and resistance to awareness of the transference. *Issues in Ego Psychology* 8: 36–41, 1985.
- Madden, D. J., Lion, J. R., Penna, M. W.: Assaults on psychiatrists by patients. *Am J Psychiatry* 133: 422–425, 1976.
- McGlashan, T. H.: The borderline syndrome, II: is it a variant of schizophrenia or affective disorder? *Arch Gen Psychiatry* 40: 1319–1323, 1983.
- Meissner, W. W.: Psychotherapeutic schema based on the paranoid process. *Int J Psychoanal Psychother* 5: 87–114, 1976.

- Meissner, W. W.: Psychotherapy and the Paranoid Process. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986.
- Meissner, W. W.: Paranoid personality disorder, in: Treatments of Psychiatric Disorders, 2<sup>nd</sup> Edition, Vol. 2. Edited by Gabbard, G. O. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, S. 2249–2259.
- Nachmani, G.: Hesitation, perplexity, and annoyance at opportunity. *Contemp Psychoanal* 20: 448–457, 1984.
- Niznikiewicz, M. A., Shenton, M. E., Voglmaier, M.: Semantic dysfunction in women with schizotypal personality disorder. *Am J Psychiatry* 159: 1767–1774, 2002.
- O'Driscoll, G. A., Lezenweger, M. F., Holzman, P. S.: Antisaccades and smooth pursuit eye tracking and schizotypy. *Arch Gen Psychiatry* 55: 837–843, 1998.
- Ogden, T. H.: Projective Identification and Psychotherapeutic Technique. New York, Jason Aronson, 1982.
- Ogden, T. H.: The Matrix of the Mind: Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986.
- Oldham, J. M., Skodol, A. E.: Do patients with paranoid personality disorder seek psychoanalysis?, in: Paranoia: New Psychoanalytic Perspectives. Edited by Oldham, J. M., Bone, S., Madison, C. T., International Universities Press, 1994, S. 151–166.
- Reich, J., Braginsky, Y.: Paranoid personality traits in a panic disorder population: a pilot study. *Compr Psychiatry* 35: 260–264, 1994.
- Roitman, S. E. L., Corblatt, B. A., Bergman, A., et al.: Attentional functioning in schizotypal personality disorder. *Am J Psychiatry* 154: 655–660, 1997.
- Rosenthal, D., Wender, P. H., Kety, S. S., et al.: The adopted-away offspring of schizophrenics. *Am J Psychiatry* 128: 307–311, 1971.
- Searles, H. F.: My Work With Borderline Patients. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986.
- Shapiro, D.: Neurotic Styles. New York, Basic Books, 1965.
- Siever, L. J., Silverman, J. M., Horvath, T. B., et al.: Increased morbid risk for schizophrenia-related disorders in relatives of schizotypal personality disordered patients. *Arch Gen Psychiatry* 47: 634–640, 1990.
- Stone, M. H.: Psychotherapy with schizotypal borderline patients. *J Am Acad Psychoanal* 11: 87–111, 1983.
- Stone, M. H.: Schizotypal personality: psychotherapeutic aspects. *Schizophr Bull* 11: 576–589, 1985.
- Stone, M. H.: Schizoid and schizotypal personality disorders, in: Treatments of Psychiatric Disorders, 3<sup>rd</sup> Edition, Vol. 2. Edited by Gabbard, G. O. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2001, S. 2237–2250.
- Tardiff, K., Marzuk, P. M., Leon, A. C., et al.: Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital. *Am J Psychiatry* 154: 88–93, 1997.
- Thoreau, H. D.: Walden oder Leben in den Wäldern, Diogenes, Zürich 1971, S. 316.

- Torgersen, S., Kringlen, I., Cramer, V.: The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 58: 590, 2001.
- Westen, D.: Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: implications for research and the evolution of Axis II. *Am J Psychiatry* 154: 895–903, 1997.
- Williams, P., Haigh, R., Fowler, D.: Paranoid, schizoid, and schizotypal personality disorders, in: *The Oxford Textbook of Psychotherapy*. Edited by Gabbard, G. O., Beck, J., Holmes, J. A. Oxford, England, Oxford University Press, 2005.
- Winnicott, D. W.: The observation of infants in a set situation (1941), in: *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. New York, Basic Books, 1958, S. 52–69.
- Winnicott, D. W.: Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites (1963), in: *The Maturation Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. New York, International Universities Press, 1965, S. 179–192.

## **KAPITEL 15**

# **CLUSTER-B— PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN**

## *Borderline*

Die Besprechung der Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen beginnt mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPD), die als Referenzpunkt für den gesamten Cluster dient. Narzisstische, antisoziale und histrionische Persönlichkeitsstörungen werden oft anhand ihrer Unterschiede zur BPD definiert. Außerdem können, wenn man Borderline im weiteren Sinne als ein Spektrum (Meissner 1988) oder eine Persönlichkeitsorganisation (Kernberg 1967) versteht, alle Persönlichkeitsstörungen des Clusters B, zusammen mit denen des Clusters A, in die allgemeine Kategorie der Borderline-Erkrankungen eingeordnet werden. Bedauerlicherweise ist die Diagnose Borderline durch ihre zunehmende Popularität in den letzten zwei Jahrzehnten zu einer Art psychiatrischem „Mülleimer“ geworden, der sowohl überstrapaziert als auch missbraucht wird. Patienten mit einer unsicheren Diagnose erhalten automatisch das Etikett Borderline. Ein kurzer Überblick über die Geschichte des Begriffs *borderline* in der amerikanischen Psychiatrie soll die Stellung der BPD in der heutigen Nomenklatur näher beleuchten.

### **Entstehung des Begriffs**

---

Ab dem Ende der 1930er Jahre und während der gesamten 1940er Jahre gingen die Kliniker dazu über, für Patienten, die nicht krank genug waren, um als schizophren bezeichnet zu werden, für eine klassische psychoanalytische Behandlung jedoch viel zu stark gestört waren, eine gesonderte Bezeichnung zu verwenden. Um den für diese Patienten typischen „Zwischenzustand“

auszudrücken, beschrieben Hoch und Polatin (1949) diese Gruppe als Patienten mit pseudoneurotischer Schizophrenie, gekennzeichnet durch einen Symptomenkomplex von „Panneurose“, „Panangst“ und „Pansexualität“. Robert Knight (1953) verfeinerte die Beschreibung dieser schlecht definierten Gruppe, indem er mehrere Schädigungen der Ichfunktion, unter anderem der Unfähigkeit zur realistischen Planung, der Unfähigkeit zur Abwehr primitiver Impulse und der Dominanz des primären Prozessdenkens über das sekundäre Prozessdenken, in den Mittelpunkt stellte.

Diese frühen Autoren standen einem „unordentlichen“ Syndrom gegenüber, das sich nicht gut in die bestehenden diagnostischen Kategorien einordnen ließ. Grinker et al. (1968) haben die Diagnose des Syndroms Anfang der 1960er Jahre durch die statistische Auswertung von etwa 60 solchen Patienten, die sich in Chicago in stationärer Behandlung befanden, etwas präzisiert. Die Clusteranalyse der Daten dieser Patienten deutete auf vier Untergruppen von Borderline-Patienten hin. Die Patienten schienen ein Kontinuum von „psychotic border“ (Typ I) bis hin zu „neurotic border“ (Typ IV) zu bilden. Zwischen den beiden Endpunkten befanden sich eine Gruppe mit überwiegend negativen Affekten und Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung stabiler interpersoneller Beziehungen (Typ II) und eine Gruppe (Typ III), die sich durch einen allgemeinen Mangel an Identität auszeichnete, weshalb sie sich die Identität von anderen borgen musste.

Grinker et al. (1968) versuchten außerdem, gemeinsame Merkmale des Borderlinesyndroms ausfindig zu machen, die unabhängig von dem jeweiligen Typ vorhanden waren. Das Ergebnis waren folgende Grundmerkmale: 1. Ärger als überwiegender oder einziger Affekt, 2. Mängel bei interpersonellen Beziehungen, 3. Fehlen einer beständigen Selbst-Identität und 4. eine vorherrschende Depression. Einer der bedeutendsten Beiträge dieser empirischen Studie war die Erkenntnis, dass sich das Borderlinesyndrom eindeutig von der Schizophrenie unterscheidet. Grinker und seine Kollegen haben festgestellt, dass sich der Zustand dieser Patienten nicht mit der Zeit zu einer Schizophrenie verschlechtert. Stattdessen sind sie während ihrer gesamten Krankheit stabil instabil (Schmideberg 1959). Durch diese

---

**TABELLE 15-1.** Unterscheidungsmerkmale  
der Borderline-Persönlichkeitsstörung

---

Quasipsychotisches Denken	Forderndes Verhalten / Berechtigungsanspruch
Selbstverstümmelung	Rückfälle während der Behandlung
Manipulative Selbstmordversuche	Schwierigkeiten mit der Gegenübertragung
Angst vor Verlassen-Werden/ Vereinnahmung / Vernichtung	

---

*Quelle:* Nach Zanarini et al. 1990.



Entdeckung konnte die Überzeugung der Skeptiker, die meinten, Borderline-Patienten seien eigentlich schizophren, widerlegt werden.

1990 gelang es Gunderson und seinen Kollegen (Zanarini et al. 1990), anhand von Forschungen zur Beschreibung des Borderlinesyndroms eindeutige Unterscheidungsmerkmale zu ermitteln (Tabelle 15 1).

Viele dieser Kriterien stehen in einer Wechselbeziehung zueinander. Borderline-Patienten sind auf ausschließliche Einzelbeziehungen aus, bei denen nicht das geringste Risiko des Verlassen-Werdens besteht. Häufig fordern sie solche Beziehungen mit einer Art Berechtigungsanspruch ein, was andere überwältigt und befremdet. Außerdem werden, wenn sie mit jemandem vertrauter werden, eine Reihe von Angstpaaren aktiviert. Auf der einen Seite befürchten sie, von der anderen Person vereinnahmt zu werden, und verlieren in dieser primitiven Verschmelzungsfantasie ihre eigene Identität. Auf der anderen Seite erleben sie an Panik grenzende Angst, weil sie davon überzeugt sind, dass sie jederzeit zurückgewiesen oder verlassen werden können. Um zu verhindern, dass sie alleine bleiben, bedienen sich Borderline-Patienten möglicherweise der Selbstverletzung oder selbstmörderischer Gesten, in der Hoffnung, die Person, mit der sie verbunden sind, zu einer Rettungsaktion zu bewegen. Kognitive Verzerrungen wie quasipsychotisches Denken (beim Wahrnehmungstest als vorübergehende, eingegrenzte und/oder atypische Züge definiert) können auch im Kontext interpersoneller Beziehungen auftreten. Wahnvorstellungen nahekommende Wahrnehmungen des Verlassenseins von geliebten Menschen sind häufig, außerdem kann es zu psychotischen Regressionen in der Übertragung kommen, wenn Patienten an ihrem Therapeuten hängen. Kliniker, die dieses Kaleidoskop von Zuständen des Selbst erleben, neigen zu vielfältigen intensiven Gegenübertragungsreaktionen, so auch zu Rettungsfantasien, Schuldgefühlen, dem Überschreiten der professionellen Grenzen, Wut und Hass, Angst und tiefer Hilflosigkeit (Gabbard 1993; Gabbard and Wilkinson 1994).

Während Gunderson und Grinker et al. sich vor allem auf die deskriptiven diagnostischen Kriterien konzentrierten, versuchte Otto Kernberg (1967, 1975), Borderline-Patienten aus psychoanalytischer Sicht zu beschreiben. Mit einer Kombination aus egopsychologischem und Objektbeziehungsansatz prägte er den Begriff Borderline-Persönlichkeitsorganisation, um damit eine Gruppe von Patienten zu benennen, die typische Muster von Selbstschwäche, primitiven Schutzmechanismen und problematischen Objektbeziehungen zeigen. Er beobachtete bei diesen Patienten eine Reihe von Symptomen, darunter auch unbegründete Angst, zwanghaft-suchtartige Symptome, multiple Phobien, dissoziative Reaktionen, hypochondrische Befürchtungen, Bekehrungssymptome, paranoide Tendenzen, polymorphe perverse Sexualität und Drogenmissbrauch. Kernberg betonte jedoch, dass deskriptive Symptome für eine definitive Diagnose nicht ausreichen. Vielmehr war er der Ansicht, die

---

**TABELLE 15-2.** Kernbergs Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsorganisation
 

---

- I. Nichtspezifische Manifestationen von Selbstschwäche
    - A. Fehlende Angsttoleranz
    - B. Fehlende Impulskontrolle
    - C. Fehlen entwickelter Sublimierungskanäle
  - II. Wechsel zu primärem Prozessdenken
  - III. Spezifische Schutzmechanismen
    - A. Abspaltung
    - B. Primitive Idealisierung
    - C. Frühe Formen der Projektion, insbesondere projektive Identifikation
    - D. Leugnen
    - E. Allmacht und Abwertung
  - IV. Pathologische internalisierte Objektbeziehungen
- 

*Quelle:* Nach Kernberg 1975.

Diagnose basiere auf einer differenzierten strukturellen Analyse, die vier Hauptmerkmale aufdeckt (Tabelle 15-2).

1. *Nichtspezifische Manifestationen von Selbstschwäche.* Ein Aspekt der Ichfunktion ist die Fähigkeit, die Entladung von Impulsen zu verzögern und Affekte wie Angst abzuschwächen. Borderline-Patienten sind nach Kernbergs Ansicht wegen inhärenter nichtspezifischer Schwächen nicht in der Lage, Kräfte des Selbst für die Ausführung dieser Funktionen zu mobilisieren. Ebenso haben sie Schwierigkeiten, starke Triebe zu sublimieren und ihr Verhalten bewusst zu steuern.
2. *Wechsel zu primärprozesshaftem Denken.* Wie Robert Knight stellte Kernberg fest, dass diese Patienten beim Fehlen von Strukturen oder unter dem Druck starker Affekte zu einer Regression in ein dem psychotischen ähnliches Denken neigen. Diese Wechsel erfolgen jedoch in erster Linie im Kontext einer im Allgemeinen intakten Wahrnehmung der Realität.
3. *Spezifische Schutzmechanismen.* An erster Stelle unter den Schutzmechanismen steht die Abspaltung, die Kernberg als aktiven Prozess zur Trennung widersprüchlicher Introjekte und Affekte betrachtete (siehe Kapitel 2). Abspaltungsmechanismen eines Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsorganisation manifestieren sich klinisch folgendermaßen: a) Wechsel zwischen widersprüchlichen Verhaltensweisen und Haltungen, denen der Patient unbesorgt und mit schlichtem Leugnen begegnet; b) Aufteilung der Menschen im Umfeld des Patienten in „nur gut“ und „nur schlecht“, wobei die Einordnung eines bestimmten Individuums häufig

wechselt; und c) gleichzeitig vorhandene widersprüchliche Sichtweisen und Vorstellungen von der eigenen Person (Selbstrepräsentationen), deren Dominanz sich täglich und stündlich ändert.

Ein 41-jähriger katholischer Priester wurde in eine psychiatrische Klinik aufgenommen, nachdem sich herausgestellt hatte, dass er extensive sexuelle Handlungen mit Kindern beiderlei Geschlechts vorgenommen hatte. Kurz nach seiner Aufnahme wurde bei den routinemäßigen Laboruntersuchungen ein positiver Befund für Syphilis festgestellt. Als man ihn mit dem Ergebnis der Laboruntersuchung konfrontierte, antwortete er: „Ich weiß nicht, wie das möglich ist. Ich bin ein Priester im Zölibat.“ Der behandelnde Arzt wies lediglich darauf hin, dass der Priester wegen extensiver sexueller Handlungen mit Minderjährigen ins Krankenhaus aufgenommen worden sei. Daraufhin erwiderte der Priester lakonisch: „Was erwarten Sie denn? Ich bin auch nur ein Mensch.“

Diese Begebenheit zeigt, wie widersprüchliche Selbstrepräsentationen bei Borderline-Patienten nebeneinander existieren – in diesem Fall ein „Priester im Zölibat“ und ein promiskuer bisexueller Pädophiler. Außerdem war die nüchternere Antwort des Priesters typisch für das schlichte Leugnen, das viele Borderline-Patienten anwenden, wenn sie mit ihren Abspaltungsmanövern konfrontiert werden. Andere Schutzmechanismen wie primitive Idealisierung, Allmacht und Abwertung sind ebenfalls Anzeichen für Abspaltungstendenzen (das heißt, dass andere entweder als nur positiv oder als nur negativ bewertet werden). Ein anderer häufiger Schutzmechanismus bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation ist laut Kernberg die projektive Identifikation, bei der Selbst- oder Objektrepräsentationen abgespalten und auf andere projiziert werden, um sie so kontrollieren zu können.

4. *Pathologische internalisierte Objektbeziehungen.* Infolge der Abspaltung sieht jemand mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation andere nicht als Menschen, die eine Mischung aus positiven und negativen Eigenschaften haben. Stattdessen werden sie als extreme Gegensätze betrachtet, die, wie ein Patient es formuliert hat, „entweder Götter oder Teufel“ sind. Diese Menschen können die libidinösen und aggressiven Aspekte anderer nicht integrieren, was sie daran hindert, die inneren Erfahrungen anderer wirklich zu verstehen. Ihre Wahrnehmung in Bezug auf andere kann täglich zwischen Idealisierung und Abwertung wechseln, was für jemanden, der mit ihnen in einer Beziehung steht, sehr verwirrend sein kann. Ebenso führt ihre Unfähigkeit, positive und negative Repräsentationen des Selbst zu integrieren, zu einer stark diffusen Identität, wie das vorstehende Beispiel des Priesters zeigt.

---

**TABELLE 15-3** DSM-IV-TR-Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung
 

---

Ein tief greifendes Muster von Instabilität in den zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie deutliche Impulsivität; beginnt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in verschiedenen Situationen, anhand von fünf (oder mehr) der nachstehenden Kriterien:

- (1) Der/die Betreffende bemüht sich verzweifelt, tatsächliches oder vermutetes Verlassen-Werden zu vermeiden.

**Anmerkung:** Hier werden keine suizidalen oder selbstverstümmelnden Verhaltensweisen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.

- (2) Der/die Betreffende zeigt ein Muster instabiler und intensiver interpersoneller Beziehungen, die durch den Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und der Abwertung gekennzeichnet sind.
- (3) Der/die Betreffende hat eine Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
- (4) Der/die Betreffende zeigt Impulsivität in mindestens zwei Bereichen, die potenziell selbstschädigend sind (z. B. Geldausgeben, Sex, Drogenmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Essstörungen).

**Anmerkung:** Hier werden keine suizidalen oder selbstverstümmelnden Verhaltensweisen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.

- (5) Der/die Betreffende nimmt wiederholt suizidale Handlungen oder Gesten vor, spricht Selbstmorddrohungen aus oder zeigt Selbstverstümmelungsverhalten.
  - (6) Der/die Betreffende zeigt eine affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Gegenreaktion auf Stimmungen (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Erregbarkeit oder Angst, die normalerweise einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage dauern).
  - (7) Der/die Betreffende hat chronische Gefühle von Leere.
  - (8) Der/die Betreffende zeigt unangemessene, heftige Wut oder hat Schwierigkeiten, seine/ihre Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernder Ärger, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
  - (9) Der/die Betreffende hat vorübergehende, mit Stress verbundene paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.
- 

*Quelle:* Nachgedruckt aus American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revision. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000. Copyright 2000, American Psychiatric Association. Verwendung mit Genehmigung.

Kernbergs Konzept der Borderline-Persönlichkeitsorganisation unterscheidet sich von den phänomenologischen Kriterien, anhand welcher eine bestimmte Persönlichkeitsstörung identifiziert wird. Mit anderen Worten, der Begriff umfasst viele verschiedene Persönlichkeitsstörungen. Seiner Ansicht nach haben beispielsweise Patienten mit narzisstischen, antisozialen, schizoiden, paranoiden, infantilen und zykllothymen Persönlichkeitsstörungen alle eine Borderline-Persönlichkeitsorganisation.

Bei Achse II-Diagnosen fehlt es im Allgemeinen an Gültigkeit durch Unterscheidung, da für einen Patienten, bei dem eine bestimmte Persönlichkeitsstörung festgestellt wird, gegebenenfalls weitere vier bis sechs Achse II-Diagnosen gestellt werden (Oldham et al. 1992). Diese Überlappung ist bei Cluster B-Persönlichkeitsstörungen besonders häufig, bei denen viele Patienten Merkmale aufweisen, die zu zwei oder mehr Erkrankungen des Clusters gehören. Um ein konzeptionelles Durcheinander zu vermeiden (und weil verwandte Erkrankungen wie paranoide, schizoide, narzisstische, antisoziale und histrionische Persönlichkeitsstörungen in anderen Kapiteln dieses Buches besprochen werden), beschränkt sich dieses Kapitel auf Patienten mit den Borderlinemerkmale nach DSM IV TR (American Psychiatric Association 2000) (Tabelle 15-3).

## Demografische Merkmale und Krankheitsverlauf

---

Epidemiologische Studien in den Vereinigten Staaten und Norwegen lassen darauf schließen, dass die Häufigkeit der BPD in der Bevölkerung zwischen 0,7 % und 0,8 % liegt (Swartz et al. 1990; Torgersen et al. 2001). In Klinikpopulationen liegt die Häufigkeit zwischen 15 % und 25 % (Gunderson and Zanarini 1987). In fast allen Stichproben wurde die Diagnose BPD bei Frauen häufiger gestellt, sodass 71–73 % aller Stichproben aus Frauen bestehen (Widiger and Weissman 1991). Männliche Borderline-Patienten zeigen häufig eine Symptomatik, die ein etwas anderes klinisches Bild ergibt als bei der typischen BPD-Patientin. Zlotnick et al. (2002) beurteilten 130 ambulante Patienten mit BPD nach verschiedenen Störungen im Zusammenhang mit Impulsen bestimmter Lebensabschnitte. Bei Männern mit BPD sind Drogenmissbrauchsstörungen und die Erfüllung der Kriterien der antisozialen Persönlichkeitsstörung wahrscheinlicher. Frauen mit BPD leiden mit größerer Wahrscheinlichkeit unter Essstörungen. Deshalb werden Männer mit BPD oft als antisozial und nicht als Borderline-Patienten eingestuft.

Es gibt zahlreiche Studien zum langfristigen Verlauf der BPD, doch alle sind mit verschiedenen methodologischen Problemen behaftet (Bateman and Fonagy 2004b; Skodol et al. 2002; Zanarini et al. 2003). Ein Teil der Schwierigkeiten bei der Bestimmung des tatsächlichen Verlaufs rührt daher, dass Stichproben

**TABELLE 15-4.** Prognostische Faktoren bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Schlechte Prognose	Gute Prognose
Brutalität der Eltern / Inzest (Stone 1990)	Hoher IQ (McGlashan 1985; Stone 1990)
Größere affektive Instabilität (McGlashan 1992)	Fehlen eines narzisstischen Anrechts (Plakun 1991)
Magisches Denken (McGlashan 1992)	Keine Scheidung der Eltern (Plakun 1991)
Impulsivität und Drogenmissbrauch (Links et al. 1993)	
Komorbide schizotypische, antisoziale oder paranoide Merkmale (Links et al. 1998; McGlashan 1986; Stone 1993)	
Vorhandene Psychopathologie der Mutter (Paris et al. 1988)	
Familiäre Anamnese für Geisteskrankheiten (Paris et al. 1988)	

unbehandelter Borderline-Patienten schwer zu finden sind. Menschen mit BPD suchen die Behandlung. Deshalb sind die Studien, in denen der langfristige Verlauf der Krankheit ermittelt werden soll, meist durch stationäre Aufenthalte, Behandlungen in Tageskliniken und ambulante Behandlungen unterschiedlichen Ausmaßes verfälscht. Trotz dieser Mängel gibt es ermutigende Ergebnisse. Obwohl die festgefahrene Psychopathologie in den frühen Phasen der Behandlung viele Kliniker entmutigt, deuten die meisten Forschungsergebnisse darauf hin, dass die langfristigen Ergebnisse besser sind als bei der Mehrzahl der schweren psychiatrischen Störungen. In vier der älteren Studien, die mit der retrospektiven Beurteilung arbeiten (McGlashan 1986; Paris et al. 1987; Plakun et al. 1985; Stone et al. 1987), ging es zwei Drittel bis drei Viertel der Patienten im zweiten Jahrzehnt der Nachbehandlung einigermaßen gut, sie waren in der Lage, selbstständig zu leben und erfüllten die Kriterien der BPD nicht mehr. Andererseits begingen 3–10 % der Patienten dieser Studien Selbstmord, was zeigt, dass Selbstmordversuche nicht als reine Gesten abgetan werden sollten.

Prospektive Studien (Karterud et al. 1992; Mehlum et al. 1991; Najavits and Gunderson 1995; Skodol et al. 2002; Zanarini et al. 2003) weisen ebenfalls positive Ergebnisse aus, jedoch innerhalb viel kürzerer Zeit. In einer sechsjährigen prospektiven Beobachtungsstudie stellten Zanarini et al. (2003)

fest, dass 73,5 % von 290 Patienten mit BPD am Ende der 6 Jahre die Kriterien für eine Remission erfüllten. Nur 6 % der remittierten Patienten hatten Rückfälle, was darauf schließen lässt, dass die Verbesserungen hinsichtlich der Funktionen relativ stabil sind. Von besonderem Interesse ist, dass diese Patienten zunächst stationär behandelt worden waren, die Stichprobe also aus schwereren Fällen des Borderlinespektrums bestand. Selbstmord begingen nur 11 Patienten. Die Forscher kamen zu dem Schluss, dass sich die Symptome in zwei große Kategorien gliedern. Zur ersten gehören quasipsychotisches Denken, Selbstmordversuche, Selbstverstümmelung und Regressionen während der Behandlung, die alle in einer relativ frühen Phase beseitigt werden konnten. Die übrigen Symptome blieben im Verlauf der 6 Jahre bestehen und persistieren möglicherweise auf unbestimmte Zeit. Zu diesen gehören die dauerhafteren oder wesensbasierten Symptome wie Gefühle von Wut und Leere, Schwierigkeiten, das Alleinsein zu ertragen, und Angst, verlassen zu werden.

Da BPD ein heterogener Begriff ist, haben manche Patienten mit dieser Diagnose deutliche Stärken, die zu einer besseren Prognose führen, während andere nur schlechte Ergebnisse zu erwarten haben. Eine Übersicht über die begrenzte Literatur zur Prognose enthält Tabelle 15-4.

## Psychodynamisches Verständnis und Ätiologie

---

### Frühe psychoanalytische Formulierungen

Kernberg (1975) verknüpfte die Ätiologie und die Pathogenese der BPD mit Margaret Mahlers Entwicklungsschema (Mahler et al. 1975), wie in Kapitel 2 beschrieben. Er nahm die wiederannähernde Subphase, im Alter von etwa 16 bis 24 Monaten, als chronologischen Ort einer Entwicklungskrise ins Visier. In diesem Stadium beunruhigt es das Kind, dass seine Mutter verschwinden könnte, und es verzweifelt, wenn es nicht weiß, wo sie ist. Aufgrund dieser Sicht der Entwicklung vermutete Kernberg, dass Borderline-Patienten wiederholt eine frühkindliche Krise durchleben, in der sie befürchten, dass Versuche, sich von der Mutter zu trennen, dazu führen, dass sie verschwindet und sie selbst verlassen werden. Deshalb haben sie Schwierigkeiten, das Alleinsein zu ertragen, und haben ständig Angst, dass andere sie verlassen könnten.

Eine zweite Komponente dieser Sackgasse der Entwicklung ist eine fehlende Objekt Konstanz, durch die der Patient unfähig ist, gute und schlechte Aspekte seiner selbst und anderer zu integrieren. Das Ergebnis ist ein Zustand, den Kernberg (1966) anhand der Dominanz negativer Introjekte charakterisiert hat. Selbst und Objektrepräsentationen werden gleichermaßen in „nur gut“ und „nur schlecht“ aufgespalten, damit die Kräfte des Hasses und der Zerstörungswut die guten oder liebevollen Gefühle nicht zerstören.

Die Formulierung von Masterson and Rinsley (1975) konzentrierte sich auch auf die Subphase der Wiederannäherung der Separation-Individuation. Sie bestritten jedoch, dass die Mütter von Borderline-Patienten diesen klar zu verstehen gegeben hätten, dass sie ihnen, wenn sie sich von ihnen trennten, ihre Liebe entziehen würden, und so eine „Verlassenheitsdepression“ ausgelöst hätten. Adler (1985) hingegen betrachtete die Borderlinepsychopathologie anhand eines Defizit oder „Unzulänglichkeitsmodells“. Seiner Ansicht nach führt inkonsequente oder unzuverlässige mütterliche Fürsorge dazu, dass der Borderline-Patient nicht in der Lage ist, ein „Halt gebendes, beruhigendes inneres Objekt“ zu entwickeln. Unter dem Einfluss von Kohuts Theorien zur Selbstpsychologie (siehe Kapitel 2) verstand Adler den Borderline-Patienten als jemanden, der in externen Figuren nach Selbstobjektfunktionen sucht, weil er keine bindenden Introjekte hat. Er betonte die Unfähigkeit der Patienten zur „plastischen Erinnerung“, durch die sich das Kind bei physischer Abwesenheit der Mutter mit einem beruhigenden Bild einer Mutterfigur behelfen kann.

## Empirische Erkenntnisse

Die Literatur über empirische Forschungen hat alle psychodynamischen Modelle bis zu einem gewissen Grad in Frage gestellt. So wurde beispielsweise das in der Masterson-Rinsley-Formulierung beschriebene übermäßige Engagement der Mutter in einer Reihe von Studien (Frank and Hoffman 1986; Frank and Paris 1981; Goldberg et al. 1985; Gunderson et al. 1980; Paris and Frank 1989; Paris and Zweig Frank 1992; Soloff and Millward 1983; Zweig Frank and Paris 1991) in Frage gestellt, die übereinstimmend drei allgemeine Schlussfolgerungen zogen: 1. Borderline-Patienten betrachten die Beziehung zu ihrer Mutter im Allgemeinen als distanziert, äußerst konfliktreich oder unengagiert; 2. ein noch wichtigeres Unterscheidungsmerkmal der Herkunftsfamilien als die Beziehung zur Mutter ist die Abwesenheit des Vaters; und 3. ein gestörtes Verhältnis sowohl zur Mutter als auch zum Vater hat hinsichtlich der BPD möglicherweise eine stärkere pathogene Wirkung und ist möglicherweise charakteristischer als ein gestörtes Verhältnis zu nur einem Elternteil.

Diese Erkenntnisse deuten darauf hin, dass Vernachlässigung als ätiologischer Faktor möglicherweise von größerer Bedeutung ist als übermäßiges Engagement. Eine elegant angelegte prospektive Studie (Johnson et al. 1999) ergab, dass Vernachlässigung in der Kindheit eine Zunahme der Symptome der BPD sowie der mehrerer anderer Persönlichkeitsstörungen verursacht.

Psychodynamische Theorien, die die Bedeutung von Trennung und Verlassen-Werden betonen, wurden teilweise durch Studien zur Prävalenz früher Trennungen und Verluste in der Kindheitsgeschichte von Patienten mit BPD (Akiskal et al. 1985; Links et al. 1988; Walsh 1977; Zanarini et al. 1989a) bestätigt. In einer Studie (Zanarini and Frankenburg 1997) über einen Vergleich zwischen Borderline-



Patienten und solchen, bei denen andere Achse II-Erkrankungen diagnostiziert wurden, sowie psychotischen Patienten und Patienten mit affektiven Störungen hat sich gezeigt, dass der Anteil früher Verluste und Trennungen bei BPD-Patienten deutlich höher ist. Die Werte lagen zwischen 37 % und 64 % und waren hinsichtlich der BPD äußerst signifikant (Zanarini and Frankenburg 1997).

In den frühen psychodynamischen Modellen wurde die Rolle, die Kindheitstraumata in der Ätiologie und der Pathogenese der BPD spielen, grob unterschätzt. Inzwischen gibt es eine Vielzahl empirischer Belege für die Annahme, dass Missbrauch in der Kindheit ein wesentlicher Faktor der Ätiologie der Störung ist (Baker et al. 1992; Gunderson and Sabo 1993; Herman et al. 1989; Ogata et al. 1990; Swartz et al. 1990; Walsh 1977; Westen et al. 1990; Zanarini et al. 1989b, 1997). Bei etwa 60 % der Borderline-Patienten scheint sexueller Missbrauch in der Kindheit ein wichtiger ätiologischer Faktor zu sein. Kontrollpatienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen oder Depressionen berichten seltener über sexuellen Missbrauch als Borderline-Patienten, bei körperlicher Misshandlung dagegen ist die Prävalenz mehr oder weniger identisch. Bei etwa 25 % der Borderline-Patienten hat ein Eltern-Kind-Inzest stattgefunden. Andererseits ist sexueller Missbrauch weder eine notwendige noch eine ausreichende Voraussetzung für die Entstehung der BPD, außerdem scheinen auch andere frühere Erfahrungen wie Vernachlässigung durch Betreuer beiderlei Geschlechts und chaotische oder unbeständige häusliche Verhältnisse wichtige Risikofaktoren zu sein (Zanarini et al. 1997). Diese Sichtweise wurde durch eine prospektive Studie von Johnson et al. (1999) bestätigt, in der Borderlinesymptome mit sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit, nicht jedoch mit körperlicher Misshandlung in Verbindung gebracht wurden.

In verhältnismäßig wenigen Studien wurde versucht, festzustellen, ob Misshandlung in der Kindheit ein spezifischer Faktor der BPD ist oder für die Pathogenese aller Achse II-Erkrankungen eine Rolle spielt. In einer Verlaufsstudie über Persönlichkeitsstörungen (Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study) (Battle et. al 2004) untersuchten die Forscher die Kindheitsgeschichte von 600 Erwachsenen mit Persönlichkeitsstörungen und kamen zu folgenden drei Hauptfeststellungen: 1. Ein hoher Prozentsatz der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen berichtete über Vernachlässigung oder Misshandlung während des Heranwachsens (73 % berichteten über Misshandlung, 82 % über Vernachlässigung in der Kindheit); 2. wenn gleichzeitig mehrere Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen ausgewertet wurden, war BPD die Achse II-Diagnose, die am häufigsten mit Misshandlungen in der Kindheit verbunden war; und 3. eine erhöhte Häufigkeit von Misshandlungen kann auch bei zwei anderen Gruppen mit Persönlichkeitsstörungen – bei zwanghaften und antisozialen Patienten – vorkommen. Obwohl es sich um eine retrospektive Studie handelt, bestätigt sie die Annahme, dass Misshandlung in der Kindheit eine Rolle bei der Entstehung der BPD spielt. Die Ergebnisse zeigen jedoch auch, dass nicht alle

Patienten mit BPD über Erfahrungen von Vernachlässigung und Missbrauch in der Kindheit berichten.

Erfahrungen von Missbrauch und Vernachlässigung sind gewöhnlich mit problematischen Bindungsmustern verbunden. Bateman and Fonagy (2004a, 2004b) haben ein aus der Bindungstheorie abgeleitetes Modell entwickelt, das auf der Mentalisierung basiert. Wie in Kapitel 2 dargelegt, postuliert die Bindungstheorie vier Kategorien der Bindung zwischen Betreuer und Kind: 1. sicher / autonom, 2. unsicher / abweisend, 3. besorgt und 4. unentschlossen / unorganisiert. Eng verbunden mit diesen unsicheren Arten der Bindung ist die mangelnde Fähigkeit der Mentalisierung. Insbesondere haben viele Borderline-Patienten große Schwierigkeiten, zu verstehen und zu erkennen, dass wahrgenommene Zustände der eigenen Person und anderer fehlbar und subjektiv und Repräsentationen der Wirklichkeit sind, die jeweils nur eine von vielen möglichen Sichtweisen darstellen. Mentalisierung ist insofern ein Merkmal des impliziten prozeduralen Gedächtnisses, als es im Kontext einer sicheren Bindung an einen Betreuer entsteht, der dem Kind mentale Zustände zuschreibt, das Kind als jemanden betrachtet, der eine Wirkung hat, und dem Kind hilft, innere Arbeitsmodelle zu schaffen. Mit anderen Worten, wir deuten den Gesichtsausdruck des anderen automatisch und wissen ohne größere bewusste Anstrengungen zur Entschlüsselung der Bedeutung des Gesichtsausdrucks, wie sich der Betreffende fühlt.

Ohne eine sichere Bindung haben Kinder Schwierigkeiten, ihren eigenen mentalen Zustand und den anderer zu erkennen. Ein Betreuer mit einer sicheren Bindung gibt diese sichere Bindung und die Fähigkeit der Mentalisierung an das Kind weiter. Forschungen haben einen Zusammenhang zwischen BPD und besorgten bzw. unentschlossenen / unorganisierten Bindungen festgestellt (Alexander et al. 1998; Allen 2001; Patrick et al. 1994; Stalker and Davies 1995). Das Misslingen der Bewältigung von Traumata scheint BPD-Patienten von anderen zu unterscheiden. Frühkindliche Traumata führen beim Opfer zum defensiven Rückzug aus der mentalen Welt. Somit werden manche BPD-Patienten, die schwere Traumata erlitten haben, mit dem Missbrauch fertig, indem sie Reflexionen über die Gedanken des Betreuers vermeiden, was die Bewältigung der Missbrauchserfahrungen verhindert (Fonagy 2001). Eine Patientin, deren Mutter gedroht hatte, ihr die Hände abzuschneiden, als sie Unordnung gemacht hatte, sagte, sie habe aufgehört, darüber nachzudenken, warum ihre Mutter sie angeschrien hat, weil sie befürchte, dass ihre Mutter sie hasst und als Monster betrachtet.

Fonagy et al. (1996) untersuchten eine Gruppe überwiegend weiblicher stationärer Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. Unter Anwendung einer Reflective-Functioning-Scale (Fonagy et al. 1997), die zur Messung der Mentalisierungsfähigkeit entwickelt wurde, konnten sie diese Dimension quantifizieren. 97 % der Patienten, die missbraucht worden waren und eine niedrige Reflexionsfunktion hatten, erfüllten die Kriterien der BPD. Demgegenüber erfüllten

nur 17 % derer, die über Missbrauch berichteten und eine hohe Reflexionsfunktion aufwiesen, die Kriterien der BPD. Somit konnten Patienten, die zur Mentalisierung fähig waren, die Gedanken des Betreuers verstehen und dadurch das Geschehene verarbeiten, um so das Trauma zu bewältigen. Diejenigen hingegen, die mit dem Missbrauch fertig wurden, indem sie sich weigerten, darüber nachzudenken, was im Kopf des Betreuers vorging, konnten nicht mentalisieren und die Missbrauchserfahrung somit nicht bewältigen.

Bei einer normalen Entwicklung ist die Mentalisierung eine psychologische Leistung. Kinder unter 3 Jahren operieren in erster Linie im Äquivalenzmodus (Fonagy 2001). In diesem Modus nimmt das Kind an, dass die Wahrnehmung der Realität mit der Realität selbst identisch ist. Etwa im Alter von 4 oder 5 Jahren beginnt das Kind, den Als-ob-Modus und den Äquivalenzmodus zu integrieren. Ein 5- oder 6-jähriges Kind versteht bereits, dass Wahrnehmungen durch subjektive Faktoren beeinflusst werden. Das ermöglicht das Phänomen des Spiels, in dem Kinder vorgeben können, jemand anderer zu sein, als sie sind. Patienten mit BPD können oft nur sehr schwer zwischen dem Äquivalenzmodus und dem Als-ob-Modus wechseln.

Die Organisation des Selbst basiert größtenteils auf der Fähigkeit, sich selbst und andere als mentale Wirkfaktoren wahrzunehmen (Bateman and Fonagy 2004a). Im Laufe seiner Entwicklung steht das Kind bezüglich der Schaffung von Repräsentationen für innere Zustände unter großem Druck. Kinder sehen sich normalerweise mit den Augen ihrer Mutter oder ihres Betreuers, da die Bezugsperson ihnen zeigt, was sie von ihnen denkt. Wenn Eltern oder Betreuer nicht in der Lage sind, diese Art der Erfahrung zu bieten, wird ein furchterregender oder ängstlicher Betreuer in die Selbststruktur des Kindes internalisiert (Fonagy and Target 2000). Dadurch enthält die Selbstrepräsentation des Kindes eine feindliche oder „fremde“ Repräsentation. Es wächst dann mit dem Bedürfnis auf, das fremde Selbst zu externalisieren, damit ein anderer Verstand diese unangenehmen Attribute kontrolliert. Dieser Mechanismus ist eine der Erklärungen dafür, dass Borderline-Patienten wiederholt Beziehungen eingehen, in denen sie sich von anderen viktimisiert fühlen, die sie als Verfolger erleben. Über den Prozess der projektiven Identifikation kann ein Patient beispielsweise auch den Psychotherapeuten oder eine andere bedeutende Person dazu bringen, die Merkmale des „fremden Selbst“ oder des „schlechten Objekts“ anzunehmen.

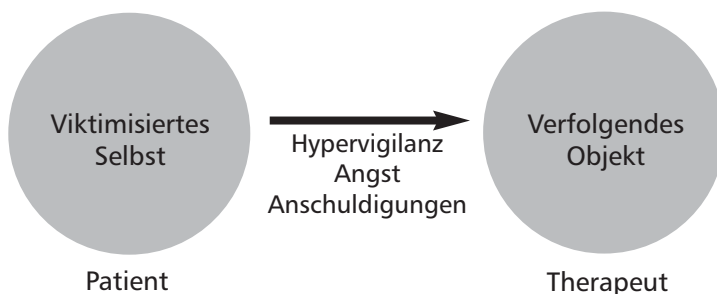
## Erkenntnisse der Neurobiologie

Eine Folge traumatischer Interaktionen mit Eltern oder Betreuern kann eine ständige Hypervigilanz sein, da Borderline-Patienten ihre Umgebung daraufhin überprüfen müssen, ob andere ihnen gegenüber nicht eventuell böse Absichten hegen. Neurobiologische Forschungsergebnisse bestätigen diese

Folgeerscheinungen von Traumata in der Entwicklung. Rinne et al. (2002a) führten eine Studie mit 39 BPD-Patientinnen, denen eine Kombination aus Dexamethason und Corticotropin-Releasing-Hormon (CRH) verabreicht wurde, und einer Kontrollgruppe aus 11 gesunden Personen durch. Vierundzwanzig Frauen hatten eine Vorgeschichte von dauerhaftem Missbrauch in der Kindheit. Die Ergebnisse zeigten, dass die chronisch missbrauchten Probanden auf die Dexamethason / CRH-Provokation mit deutlich höheren Werten für das adrenocorticotrope Hormon (ACTH) und Cortisol reagierten als nicht missbrauchte. Die Autoren der Studie schlossen daraus, dass eine Vorgeschichte andauernden Missbrauchs in der Kindheit mit einer verstärkten ACTH-Freisetzung einhergeht. Ihre Erkenntnisse deuten darauf hin, dass diese physiologische Hyperreaktivität für eine Untergruppe der Borderline-Patienten charakteristisch ist, jedoch nicht für alle. Ein andauernder Missbrauch in der Kindheit scheint die Sensibilität der CRH-Rezeptoren zu erhöhen.

Die bekannte Hyperreaktivität der HPA-Achse (der hormonellen Achse vom Hypothalamus über die Hypophyse bis zur Nebennierenrinde) passt gut zu unserer Sicht des Musters der inneren Objektbeziehungen im Falle der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Da wir wissen, dass innere Objektbeziehungen aus Bausteinen von Selbstrepräsentationen, Objektrepräsentationen und Affekten, die diese beiden verbinden, entstehen, können wir daraus folgern, dass ein ängstlicher und hypervigilanter Affektzustand mit der Wahrnehmung anderer als Verfolger und des Selbst als viktimisiert verbunden ist (Abbildung 15 1).

Eine Funktion der Amygdala besteht darin, die Vigilanz zu erhöhen und dem Individuum die Bewertung des Potenzials an neuen oder mehrdeutigen Situationen zu erleichtern (Donegan et al. 2003). In einer auf der funktionellen Magnetresonanztomografie (fMRI) basierenden Studie (Herpertz et al. 2001) wurden 6 BPD-Patientinnen mit 6 Kontrollpatientinnen verglichen. Das wichtigste Ergebnis der Studie war, dass die Amygdala auf beiden Seiten des



**ABBILDUNG 15-1.** Eine innere Objektbeziehung, die mit einer Hyperreaktivität HPA-Achse (der hormonellen Achse Hypothalamus über die Hypophyse bis zur Nebennierenrinde) einhergeht.

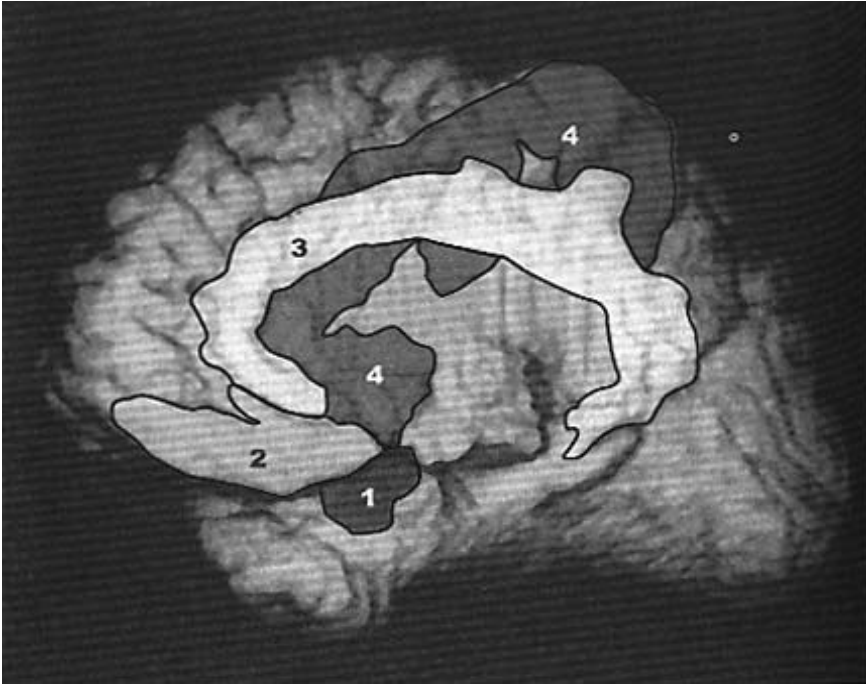
Gehirns der Borderline-Patientinnen im Vergleich zu der der Kontrollpatientinnen eine erhöhte Aktivität zeigte. Die Forscher schlossen daraus, dass der sensorische Kortex bei Borderline-Patienten möglicherweise durch die Amygdala reguliert wird, was zu einer gesteigerten Aufmerksamkeit bezüglich emotional relevanter Stimuli in der Umgebung führt.

In zwei verschiedenen Studien (Donegan et al. 2003; Wagner and Linehan 1999) wurde verglichen, wie Borderline-Patienten im Vergleich zu Kontrollprobanden auf die übliche Darbietung von Gesichtern reagieren. In einer der Studien (Donegan et al. 2003) zeigten Borderline-Patienten bei emotionalen Gesichtsausdrücken eine deutlich höhere Aktivität der linken Amygdala als gesunde Kontrollprobanden. Von noch größerer Bedeutung war jedoch, dass Borderline-Patienten – im Gegensatz zu gesunden Probanden – neutralen Gesichtern negative Eigenschaften zuschrieben. Ausdruckslose Gesichter wurden als bedrohlich und nicht vertrauenswürdig beschrieben, und den dazugehörigen Personen wurde zugetraut, dass sie möglicherweise etwas Ruchloses planten. Bei der Prädisposition, auf relativ gütige Gesichtsausdrücke mit Hypervigilanz und übermäßig stark zu reagieren, spielt möglicherweise eine hyperaktive Amygdala eine Rolle. Diese Missinterpretation neutraler Gesichtsausdrücke hängt eindeutig mit Missinterpretationen in der Übertragung zusammen, wie sie bei der Psychotherapie von Borderline-Patienten vorkommen.

Studien, bei denen Borderline-Patienten und Kontrollprobanden mit bildgebenden Magnetresonananzverfahren untersucht wurden, haben gezeigt, dass das Volumen des Hippocampus und der Amygdala bei BPD-Patienten geringer ist als bei der Kontrollgruppe (Driessen et al. 2000; Schmahl et al. 2003a; van Elst et al. 2003). Obwohl die Rolle von Traumata hinsichtlich der Verringerung des Hippocampusvolumens in vielen Studien festgestellt wurde, ist der Zusammenhang zwischen frühen Traumata und dem verringerten Volumen der Amygdala unklar. In zwei Studien (Lyoo et al. 1998; van Elst et al. 2003) wurden auch Verringerungen des Volumens des Frontal und des Orbitofrontallappens beobachtet. Diese Ergebnisse liefern eine mögliche Erklärung. Die Schwächung der präfrontalen Inhibition kann zur Hyperaktivität der Amygdala beitragen (siehe Abbildung 15 2).

Von besonderem Interesse in der Studie von van Elst et al. (2003) war, dass das Volumen des linken Orbitofrontallappens signifikant mit dem Volumen der Amygdala korrelierte. Die Verringerung des Hippocampusvolumens kann mit den Schwierigkeiten zusammenhängen, die Borderline-Patienten bei der Beurteilung dessen haben, ob aktuelle Beziehungen Parallelen zu früheren aufweisen oder nicht, sowie dabei, aus den Erfahrungen im Zusammenhang mit diesen früheren Beziehungen zu lernen.

Der zentrale Charakter der Trennungsangst und der Beschäftigung mit dem Verlassen-Werden bei Borderline-Patienten wurde auch unter Anwendung der Positronenemissionstomografie untersucht. Schmahl et al. (2003b) untersuchten den Blutstrom im Gehirn von 20 Frauen mit einer Vorgeschichte sexuellen



**ABBILDUNG 15-2.** Nähe der Amygdala zum präfrontalen Kortex

Mediale Sicht der rechten Gehirnhälfte: 1: Amygdala; 2: ventromedialer (orbitaler) präfrontaler Kortex; 3: cingulärer Kortex; 4: somatosensorische Kortizes. Nachgedruckt aus: Schore, A. N.: *Affect Regulation and the Repair of the Self*. New York, WW Norton 2003. Copyright 2003, Allan N. Schore. Verwendung mit Genehmigung.

Missbrauchs in der Kindheit, während diese Texte über neutrale Ereignisse und Fälle von persönlichem Verlassen-Werden hörten. Dann wurden die Reaktionen der Patienten mit BPD mit denen der Personen ohne BPD verglichen. Die Ergebnisse ließen eine Dysfunktion des medialen und des dorsolateralen präfrontalen Kortex, einschließlich des vorderen cingulären Kortex, des linken temporalen Kortex und des assoziativen visuellen Kortex, bei BPD-Patienten vermuten. Wenn Frauen mit BPD durch auf sie zugeschnittene Texte an das Verlassen-Werden erinnert wurden, war eine erhöhte Aktivität in denselben Hirnarealen zu beobachten wie bei Rhesusaffen, nachdem man sie von ihren Müttern getrennt hatte. Deshalb stellten die Forscher die These auf, dass der durch die Trennung von der Mutter verursachte Stress dieselben Hirnregionen aktiviert wie die Erinnerung an das Verlassen-Werden bei diesen Patienten. Da der mediale präfrontale Kortex inhibitorische Verbindungen zur Amygdala hat und eine Rolle bei der Unterbindung der Angstreaktion spielt, besteht eine andere Möglichkeit darin, dass dieses Muster ein Zeichen für die Unfähigkeit ist, die Erzeugung negativer Gefühle durch die Amygdala abzustellen.

Es wurden auch neurale Ursachen für die Abspaltung vermutet. Möglicherweise führen frühe Traumata zur Lateralisierung der Gehirnhälften und wirken sich nachteilig auf die Integration der rechten und der linken Gehirnhälfte aus. Bei 10 Personen mit Traumata in der Kindheit und bei 10 Vergleichspersonen ohne eine solche Vorgeschichte wurde die durch auditorische Reize hervorgerufene Abschwächung als Index der Aktivität der Gehirnhälften gemessen, während sie zunächst eine neutrale und dann eine traumatische Erinnerung wachriefen (Schiffer et al. 1995). Missbrauchte Kinder benutzten bei neutralen Erinnerungen die linke und bei furchterregenden Erinnerungen die rechte Gehirnhälfte. Die Vergleichsgruppe benutzte beide Seiten unabhängig vom Inhalt der Erinnerung im gleichen Maße. Ein Zeichen für diese fehlende Integration der Gehirnhälften kommt bei BPD-Patienten möglicherweise in der Abspaltung zum Ausdruck, die sie als wichtigen Abwehrmechanismus einsetzen.

Studien mit bildgebenden Verfahren deuten darauf hin, dass bei der Mentalisierung mehrere Gehirnstrukturen zusammenarbeiten (Baron Cohen et al. 1999; Calarge et al. 2003; Frith and Frith 1999; Gallagher et al. 2000; Goel et al. 1995). Bei den meisten dieser Studien wurden die Probanden gebeten, mentale Aktivitäten auszuführen, bei denen das Verstehen der inneren Welt einer anderen Person eine Rolle spielt. Calarge et al. (2003) zum Beispiel baten 13 gesunde Freiwillige, sich in einen anderen Menschen hineinzuversetzen und ihm einen Gemütszustand zuzuschreiben, indem sie einen weinenden Fremden beschrieben, den sie zufällig auf einer Parkbank getroffen hatten. Die Verfasser der Studie stellten fest, dass diese Fähigkeiten für die psychodynamische Psychotherapie benötigt werden. Wie bei anderen Studien wurde auch hier die mediale Frontalregion aktiviert, wenn die Probanden anderen Gemütszustände zuschrieben. Eine der wichtigsten Erkenntnisse war, dass bei dieser Aufgabe das Kleinhirn am stärksten aktiviert wurde. Wie Frith and Frith (1999) waren auch diese Forscher der Ansicht, man solle von einem System oder Netzwerk einer „theory of mind“ ausgehen, das weit verzweigt ist und aus interaktiven Schnittstellen besteht, die sich wahrscheinlich in den medialen Frontalregionen, im Sulcus temporalis superior, in der unteren Frontalregion und im Kleinhirn befinden.

Viele der neurobiologischen Korrelate der BPD scheinen mit Traumata zusammenzuhängen, einige dieser Faktoren können jedoch auch aus genetischen, pränatalen oder postnatalen Einflüssen resultieren. In ätiologischen Studien wird stets festgestellt, dass nicht alle Borderline-Patienten Traumata und Vernachlässigung erlebt haben. Deshalb muss man davon ausgehen, dass jede Ätiologie multifaktoriell ist. Es gibt kaum genetische Daten für die BPD, die einzige Zwillingsstudie, die auf DSM IV-Kriterien (Kriterien der American Psychiatric Association, 1994) basiert, lässt darauf schließen, dass genetische Faktoren eine Rolle spielen (Torgersen et al. 2000). Eineiige Zwillinge wiesen für BPD eine Konkordanz von 35 % auf, zweieiige dagegen nur eine Konkordanz von 7 %. Es dürfte zweckdienlicher sein, sich auf eine Reihe erblicher Merkmale wie



emotionale Dysregulation zu konzentrieren als zu versuchen, die unmittelbare Erbllichkeit einer bestimmten Persönlichkeitsstörung nachzuweisen (Skodol et al. 2002). Borderline-Patienten sind heterogen, was darauf hindeutet, dass BPD von vielfältigen genetischen Dimensionen beeinflusst wird, die zu leicht unterschiedlichen Phänotypen führen können.

Cloninger et al. (1993) haben ein psychobiologisches Persönlichkeitsmodell mit vier Temperamentsdimensionen und drei Charakterdimensionen entwickelt. Nach diesem Modell können etwa 50 % der Persönlichkeit dem Temperament zugeschrieben werden, das stark durch genetische Variablen beeinflusst wird, und 50 % dem Charakter, den überwiegend Umweltvariablen bestimmen (Abbildung 15.3).

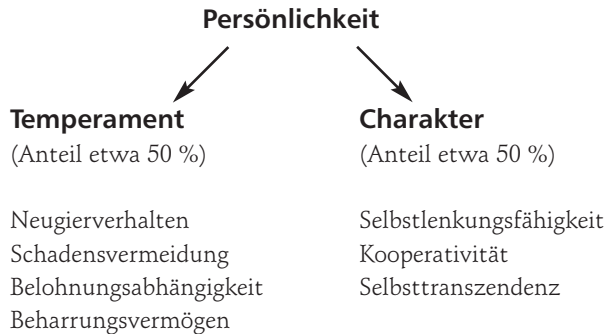
Die vier Dimensionen des Temperaments sind: 1. Neugierverhalten, das sich durch häufige explorative Aktivitäten als Reaktion auf Neues, impulsive Entscheidungsfindung, Extravaganz im Umgang mit Signalen und Belohnung, schnelles Verlieren der Beherrschung und aktive Vermeidung von Frustration auszeichnet; 2. Schadensvermeidung, mit pessimistischer Sorge um die Zukunft, vermeidendem Verhalten wie Angst vor Ungewissheit und Schüchternheit gegenüber Fremden und schneller Ermüdbarkeit; 3. Belohnungsabhängigkeit, gekennzeichnet durch Sentimentalität, soziale Bindung und Abhängigkeit von der Zustimmung anderer; 4. Beharrungsvermögen, das die Fähigkeit zur Ausdauer trotz Frustration und Müdigkeit bezeichnet.

Die drei Charakterdimensionen werden durch familiäre und soziale Einflüsse, intrapsychische Fantasie, Traumata und Stressfaktoren in der Umgebung geformt. Selbstlenkungsfähigkeit bedeutet, Verantwortung für die eigenen Entscheidungen zu übernehmen, statt anderen die Schuld zu geben, sich selbst zu akzeptieren, Einfallsreichtum und die Bestimmung von Lebenszielen und dem Sinn des Lebens. Kooperativität ist ein Maß der Objektbezogenheit und beruht auf Dimensionen wie Empathie, Hilfsbereitschaft, Mitgefühl und sozialer Akzeptanz. Selbsttranszendenz bezeichnet die spirituelle Akzeptanz und die transpersonelle Identifikation des Individuums und altruistisches Engagement.

Cloninger et al. (1993) haben festgestellt, dass die Charakterdimensionen Selbstlenkungsfähigkeit und Kooperativität entscheidende Faktoren bei der Diagnose von Persönlichkeitsstörungen sind. Geringe Selbstlenkungsfähigkeit und geringe Kooperativität kommen gar als Merkmale aller Arten von Persönlichkeitsstörungen vor. Bestimmte Temperamentsmerkmale sind charakteristisch für bestimmte Arten von Persönlichkeitsstörungen. Cloninger und seine Kollegen haben berichtet, dass bei BPD-Patienten sowohl das Neugierverhalten als auch die Schadensvermeidung stark ausgeprägt ist. Mit anderen Worten, Borderline-Patienten sind impulsiv und ärgerlich und zugleich extrem ängstlich.

Das Cloninger-Modell geht von einer genetisch-biologischen Veranlagung aus, die durch bestimmte Umweltfaktoren verstärkt wird und so zu der





**ABBILDUNG 15-3.** Psychobiologisches Persönlichkeitsmodell.

*Quelle:* Nach Cloninger et al. 1993.

Kombination von geringer Selbstlenkungsfähigkeit und geringer Kooperativität führt, gepaart mit einem durch hohe Schadensvermeidung und ausgeprägtem Neugierverhalten gekennzeichneten Temperament. Figueroa and Silk (1997) haben ein ähnliches Modell vorgeschlagen, in dem die Auswirkungen von Traumata in Wechselwirkung mit einer vorhandenen Prädisposition zu serotonergischer Dysfunktion treten. Ihre Hypothese beruht zum Teil auf der Beobachtung, dass Borderline-Patienten eine deutlich verringerte serotonergische Aktivität aufweisen. Da Serotonin inhibitorisch auf das Verhalten wirkt, könnte die Impulsivität von Borderline-Patienten zum Teil mit dieser veränderten serotonergischen Aktivität zusammenhängen (Coccaro and Kavoussi 1997; Coccaro et al. 1989; Siever and Davis 1991). Die gegenüber den niedrigeren Serotoninwerten zweitrangige erhöhte Verletzlichkeit wird durch die Auswirkungen von Traumata noch verstärkt, zu denen Veränderungen der Cortisol und der Katecholaminwerte gehören. Das hypersensible noradrenerge System, das zum einen mit dem Temperament und zum anderen mit der Hyperreaktivität infolge von Traumata zusammenhängt, führt zu selbstzerstörerischem Verhalten wie Selbstverstümmelung, das die dysphorischen und schmerzhaften Affekte verringern soll.

Einen weiteren Beleg für eine biologische Grundlage der BPD liefern Daten, die auf neurokognitive Defizite hindeuten. Androlonis (1991) hat festgestellt, dass ein beträchtlicher Anteil der Borderline-Patienten leichte Anzeichen neurologischer Probleme aufweist, so unter anderem Vorgeschichten mit Aufmerksamkeitsdefizit /Hyperaktivitätsstörung, Lernschwierigkeiten, schlechter Impulskontrolle und Verhaltensstörungen. Studien über neuropsychologische Beeinträchtigungen berichten, dass Borderline-Patienten deutlich mehr Anzeichen solcher Beeinträchtigungen aufweisen, einige davon jedoch geringfügig sein können und erst erkannt werden, wenn BPD-Patienten mit gesunden Kontrollpersonen verglichen werden (O'Leary and Cowdry 1994; O'Leary 2000; Swirsky Sacchetti et al. 1993; van Reekum et al. 1993). In

mindestens einer Studie wurde vor der Diagnose bei BPD-Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe auch eine deutlich höhere Prävalenz von Kopfverletzungen festgestellt (Streeter et al. 1995).

Diese Daten lassen darauf schließen, dass BPD eine multifaktorielle Ätiologie hat. Zanarini and Frankenburg (1997) vertreten die These, dass es drei gemeinsame Faktoren gibt. Der erste ist eine traumatische und chaotische häusliche Umgebung mit anhaltenden frühen Trennungen, Vernachlässigung, emotionaler Disharmonie in der Familie, Gefühllosigkeit gegenüber den Gefühlen und Bedürfnissen des Kindes und Traumata von unterschiedlicher Schwere. Der zweite ist eine biologisch angelegte Verletzlichkeit. Der dritte Faktor hängt mit auslösenden Ereignissen wie Versuchen, eine intime Beziehung einzugehen, Auszug von zu Hause oder einer Vergewaltigung oder anderen traumatischen Ereignissen zusammen, die jeweils Auslöser der Symptomatik der Borderline-Erkrankung sein können. Bestimmte genetisch angelegte Temperamentsmerkmale können die Wahrscheinlichkeit dafür erhöhen, dass negative Lebensereignisse eintreten, das heißt, bei der Entstehung der BPD besteht eine ständige Wechselwirkung zwischen Genen und Umwelt (Paris 1998). Das führt unter anderem zu der Schlussfolgerung, dass möglicherweise jeder Borderline-Patient eine einmalige Ätiologie aufweist, in der die ätiologischen Faktoren jeweils in unterschiedlichem Maße zum Tragen kommen.

Einige der einander widersprechenden Ansichten der psychodynamischen Theorien sind möglicherweise auf unterschiedliche Erfahrungen hinsichtlich der Entwicklung und unterschiedliche Populationen von Borderline-Patienten zurückzuführen. So kann es beispielsweise vorkommen, dass Patienten, die in ihrer frühen Kindheit Verluste oder Vernachlässigung erlebt haben, kein Halt gebendes, beruhigendes Introjekt nach Adler (1985) entwickeln können. Die Arbeit von Zweig Frank and Paris (1991) deutet darauf hin, dass Patienten, die in ihrer Kindheit übermäßiger Kontrolle (durch Mutter und Vater) ausgesetzt waren, eine Angst vor dem Verlassen-Werden entwickeln können, wie sie Masterson and Rinsley (1975) und Kernberg (1975) beschrieben haben. In kontrollierten Untersuchungen wurde außerdem eine hohe Korrelation zwischen Problemen bezüglich der Separation-Individuation und der Borderlinepsychopathologie nachgewiesen (Dolan et al. 1992).

## Behandlung

---

Obwohl es keine randomisierten kontrollierten Tests gibt, in denen die kombinierte Anwendung von Medikamenten und Psychotherapie mit der ausschließlichen Anwendung der Psychotherapie bei Borderline-Patienten verglichen wird, ist die Standardbehandlung bei der Mehrzahl der Borderline-Patienten heute die kombinierte Behandlung. Die Practice Guideline for the

Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder (2001) der American Psychiatric Association empfiehlt die Kombination von Psychotherapie und Medikamenten sogar als optimalen Behandlungsansatz.

## Pharmakotherapie

Die medikamentöse Behandlung ist zunehmend zu einem festen Bestandteil der Behandlung von BPD-Patienten geworden. Die Wirksamkeit der Mittel resultiert aus der Veränderung der grundlegenden Temperamentsmerkmale, der Beeinflussung bestimmter Symptome der Persönlichkeitsstörung oder der Behandlung komorbider Achse I-Erkrankungen (Gabbard 2000). Daher ist es ein geeignetes Prinzip für die Praxis, jeweils ein Symptom der BPD anzugehen und jeweils ein Medikament auszuprobieren, um dann festzustellen, ob es eine Besserung des betreffenden Symptoms bewirkt hat. Kliniker laufen stets Gefahr, aus Verzweiflung über die Gegenübertragung gegenüber dem Patienten zu viele Medikamente zu verschreiben, was so weit gehen kann, dass mehrere Mittel gleichzeitig ausprobiert werden, wodurch eine Beurteilung der Wirksamkeit der einzelnen Mittel nicht mehr möglich ist. Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) erfreuen sich zunehmender Beliebtheit als erste Medikamente. Vier verschiedene plazebokontrollierte Doppelblindstudien (Coccaro and Kavoussi 1997; Markovitz 1995; Rinne et al. 2002b; Salzman et al. 1995) haben eine gewisse Wirksamkeit bei Patienten mit Borderlinesyndrom und anderen schweren Persönlichkeitsstörungen gezeigt. Diese Mittel scheinen bei der Reduzierung von Ärger, impulsiv-aggressivem Verhalten, bestimmten verbalen Aggressionen und plötzlichem Stimmungswechsel oder affektiver Labilität besonders wirksam zu sein. Manche Patienten benötigen Dosen von bis zu 80 mg Fluoxetin pro Tag, um eine Wirkung zu erzielen (Markovitz 1995), bei anderen scheint schon eine Dosis in dem Bereich, in dem sie depressiven Patienten verabreicht wird (20–40 mg/Tag), eine Besserung herbeizuführen.

Der Einsatz von SSRI kann die Psychotherapie erleichtern, indem dadurch „affektive Nebengeräusche“ wie intensiver Ärger, hypervigilante Ängstlichkeit oder Dysphorie reduziert werden, die den Patienten daran hindern, seine innere Welt und die inneren Erfahrungen anderer zu reflektieren (Gabbard, im Druck). Zudem gibt es immer mehr Hinweise dafür, dass SSRI möglicherweise die Neurogenese stimulieren, insbesondere im Hippocampus, was zu einer Verbesserung des verbalen deklarativen Gedächtnisses führt (Vermetten et al. 2003). Außerdem reduzieren SSRI möglicherweise die Hyperaktivität der HPA-Achse, indem sie die Hypersekretion des Corticotropin-Releasing-Faktors (CRF) verringern (Nemeroff and Owens 2004).

Rinne et al. (2003) haben die Wirkung von Fluvoxamin auf die HPA-Achse bei 30 Borderline-Patientinnen untersucht. Die Probanden erhielten eine Kombination aus Dexamethason und Corticotropin-Releasing-Hormon (DEX/CRH), die vor

und nach der Gabe von Fluvoxamin in einer Dosis von 150 mg/Tag verabreicht wurden. 17 Patientinnen hatten eine Vorgeschichte von anhaltendem Missbrauch in der Kindheit, 13 hatten keine Missbrauchsvorgeschichte. Sowohl bei der 6 als auch bei der 12 wöchigen Fluvoxamin-Behandlung wurde durch DEX/CRH eine deutliche Verringerung der ACTH und der Cortisolreaktion erreicht. Das Ausmaß der Verringerung stand in einem direkten Zusammenhang mit dem anhaltenden Missbrauch in der Kindheit, nicht jedoch mit komorbider posttraumatischer Belastungsstörung oder schwerer Depression. Die Forscher zogen den Schluss, dass Fluvoxamin bei BPD-Patienten mit einer Vorgeschichte von Missbrauch in der Kindheit die HPA-Hyperreaktivität verringert.

Die Verringerung der Hyperreaktivität der HPA-Achse wirkt sich möglicherweise unmittelbar auf die Reflexionsfähigkeit des Patienten aus. Wie oben erwähnt, hängt der hypervigilante, ängstliche affektive Zustand mit einer bestimmten Objektbeziehungseinheit des Patienten zusammen, durch die andere als potenziell böswillige Verfolger und das Selbst als Opfer wahrgenommen werden (Gabbard, im Druck). Wenn man in Angst und Schrecken versetzt wird, kann man nicht klar denken; man kann nur reagieren. Die Verringerung der Hyperreaktivität durch einen SSRI erleichtert Denken und Reflexion. Wenn er sich nicht mehr in dem Zustand starker Affekte befindet, in dem er vor der Behandlung mit dem SSRI war, fällt es dem Patienten leichter, andere Motive des Therapeuten zu berücksichtigen. Außerdem kommt er in den Genuss des Luxus, seinen eigenen inneren Zustand zu reflektieren. Er kann anfangen, den Therapeuten als jemanden zu betrachten, der da ist, um ihm zu helfen, und nicht als Verfolger. Wenn sich der Therapeut in der Defensive befindet, kann die Verteidigung auf Kosten der psychotherapeutischen Arbeit in den Vordergrund treten.

Manche Patienten mit BPD sprechen nicht auf SSRI an, und Soloff (1998) hat mehrere tentative Algorithmen erarbeitet, die dem Kliniker den Weg zu anderen Mitteln weisen. Diese Algorithmen basieren auf als Ziele ausgewählten Symptomclustern: Symptome affektiver Dysregulation, Symptome impulsiven Verhaltens und kognitiv-perzeptorische Symptome. Bei Symptomen affektiver Dysregulation kommt, wenn der SSRI nicht zu wirken scheint, eine Umstellung auf Nefazodon oder Venlafaxin oder andere SSRI, die auf mehrere Neurotransmittersysteme wirken, in Betracht. Wenn Ärger Schwierigkeiten bereitet, kann zusätzlich eine niedrige Dosis eines Neuroleptikums gegeben werden; wenn Angst das Hauptproblem ist, Clonazepam. Alprazolam sollte gemieden werden, weil es bei BPD-Patienten nachweislich zu Enthemmung führt, die gewaltsames oder selbstzerstörerisches Verhalten nach sich ziehen kann (Cowdry and Gardner 1988; Gardner and Cowdry 1985). Monoaminoxidase-Hemmer (MAOI) oder Lithium können als letzte Möglichkeit bei Symptomen affektiver Dysregulation verwendet werden. Da jedoch beide problematische Nebenwirkungen haben, sollten Kliniker die Risiken und den Nutzen sorgfältig abwägen, bevor sie sie einer Population verschreiben, deren Unzuverlässigkeit und Missbrauch in Bezug auf

**ABBILDUNG 15-5.** Strategien für die gezielte medikamentöse Behandlung von Symptomen der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Affektive Dysregulation	Impulsives Verhalten	Kognitiv-perzeptorisch
SSRI	SSRI	Niedrig dosiertes Neuroleptikum
Niedrig dosiertes Neuroleptikum	Niedrig dosiertes Neuroleptikum	SSRI
Clonazepam <sup>a</sup>	Lithiumkarbinat	
MAOI <sup>b</sup>	MAOI <sup>b</sup>	
Lithium	Carbamazepine	
	Divalproex	
	Naltrexone <sup>c</sup>	

Anmerkung: MAOI = Monoaminoxidase-Hemmer; SSRI = selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer

<sup>a</sup>Kein Alprazolam verwenden, da es zu Enthemmung führen kann.

<sup>b</sup>MAOI sollten wegen diätetischer Einschränkungen sehr vorsichtig eingesetzt werden.

<sup>c</sup>Wenn Selbstverstümmelung und/oder Alkoholmissbrauch vorliegen.

Quelle: Gabbard 2000 és Soloff 1998.

Medikamente bekannt ist. Diese Strategien der medikamentösen Behandlung sind in Tabelle 15 5 zusammengefasst.

Wenn die als Ziele ausgewählten Symptome des Borderline-Patienten im Bereich des impulsiven Verhaltens liegen, ist ebenfalls ein SSRI die erste Wahl. Bei dieser Kategorie kann neben einem niedrig dosierten Neuroleptikum, Lithiumkarbonat oder MAOI auch die Verabreichung von Carbamazepin oder Divalproex oder beider in Betracht kommen. Für beide wurde in plazebokontrollierten Doppelblindtests nachgewiesen, dass sie impulsive Ausbrüche verringern (Cowdry and Gardner 1988; Hollander 1999). Bei Selbstverstümmelung und/oder Alkoholmissbrauch ist Naltrexon einen Versuch wert (siehe Gabbard 2000).

Wenn kognitiv-perzeptorische Symptome wie paranoide Ideen oder Depersonalisierung ein besonderes Problem darstellen, sind niedrige Dosen konventioneller Neuroleptika irksam gegen quasipsychotische Gedanken. Obwohl bei den meisten randomisierten kontrollierten Versuchen in der Literatur konventionelle Neuroleptika im Mittelpunkt standen, gibt es immer mehr Anzeichen dafür, dass einige atypische Neuroleptika wie Olanzapin und Clozapin ebenfalls von Nutzen sein können (Bogenschutz and Nurnberg 2004; Frankenburg and Zanarini 1993; Zanarini and Frankenburg 2001; Zanarini et al. 2004). In einer neueren Studie (Zanarini et al. 2004) hat sich die Kombination

von Olanzapin und Fluoxetin sogar als effektiver erwiesen als Fluoxetin allein. SSRI können auch manche kognitive Störungen positiv beeinflussen.

Die Pharmakotherapie muss außerdem aggressiv gegen Achse I-Erkrankungen eingesetzt werden, wenn man den Borderline-Patienten adäquat behandeln will. Die meisten BPD-Patienten haben eine Achse I-Komorbidität. Affektive Störungen sind bei Patienten mit BPD extrem häufig (Gabbard et al. 2000; Gunderson 2001). Anhand der Durchsicht einer Reihe von Artikeln zur Komorbidität schätzte Gunderson (2001), dass bei 50 % der Patienten mit BPD auf der Achse II eine Depression auf der Achse I und bei 70 % eine Dysthymie auf der Achse I zu diagnostizieren wäre. Die Zahl der Borderline-Patienten mit einer komorbiden bipolaren Störung ist wesentlich geringer. Wegen der affektiven Labilität bei BPD wird bei Patienten jedoch oft fälschlicherweise eine Bipolar II-Störung diagnostiziert, obwohl die dafür typischen ständigen Höhen und Tiefen fehlen und ihr innerer Aufruhr gewöhnlich eine Reaktion auf interpersonelle Enttäuschungen ist. Zwischen 25 und 35 % der BPD-Patienten missbrauchen Alkohol oder andere Stoffe, und bei etwa 30 % kann eine posttraumatische Belastungsstörung festgestellt werden (Gunderson 2001).

## Psychotherapeutische Ansätze

### *Empirische Forschung*

Nach der Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder (Oldham et al. 2001) der American Psychiatric Association gibt es zwei empirisch bestätigte Psychotherapien: psychoanalytische / psychodynamische und dialektische Verhaltenstherapie (DBT). Bei beiden handelt es sich im Grunde um psychotherapeutische Ansätze, die aus Einzel und Gruppensitzungen und regelmäßigen Sitzungen der Therapeuten zur Gruppensupervision / Konsultation bestehen. Da das Thema dieses Buches die psychodynamische Psychiatrie ist, liegt der Schwerpunkt hier auf den Belegen für die Vorteile des psychoanalytisch-psychotherapeutischen Ansatzes, die zu einem großen Teil auf der Halliwick Day Unit Study (Bateman and Fonagy 1999) basieren.

Wie in Kapitel 6 erwähnt, verglichen Bateman und Fonagy (1999) 38 Borderline-Patienten in einem psychoanalytisch ausgerichteten Tagesklinikprogramm mit einer Kontrollgruppe. Dieses Programm bestand aus einer einmal wöchentlich stattfindenden psychoanalytischen Einzels psychotherapie, drei psychoanalytischen Gruppentherapiesitzungen pro Woche, einer wöchentlichen expressiven Therapie mit Schwerpunkt Psychodramatechniken, einem wöchentlichen Gemeindetreffen, regelmäßigen Treffen mit den Fallkoordinatoren und der Prüfung der medikamentösen Behandlung durch einen Psychiater im Praktikum. Die Behandlung der

Kontrollgruppe bestand aus regelmäßigen, durchschnittlich zweimal im Monat stattfindenden psychiatrischen Untersuchungen durch einen leitenden Psychiater, stationärer Aufnahme bei Bedarf, ambulanter und durch die Gemeinschaft erfolgreicher Nachsorge, sie umfasste keine Psychotherapie, jedoch eine medikamentöse Behandlung, die der der Patientengruppe ähnlich war.

Bateman und Fonagy stellten einen deutlichen Rückgang bei den Patienten fest, die in den vorangegangenen 6 Monaten Selbstmordversuche unternommen hatten. Ihr Anteil fiel von 95 % zum Zeitpunkt der Aufnahme auf 5,3 % bei der Nachsorge nach 18 Monaten. Die durchschnittliche Länge der Krankenhausaufenthalte in der Kontrollgruppe stieg in den letzten 6 Monaten der Studie dramatisch an, während sie bei der Patientengruppe stetig bei 4 bis 6 Tagen pro Monat lag. Die Häufigkeit von Angst als Zustand und Angst als Eigenschaft verringerte sich in der Patientengruppe nach eigenen Angaben der Probanden deutlich, blieb bei der Kontrollgruppe hingegen unverändert. Auch die (mit dem Beck-Depressions-Inventar ermittelten) Depressionsscores verringerten sich bei der Patientengruppe deutlich, außerdem war nach 18 Monaten eine statistisch signifikante Verringerung der Schwere der nach der Symptom Checklist 90 R (SCL 90 R) bewerteten Symptome zu verzeichnen.

Die Forscher kamen zu der Feststellung, dass der Rückgang der psychiatrischen Symptome und der Selbstmordversuche bereits nach 6 monatiger Behandlung eintrat, die Verringerung der Häufigkeit und der Länge der stationären Aufenthalte jedoch erst in den letzten 6 Monaten der Behandlung deutlich wurde, was auf die Notwendigkeit einer längerfristigen Behandlung hinwies. Bei der Nachsorge nach 18 Monaten zeigte sich, dass bei der Patientengruppe nicht nur die Besserungen weiterhin bestanden, sondern auch eine statistisch signifikante Besserung hinsichtlich der meisten Maßnahmen eingetreten war und die Betroffenen nach der Entlassung mit zweiwöchentlichen Gruppentherapiesitzungen auskamen (Bateman and Fonagy 2001). Bei der Kontrollgruppe waren im selben Zeitraum nur geringfügige Veränderungen zu beobachten.

Der Kernpunkt dieses Ansatzes der Einzel und Gruppenpsychotherapie ist die Verbesserung der Mentalisierung. Ein wichtiges Ziel besteht in der Stabilisierung des Selbstempfindens, da es diesen Patienten wegen fehlender sicherer Bindungen in der Kindheit schwer fiel, sich in den Augen ihrer Betreuer oder Eltern wiederzufinden. Zu Beginn der Therapie kann es vorkommen, dass Borderline-Patienten ihren Therapeuten angreifen, doch dies sollte als Zeichen der Hoffnung betrachtet werden – als verzweifelter Wunsch nach einem Neuanfang und glühende Sehnsucht danach, dass der Therapeut die unerträglichen Aspekte des Selbst bewältigt, die für den Patienten unkontrollierbar scheinen. Beziehungen sind unbedingt erforderlich für die Stabilisierung der Selbststruktur, indem der Patient das „fremde Selbst“ auf den Therapeuten verlegt. Hierzu haben Bateman and Fonagy (2004a) festgestellt: „Borderline-Patienten benötigen Beziehungen eher, als dass sie sie genießen“ (S. 41).



Für diesen Ansatz sind mehrere grundlegende Techniken erforderlich. Der Therapeut muss eine klare und kohärente Vorstellung von seiner Rolle als Therapeut aufrecht erhalten und eine mentalisierende Haltung bewahren. In dieser Situation lässt er zu, dass er in die innere Welt des Patienten hineingezogen wird, indem er das akzeptiert, was auf ihn projiziert wird, hält aber gleichzeitig eine klare und kohärente Vorstellung seiner seelischen Verfassung aufrecht, während er den Prozess beobachtet. Eine weitere wichtige Voraussetzung für die Verbesserung der Mentalisierung besteht darin, so oft wie möglich die Möglichkeit mehrerer Einschätzungen des Selbst und anderer zu betonen. In der auf Mentalisierung basierenden Therapie versucht der Therapeut, den aktuellen oder gerade erst vergangenen Gefühlszustand des Patienten mit den dazugehörigen inneren Repräsentationen darzustellen (Bateman and Fonagy 2004a). Im Mittelpunkt stehen aktuelle Beziehungen und die Wünsche, Überzeugungen und Gefühle des Patienten, ihm zu helfen, sich mit seiner inneren Welt vertraut zu machen. Die Rekonstruktion in der Übertragung erhält weniger Gewicht, und ihre Verzerrung wird hauptsächlich zur Veranschaulichung alternativer Perspektiven zwischen dem Therapeuten und dem Patienten eingesetzt. Die Übertragung wird entsprechend dem Ausmaß der Angst des Patienten langsam und schrittweise angegangen. Der Therapeut konzentriert sich vornehmlich auf einfache Interpretationen dessen, wie der Patient ihn seiner Meinung nach erlebt. Bateman und Fonagy halten den Prozess der Interpretation für wichtiger als ihren Inhalt, da er dem Patienten hilft, zu erkennen, dass sich der Therapeut mit ihm befasst.

Die übertragungsbasierte Psychotherapie (TFP) ist eine Form der psychodynamischen Therapie, die strengen Tests unterzogen wurde (Clarkin et al. 2001, 2004). Dieses Modell basiert auf Kernbergs Konzept der Persönlichkeitsorganisation des Borderline-Patienten. Wie im Ansatz von Bateman und Fonagy werden mentale Repräsentationen auch hier so betrachtet, dass sie sich aus der Internalisierung von Bindungsbeziehungen mit Betreuern ableiten und mit dem Therapeuten erneut erlebt werden. Wichtige Komponenten des Modells sind diffuse Identität, Schwierigkeiten mit negativen Affekten, insbesondere Feindseligkeit und Aggression, und schlechte Selbstregulation, die sich in impulsivem Verhalten manifestiert. Die Technik basiert im Grunde auf Klärung, Konfrontation und Interpretation innerhalb der sich entwickelnden Übertragungsbeziehung zwischen Patient und Therapeut. Die Einzeltherapiesitzungen finden nur zweimal pro Woche statt und sind, entsprechend den Vereinbarungen in einem zu Beginn abgeschlossenen Behandlungsvertrag und klaren Behandlungsprioritäten, straff strukturiert. Im Gegensatz zu der auf der Mentalisierung basierenden Therapie steht schon früh die Übertragung, insbesondere die negative, im Mittelpunkt. Außerdem ist die Gruppentherapie, anders als im Halliwick-Day-Unit-Modell, nicht Teil des psychotherapeutischen Ansatzes. Medikamente werden je nach den Bedürfnissen



des Patienten verschrieben. Wie bei der auf Mentalisierung basierenden Therapie finden auch hier wöchentliche Gruppensupervisionssitzungen statt.

In einer vorbereitenden Studie (Clarkin et al. 2001) mit 23 Borderline-Patientinnen, die zugleich die Kontrollgruppe waren, wurde zu Beginn und nach einer 12 monatigen Behandlung eine Bewertung vorgenommen. Im Vergleich zu dem Jahr vor der Behandlung verringerten sich die Zahl derer, die Selbstmordversuche unternahmen, sowie das medizinische Risiko und die Schwere der Beschwerden nach selbstverletzendem Verhalten. Außerdem waren die Zahl der Krankenhausaufenthalte und die Länge der Aufenthalte in der Psychiatrie wesentlich geringer als im Jahr vor der 12 monatigen Behandlung.

Jüngst wurde in einer kontrollierten randomisierten Studie die TFP mit der supportiven Therapie und der DBT verglichen. 90 Patienten mit BPD wurden nach dem Zufallsprinzip einer der drei manualisierten Behandlungen zugeteilt (Clarkin et al. 2004). Die vorläufigen Ergebnisse deuten darauf hin, dass bei allen drei Gruppen eine ähnliche Verbesserung eingetreten ist, die TFP-Patienten jedoch, wie Messungen zur Reflexionsfunktion gezeigt haben, größere Fortschritte hinsichtlich der Mentalisierung gemacht haben (Levy 2004).

Insgesamt zeigen diese Studien, dass es bei BPD zwar keine „schnelle Heilung“ gibt, sich der Zustand derjenigen Patienten, die längere Zeit an einer dynamischen Therapie teilnehmen, jedoch deutlich verbessern kann. Außerdem belegen sie, dass finanzielle Unterstützung für wöchentliche Psychotherapiesitzungen, die über einen längeren Zeitraum stattfinden, langfristig kosteneffizient sein kann. Borderline-Patienten suchen von Natur aus die Behandlung und verursachen, wenn ihnen die Psychotherapie verwehrt wird, höhere Kosten, indem sie mit Überdosen, die Intensivpflege oder eine Einweisung in die Psychiatrie erfordern, in die Notaufnahme eingeliefert werden, indem sie andere Ärzte aufsuchen oder durch längere Arbeitsunfähigkeit sogenannte indirekte Kosten verursachen (Gabbard 1997). Bateman and Fonagy (2003) haben die Kosten untersucht, die dadurch angefallen sind, dass die in ihrem Halliwick-Day-Unit-Programm behandelten Patienten den Gesundheitsdienst in Anspruch genommen haben, mit denen der allgemeinen psychiatrischen Versorgung verglichen und festgestellt, dass sich die psychoanalytisch ausgerichtete Behandlung in einer Tagesklinik durch weniger stationäre Aufenthalte in der Psychiatrie und seltenere Behandlungen in der Notaufnahme bezahlt macht. Nach der Entlassung beliefen sich die jährlichen Kosten für die überwachte Gesundheitsversorgung bei der Patientengruppe durchschnittlich auf ein Fünftel der Gruppe mit allgemeiner psychiatrischer Versorgung. Obwohl die Studie von Linehan und ihren Kollegen (1991), die die Wirksamkeit der DBT bei Borderline-Patienten gezeigt hat, keine Studie zur dynamischen Psychotherapie war, ist es von Interesse, dass sie zu ähnlichen Schlussfolgerungen geführt hat. Nachdem sie 1 Jahr lang einmal pro Woche an einer Einzeltherapie und einmal pro Woche an einer Gruppentherapie teilgenommen hatten, verringerten sich ihre Aufenthalte in der Psychiatrie auf

durchschnittlich 8,46 Tage pro Jahr, während sie bei der Kontrollgruppe, die „die übliche Behandlung“ erhalten hatte, auf durchschnittlich 38,86 Tage pro Jahr beliefen. Die Forscher haben errechnet, dass durch die DBT, selbst wenn man auch die Kosten für die Gruppen- und Einzeltherapiesitzungen berücksichtigt, eine Einsparung von 10 000 USD pro Patient und Jahr erzielt wurde (Heard 1994).

Dieser kurze Überblick über die empirische Forschung zur längeren dynamischen Psychotherapie bei Borderline-Patienten lässt den Schluss zu, dass sich die Behandlung sowohl hinsichtlich der erheblichen Besserung infolge der Therapie als auch hinsichtlich der Kosteneffizienz lohnt. Am schlimmsten für Borderline-Patienten, die eine Psychotherapie in Anspruch nehmen, sind wohl die häufig angewandten Konstruktionen, bei denen die kostensparende Präventivmedizin forciert wird und der Patient nicht weiß, ob seine Behandlung in der nächsten Woche fortgesetzt wird. Menschen, die extreme Angst vor dem Verlassen-Werden haben, erfüllen solche Konstruktionen mit einer immensen Trennungsangst, da sie befürchten, jederzeit von ihrem Therapeuten getrennt werden zu können.

### Expressive versus supportive Ansätze

Obwohl eine psychodynamische Einzeltherapie bei Patienten mit BPD äußerst wirksam sein kann, sind sich praktisch alle Kliniker darüber einig, dass sie für den Therapeuten eine außerordentliche Herausforderung und emotional anstrengend ist. Wer sich auf eine intensive Psychotherapie mit Borderline-Patienten einlassen will, sollte entweder Erfahrung haben oder diese unter der Supervision eines einschlägig spezialisierten Kollegen durchführen. Auch erfahrene Therapeuten sollten regelmäßig einen angesehenen und sachkundigen Therapeuten konsultieren, um sicherzustellen, dass Schwachpunkte der Gegenübertragung nicht zu unerwarteten Schwierigkeiten führen.

Kliniker vertreten oft unterschiedliche Meinungen darüber, ob bei einer Psychotherapie eher der expressive oder der supportive Aspekt des expressiv-supportiven Kontinuums im Vordergrund stehen sollte, einig sind sie sich jedoch darüber, dass bei diesen Patienten damit zu rechnen ist, dass sie die Psychotherapie abbrechen, selbstzerstörerische Handlungen vornehmen, eine Sonderbehandlung von ihren Therapeuten fordern, ihre Therapeuten zu einem Überschreiten der professionellen Grenzen verleiten, von dem dringend abzuraten ist, und sie zu jeder Tages- und Nachtzeit mit Telefonanrufen belästigen. Ein großes Problem bei der Psychotherapie von Borderline-Patienten ist die Schwäche des therapeutischen Bündnisses (Adler 1979; Gabbard et al. 1988; Gorney 1979; Horwitz et al. 1996; Kernberg 1976; Masterson 1976; Modell 1976; Zetzel 1971). Die Patienten haben größte Schwierigkeiten, ihren Therapeuten als einen Helfer zu betrachten, der mit ihnen zusammenarbeitet, um von beiden Seiten anvisierte Ziele zu erreichen.

Im McLean Borderline Psychotherapy Engagement Project (siehe Frank 1992) brachen 60 % der ersten 60 Probanden ihre Therapie innerhalb der ersten 6 Monate ab. Die Auswertung der Gründe für diesen beträchtlichen Prozentsatz an Abbrüchen ergab, dass 77 % der Patienten Schwierigkeiten hatten, ein Bündnis mit ihrem Therapeuten zu schließen. Nach 6 monatiger Behandlung waren stabile therapeutische Bündnisse auch bei Patienten, die die Therapie fortgesetzt hatten, noch immer eher selten.

Bei der in der Literatur ausgetragenen Auseinandersetzung um den relativen Wert der expressiven beziehungsweise der supportiven Maßnahmen geht es oft darum, welcher Ansatz mit größerer Wahrscheinlichkeit zum Abschluss und zur Aufrechterhaltung eines therapeutischen Bündnisses führt. Wenn nicht wenigstens ein elementares Bündnis zustande kommt, hat der Therapeut möglicherweise keinen Patienten.

Diese Kontroverse über die relativen Vorzüge der expressiven und der supportiven Maßnahmen spiegelt sich auch in den Ergebnissen des Menninger Foundation Psychotherapy Research Project wider. Die quantitative Studie des Projekts (Kernberg et al. 1972) hat gezeigt, dass bei Borderline-Patienten, die von qualifizierten Therapeuten behandelt wurden, die sich bewusst auf die Übertragung konzentrierten, weitaus bessere Resultate erzielten als bei solchen, die von qualifizierten Therapeuten behandelt wurden, die sich weniger auf die Übertragung konzentrierten. Im Gegensatz dazu ergab die Prädiktionsstudie des Projekts (Horwitz 1974), in der sowohl eine quantitative als auch eine qualitative Auswertung des Behandlungsprozesses vorgenommen wurde, dass eine Reihe von Patienten, von denen manche BPD hatten und überwiegend mit supportiven Methoden behandelt worden waren, stärker als erwartet von der supportiven Behandlung profitiert hatten. Wie in Kapitel 4 erwähnt, zeigte die Analyse der Daten dieses Projekts durch Wallerstein (1986), dass bei allen Behandlungen eine Mischung aus expressiven und supportiven Maßnahmen eingesetzt worden war. Eine Erklärung für diese scheinbar widersprüchlichen Ergebnisse bezüglich der Konzentration auf die Übertragung gibt es nach wie vor nicht, zum Teil deshalb, weil das ursprüngliche Konzept der Studie einige für diesen Aspekt relevante Unzulänglichkeiten aufwies: 1. Die diagnostische Kategorie BPD wurde nicht verwendet; 2. es gab keine ausführliche Prozessstudie, sodass wesentliche Entwicklungen der Behandlung am Ende der Behandlung lediglich grob geschätzt werden konnten; und 3. das therapeutische Bündnis war keine Variable des Projekts. Rückblickend wurde das therapeutische Bündnis in der Prädiktionsstudie jedoch als für die begriffliche Erfassung der Ergebnisse nützlich bezeichnet (Horwitz 1974).

Die gegenwärtige Diskussion um die Psychotherapie von Borderline-Patienten ist zu einem beträchtlichen Teil als weiteres bedauerliches Beispiel für die „Entweder-oder-Auffassung“ hinsichtlich der Anwendung der Theorie in der klinischen Praxis zu bewerten, die in Kapitel 1 ausführlich besprochen wurde. Beide Ansätze können für manche Patienten irgendwann im Laufe ihrer

Behandlung von Nutzen sein (Gabbard et al. 1994; Horwitz et al. 1996). Es handelt sich hier um ein Spektrum sehr verschiedener Patienten, die individuell zugeschnittene psychotherapeutische Ansätze erfordern (Meissner 1988). In vielen Fällen gilt dieselbe Indikation für einen expressiven oder supportiven Schwerpunkt (siehe Kapitel 4, Tabelle 4 1), die die Arbeit des Klinikers bei anderen Diagnosen bestimmt, auch für die Psychotherapie von Borderline-Patienten.

Wegen dieser Probleme wurde im Menninger Clinic Treatment Interventions Project der Verlauf repräsentativer Sitzungen bei drei Fällen langfristiger dynamischer Therapie mit Borderline-Patienten in der Menninger Clinic im Einzelnen analysiert (Gabbard et al. 1988, 1994; Horwitz et al. 1996). Alle Sitzungen der drei psychotherapeutischen Behandlungsprozesse wurden auf Tonband aufgenommen, und zwei Gruppen von Forschern werteten die Transkripte zufällig ausgewählter Psychotherapiestunden aus. Ein Team aus drei Kliniker-Forschern bewertete die Maßnahmen nach dem Grad ihrer Expressivität oder Supportivität. Wie in Kapitel 4 beschrieben, wurden die Maßnahmen vom expressiven zum supportiven Ende des Kontinuums folgendermaßen bewertet: Interpretation, Konfrontation, Klärung, Ermutigung zur weiteren Ausführung, empathische Bestätigung, Rat und Lob sowie Bekräftigung. Alle sieben Maßnahmen wurden außerdem danach eingeordnet, ob sie schwerpunktmäßig innerhalb oder außerhalb der Übertragung von Bedeutung waren. Ein gesondertes Team klinischer Experten bewertete die Kooperation des Patienten mit dem Therapeuten als Maß für das therapeutische Bündnis. Die Experten suchten vor allem nach positiven oder negativen Veränderungen der Kooperation des Patienten, die sie daran maßen, inwieweit er wesentliche Inhalte einbrachte oder die Beiträge des Therapeuten produktiv nutzte. Es ging uns besonders darum, festzustellen, ob die Veränderungen mit den Maßnahmen des Therapeuten in Verbindung gebracht werden konnten.

Eine unserer Schlussfolgerungen war, dass Übertragungsinterpretationen bei der Psychotherapie von Borderline-Patienten Interventionen „mit hohem Risiko und hohem Gewinn“ sind. Sie haben gewöhnlich stärkere Auswirkungen – sowohl positive als auch negative – als andere bei solchen Patienten angewandte Maßnahmen. Während sie in einigen Fällen eine wesentliche Verbesserung der Fähigkeit des Patienten, mit dem Therapeuten zu kooperieren, erbrachten, bewirkten sie in anderen eine deutliche Verschlechterung dieser Kooperation.

Bei unseren Bemühungen, diejenigen Übertragungsinterpretationen zu identifizieren, die jeweils eine Verbesserung beziehungsweise eine Verschlechterung der Kooperation zur Folge hatten, ermittelten wir mehrere grundlegende Faktoren. Zunächst scheint die Vorbereitung der Übertragungsinterpretation durch affirmative Anerkennung der inneren Erfahrung des Patienten von entscheidender Bedeutung zu sein. Chirurgen müssen eine Narkose einleiten, bevor sie operieren können, Psychotherapeuten müssen durch empathische Bestätigung der Erfahrungen des Patienten eine Halt gebende Umgebung schaffen, bevor sie eine Interpretation der

unbewussten Dynamik äußern. Expressive und supportive Ansätze werden oft künstlich polarisiert, während sie in den meisten psychotherapeutischen Situationen synergistisch zusammenwirken.

In einer Studie mit Borderline-Patienten, die ihre Psychotherapie frühzeitig abgebrochen hatten, stellten Gunderson et al. (1989) fest, dass mehr als die Hälfte der Abbrecher gegangen waren, weil sie sich über eine zu frühe Konfrontation durch den Therapeuten geärgert hatten. Aufgrund dieser Erkenntnis sprachen sich Gunderson und seine Kollegen für einen vermehrten Einsatz supportiver Techniken aus, um den Abschluss eines Bündnisses in einer frühen Phase der Therapie zu befördern. Außerdem betonten sie, dass es wichtig sei, die Tatsache eines frühen Traumas in Form von Missbrauch in der Kindheit, den viele Borderline-Patienten erlitten haben, zu erkennen (Gunderson and Chu 1993; Gunderson and Sabo 1993). Ihren Beobachtungen zufolge kann der Therapeut möglicherweise ein stärkeres therapeutisches Bündnis schmieden, indem er die Auswirkungen früher Traumata auf die Fähigkeit des Patienten, als Erwachsener vertrauensvolle Beziehungen einzugehen, bestätigt und zur Kenntnis nimmt.

Die Tendenz, unvorbereiteten Patienten, die auf Externalisierung und Aktivität und nicht auf Reflexion eingestellt sind, Übertragungsinterpretationen aufzuzwingen, resultiert möglicherweise aus der Voreingenommenheit vieler Analytiker und dynamischer Therapeuten zugunsten der expressiven gegenüber den supportiven Strategien. Gunderson (1992) berichtete offen darüber, dass er selbst dazu neige, die Patienten zur Übertragungsarbeit zu drängen und dabei nicht in ausreichendem Maße anzuerkennen, dass sich ihre Funktionen außerhalb der Therapie dramatisch verbessert haben. Er erkannte, dass er gelegentlich den Fehler machte, sich zu sehr mit der Unfähigkeit des Patienten zur Kooperation bei der Selbstprüfung zu beschäftigen, statt seine beträchtliche Verbesserung im Bereich der Funktion aktiv zu unterstützen.

Obwohl der therapeutische Ansatz je nach den Bedürfnissen des Patienten unterschiedlich ist, gelten verschiedene Grundsätze bezüglich der Techniken für einen Großteil der Borderline-Patienten.

**Bewahrung der Flexibilität.** Die optimale Behandlung von Patienten mit BPD erfordert eine flexible Haltung seitens des Therapeuten. Allgemein gilt, dass höher eingestufte Borderline-Patienten mit größerer emotionaler Stabilität und stärkerer psychologischer Ausrichtung eher von einer expressiv ausgerichteten Psychotherapie profitieren als diejenigen, die sich näher an der Grenze zur Psychose befinden und deshalb Maßnahmen mit supportivem Schwerpunkt benötigen. Bei den meisten ist eine flexible Haltung seitens des Therapeuten erforderlich, der in Abhängigkeit von der jeweiligen momentanen Bezogenheit des Patienten zum Therapeuten abwechselnd interpretative und nichtinterpretative Maßnahmen einsetzt. Wahrscheinlich wird keine Theorie alleine dazu führen, dass der

Therapeut von den turbulenten emotionalen Affekten, die beide Beteiligten des Paarverhältnisses erleben, unberührt bleibt. Die meisten Therapeuten behelfen sich mit der Methode von Versuch und Irrtum, bis sie wissen, welche Interventionen bei dem betreffenden Patienten am wirksamsten sind.

Wegen der begründeten Sorge, bei der Arbeit mit Borderline-Patienten Grenzen zu überschreiten (Gabbard 2003; Gabbard and Wilkinson 1994; Gutheil 1989), kann es vorkommen, dass der unerfahrene Therapeut eine unnachgiebige Haltung einnimmt, die der Patient als distanziert und kalt empfindet. Der Patient bricht die Therapie dann möglicherweise wegen scheinbar mangelnder Reaktion des Therapeuten ab. Der Therapeut muss eine disziplinierte Spontaneität anstreben, bei der professionelle Grenzen und Konzentration aufrechterhalten werden, jedoch deutlich wird, dass es sich um einen Kontext einer anerkannten Interaktion zweier Menschen handelt, die sich bemühen, einander kennenzulernen. Es ist hilfreich, sich die Charakterdimension des Borderline-Patienten so vorzustellen, dass er ständig versucht, bestimmte Muster innerer Objektbeziehungen in einer aktuellen Beziehung umzusetzen (Gabbard 1998; Sandler 1981). Durch sein Verhalten versucht der Patient auf subtile Weise, anderen eine bestimmte Art und Weise der Reaktion und des Erlebens aufzudrängen. Der Therapeut muss sich so viel Flexibilität gewähren, dass er spontan auf die Objektbezogenheit reagieren kann, die ihm aufgedrängt wird. Mit anderen Worten, der Therapeut reiht sich in einen „Tanz“ zu einer besonderen Musik ein, die im Patienten spielt und eine Fülle von Informationen über die typischen Schwierigkeiten des Patienten mit zwischenmenschlichen Beziehungen außerhalb der Übertragungs-Gegenübertragungs-Situation preisgibt. Diese Reaktion muss natürlich abgeschwächt und partiell sein, und der Therapeut muss versuchen, gegenüber dem „Tanz“ eine reflexive Haltung zu bewahren.

**Schaffen von Bedingungen, die eine Psychotherapie durchführbar machen.** Da das Leben des Borderline-Patienten chaotisch ist, muss bereits in den frühen Phasen der Behandlung von außen Stabilität erzwungen werden. Bei den Konsultationen vor der Therapie und natürlich während der gesamten Therapie muss der Psychotherapeut immer wieder darlegen, was Therapie bedeutet und worin sie sich von anderen Beziehungen unterscheidet. Zu den Themen, die angesprochen werden sollten, gehören die Erwartungen bezüglich der Zahlung des Honorars und Einhaltung vereinbarter Termine, die Notwendigkeit, die Sitzungen pünktlich zu beenden, auch wenn der Patient gerne noch bleiben würde, und klare Absprachen über die Konsequenzen versäumter Termine. Außerdem sollte der Therapeut gegenüber einem selbstmordgefährdeten Borderline-Patienten betonen, dass er im Falle einer akuten Selbstmordgefahr nicht in der Lage ist, den Patienten davon abzuhalten, seinen Impulsen nachzugeben, und eventuell eine Einweisung in ein Krankenhaus erforderlich wird. Bei Drogenmissbrauch sollte der Therapeut gegebenenfalls den Besuch der

Sitzungen der Narcotics Anonymous oder der Anonymen Alkoholiker zur Bedingung für die Behandlung machen. Wenn eine medikamentöse Behandlung offensichtlich angezeigt ist, kann es erforderlich sein, dass der Therapeut dem Patienten klarmacht, dass seine Bereitschaft, Medikamente auszuprobieren, ein wesentlicher Bestandteil des Behandlungsplans ist. Abgesehen davon, dass er die Bedingungen schafft, die eine Psychotherapie durchführbar machen, informiert der Therapeut den Patienten auch über seine eigenen Grenzen. Diese Mitteilungen widerlegen oft die Erwartung des Patienten, der Therapeut sei ein allmächtiger Retter. Dadurch leitet dieses Gespräch unmittelbar zur Besprechung dessen über, was Therapie ist und was sie nicht ist.

In der Phase der Konsultationen vor der Behandlung führt der TFP-Ansatz zu einem „Vertrag“ mit dem Patienten (Clarkin et al. 2001; Kernberg et al. 1989). Im Rahmen der Erarbeitung dieses Vertrags macht der Therapeut deutlich, dass es nicht zu seinen Aufgaben gehört, an den Ereignissen im Leben des Patienten außerhalb der Therapiesitzungen teilzuhaben. Das heißt, dass er zwischen den Sitzungen keine Anrufe erhalten möchte und seine Erreichbarkeit stark eingeschränkt ist. Diese Haltung kann allerdings die Entstehung einer stabilen Bindung zum Therapeuten behindern, besonders wenn die Bedingungen des „Vertrags“ dem Patienten unerfüllbar erscheinen. Gunderson (1996, 2001) hat darauf hingewiesen, dass es wegen eines schlecht entwickelten evokativen Gedächtnisses beim Patienten zu wiederholten Panikreaktionen kommen kann und er den Therapeuten in regelmäßigen Abständen anrufen muss, um eine stabile Repräsentation entwickeln zu können, die internalisiert werden kann. Laut Gunderson sollte der Therapeut die Erreichbarkeit zwischen den Sitzungen erst ansprechen, nachdem der Patient danach gefragt hat. Er hat vorgeschlagen, und dem stimme ich zu, dem Patienten zu sagen, dass der Therapeut bei einem Notfall kontaktiert werden möchte. So wird verhindert, dass der Prozess in einem gespannten Verhältnis beginnt, und der Patient bekommt häufig das Gefühl, dass er verstanden wird und man ihm „Halt“ im Sinne Winnicotts gibt. Für den Fall, dass es zu Anrufen zwischen den Sitzungen kommt, hat Gunderson empfohlen, diese in den Mittelpunkt der Therapiearbeit zu stellen. Sobald der Therapeut die Angst des Patienten vor dem Alleinsein und ihre Bedeutung in der Entwicklung erkennt, wird es dem Patienten möglicherweise leichter fallen, Halt gebende, beruhigende Introjekte – wie von Adler beschrieben – zu entwickeln. Wenn die Anrufe überhandnehmen, können klare Grenzen gesetzt werden, während gleichzeitig die Bedeutung der Kontakte zwischen den Sitzungen ergründet wird.

**Zulassen der Transformation in ein böses Objekt.** Eine der größten Herausforderungen bei der Psychotherapie von Borderline-Patienten besteht darin, den ausgeprägten Ärger, die starke Aggression und den starken Hass des Patienten zu ertragen und in Grenzen zu halten. Therapeuten fühlen sich oft zu Unrecht beschuldigt, und eine innere Stimme würde den Patienten am liebsten



fragen: „Wie können Sie mich beschuldigen, ich sei wertlos, wo ich mich doch so bemühe, Ihnen zu helfen?“ Dann sollte man sich ins Gedächtnis rufen, dass diese Patienten ein verhasstes und möglicherweise missbräuchliches Introjekt verinnerlicht haben, das sie durch projektive Identifikation in den Übertragungs-Gegenübertragungs-Dimensionen des Paarverhältnisses verzweifelt zu externalisieren versuchen. Borderline-Patienten suchen ein „Objekt, das böse genug ist“ (Rosen 1993). Paradoxerweise ist es für Patienten vorhersehbar, vertraut und sogar beruhigend, sadomasochistische innere Objektbeziehungen aus ihrer Kindheit mit dem Therapeuten neu herzustellen. Wenn der Therapeut diese Transformation nicht zulässt, muss sich der Patient gegebenenfalls noch provokativer verhalten und sich noch mehr anstrengen, um den Therapeuten zu transformieren (Fonagy 1998). Bateman and Fonagy (2004a, 2004b) würden diese Transformation als Akzeptanz des Bedürfnisses des Patienten, sein „fremdes Selbst“ zu externalisieren, bezeichnen.

Therapeuten, die sich gegen ihre wachsende innere Aggression wehren, bemühen sich möglicherweise, zunehmend sanfter auf die verbalen Attacken des Patienten zu reagieren. Oder sie nehmen Übertragungsinterpretationen vor, um den Patienten zu zwingen, seine Feindseligkeit zurückzunehmen, statt sie auf den Therapeuten zu projizieren. Als Alternative kann der Therapeut seine emotionale Investition in den Patienten stillschweigend einstellen und bewusst oder unbewusst hoffen, dass der Patient die Therapie abbricht und sich jemand anderen sucht, den er quälen kann. Eine andere, beunruhigendere Alternative besteht darin, dass der Therapeut anfängt, feindselige oder sarkastische Bemerkungen zu machen, oder sogar seiner Wut über den Patienten freien Lauf lässt. Das Zulassen der Transformation in ein böses Objekt bedeutet nicht, dass der Therapeut den Sinn für die professionelle Etikette verliert. Vielmehr setzt es voraus, dass er als Behälter fungiert, der die Projektionen akzeptiert, versucht, sie zu verstehen, und sie so lange für den Patienten aufbewahrt, bis dieser erneut in der Lage ist, diese projizierten Aspekte als seine eigenen anzuerkennen, in etwa so, wie in Kapitel 14 im Zusammenhang mit dem Umgang mit paranoiden Patienten beschrieben. Wie ich an anderer Stelle (Gabbard and Wilkinson 1994) ausgeführt habe: „Der beste Gemütszustand für einen Therapeuten ist der, in dem er es sich erlauben kann, in die Welt des Patienten ‚eingesogen‘ zu werden, und zugleich auch weiterhin in der Lage ist, zu beobachten, wie sich dies vor seinen Augen abspielt. In diesem Zustand denkt der Therapeut wirklich seine eigenen Gedanken, auch wenn er bis zu einem gewissen Maße unter dem Einfluss des Patienten steht“ (S. 82).

Viele Fälle der falschen Handhabung von Selbstmorddrohungen hängen mit dem Gegenübertragungswunsch zusammen, nicht zum bösen Objekt gemacht zu werden (Gabbard 2003). Borderline-Patienten deuten häufig an, sie würden durch die Unzulänglichkeiten des Therapeuten in den Selbstmord getrieben (Maltsberger 1999). Solche Anschuldigungen nähren die Zweifel des



Therapeuten und aktivieren die Angst des Patienten vor dem Verlassen-Werden, sodass der Therapeut in einer solchen Situation möglicherweise versucht, seine Fürsorge durch heroische Maßnahmen zur Rettung des Patienten zu beweisen, also eine Gegenübertragungsreaktion zeigt, die ich als „Desidentifikation mit dem Aggressor“ (Gabbard 2003) bezeichnet habe. Das kann dazu führen, dass der Patient die vollständige Kontrolle über den Therapeuten übernimmt – was Maltsberger (1999) Zwangsfesselung genannt hat. In diesem Szenario übernimmt der Therapeut die volle Verantwortung für das Überleben des Patienten, statt zuzulassen, dass der Patient den Großteil der Verantwortung für sein Leben oder seinen Tod selbst übernimmt, was unerlässlich ist, damit es dem Patienten schließlich wieder besser gehen kann.

**Förderung der Mentalisierung.** Ebenfalls eine große Herausforderung bei der Psychotherapie von Borderline-Patienten ist die Handhabung von Übertragungswahrnehmungen, die in einem psychischen Äquivalenzmodus eingeschlossen sind, in dem der Patient seine Wahrnehmung der Realität als absolute Fakten und nicht als eine von mehreren, auf inneren Faktoren basierenden Möglichkeiten wahrnimmt.

Eine 28 jährige Patientin war seit 6 Monaten in Therapie, als ein scheinbar unbedeutendes Ereignis in einer Therapiesitzung eine heftige Reaktion bei ihr auslöste. Es waren noch etwa 5 Minuten bis zum Ende der Sitzung, als sie darüber zu sprechen begann, dass sie während der Erntedankfeiertage ihre Familie besucht habe. Sie sagte, sie habe das Gefühl gehabt, ihrem Vater nichts zu bedeuten, weil er viel mehr Interesse für die Aktivitäten ihres Bruders als für ihre gezeigt habe. Während dieses Gesprächs sah der Therapeut auf die Uhr an der Wand, weil er wusste, dass die Zeit bald ablaufen würde, und er sehen wollte, ob ihm noch Zeit für eine Bemerkung über ihre Annahme bezüglich der Gefühle ihres Vaters ihr gegenüber bleiben würde. Die Patientin verstummte und blickte auf den Boden. Der Therapeut fragte sie, was los sei. Nach einigen Momenten des Schweigens brach sie in Tränen aus und sagte: „Sie können es gar nicht erwarten, dass ich Ihr Zimmer verlasse! Es tut mir leid, wenn ich Sie langweile! Ich weiß schon lange, dass Sie mich nicht ausstehen können und das alles nur wegen des Geldes machen. Ich werde jetzt gehen, wenn Sie das wollen.“

Der Therapeut war überrascht und erwiderte etwas defensiv, er habe nur nach der Zeit gesehen, um sicherzugehen, vor dem Ende der Sitzung noch etwas sagen zu können. Die Patientin antwortete: „Tolle Ausrede. Sie denken doch nicht, dass ich das glaube?“ Der Therapeut erklärte, noch defensiver: „Ob Sie es glauben oder nicht, das ist die Wahrheit.“ Die Patientin blieb hartnäckig: „Ich habe es genau gesehen.“ Sie schlug mit der Hand auf den hölzernen Tisch neben ihrem Stuhl und sagte mit erhobener Stimme: „Das ist ja, als würden Sie behaupten, dass dieser Tisch nicht aus Holz ist!“ Der Therapeut, der sich ebenso missverstanden fühlte wie seine Patientin, fuhr fort: „Ich sage ja nur, dass es möglich ist, dass ich aus anderen Gründen auf die Uhr gesehen

habe, als die, die Sie mir unterstellen. Genau so, wie Sie Vermutungen über Ihren Vater anstellen.“ Der Versuch des Therapeuten, andere Möglichkeiten aufzuzeigen, machte die Patientin nur noch beharrlicher: „Jetzt sagen Sie sogar, ich hätte gar nicht gesehen, was ich gesehen habe! Geben Sie es doch wenigstens zu!“

In diesem Auszug gibt sich der Therapeut alle Mühe, die beinahe wahnhaftige Überzeugung der Patientin, ihre Wahrnehmung sei eine direkte Widerspiegelung der Realität und keine Repräsentation der Realität, die auf inneren Gefühlen, Überzeugungen und früheren Erfahrungen beruht, zu entschärfen. Die fehlende Mentalisierung, gekennzeichnet durch den psychischen Äquivalenzmodus, kann die Arbeit an Übertragungsfragen extrem erschweren. Patienten, die sich in diesem Funktionsmodus befinden, sind davon überzeugt, dass ihre Sicht des Therapeuten „korrekt“ ist, weil sie nicht in der Lage sind, bei der Übertragung „mitzuspielen“. Sie können nicht in den Als-ob-Modus umschalten und die innere Welt ihrer selbst und anderer reflektieren.

In diesem Beispiel bekommt die Patientin Angst und kann weder denken noch reflektieren, da sie auf Traumata in der Vergangenheit basierende innere Objektbeziehungen erneut erlebt. Bemerkenswert ist auch, wie die Anschuldigung der Patientin die Denkfähigkeit des Therapeuten ausschaltet, sodass er sich so weit in die Defensive hineinsteigert, dass er zu einer Version des verfolgenden Objekts wird, das sie fürchtet. Dieser Prozess der projektiven Identifikation, in dem der Therapeut dazu gezwungen wird, eine Rolle im inneren Drama der Patientin zu spielen, kann dazu führen, dass ein Therapeut unter dem Druck des Patienten vorübergehend selbst die Fähigkeit zur Mentalisierung verliert (Gabbard, im Druck). Mir andern Worten, der Therapeut hat darauf bestanden, dass nur seine eigene Version der Realität gültig ist. Borderline-Patienten können auf diese Weise die Gedanken ihres Therapeuten nutzen, um eine innere Gefahr abzuwehren und zu kontrollieren.

Die beinahe wahnhaftige Überzeugung des Patienten kann den Therapeuten dazu bringen, an sich selbst zu zweifeln. Die Förderung der Mentalisierung kann unter solchen Umständen eine enorme Herausforderung darstellen. Wie bereits erwähnt, kann die Interpretation der Bedeutung von Handlungen bei Patienten, die nicht in der Lage sind, zu mentalisieren, verfrüht sein. Zweckdienlicher ist es, solchen Patienten zu helfen, den emotionalen Zustand ausführlicher zu beschreiben, der die Handlung ausgelöst haben könnte (Fonagy 1998). So kam beispielsweise eine Patientin zur Therapiesitzung und berichtete, sie habe am Abend zuvor zehn Schokoriegel in sich hineingestopft. Der Therapeut bat sie, zu beschreiben, was diesen Fressanfall ausgelöst habe. Anfangs sagte sie, sie wisse es nicht, doch als der Therapeut sie sanft drängte, mögliche auslösende Faktoren und Gefühlszustände zu nennen, erinnerte sie sich schließlich, dass ein Mann, den sie kennengelernt hatte, sie angerufen hatte, um mit ihr auszugehen. Dann meinte sie, wenn sie mit ihm essen gegangen wäre, hätte er mit Sicherheit

gedacht, sie sei ein „fettes Schwein“ und sie nie wieder eingeladen. Also habe sie aufgelegt und sei ins Geschäft gegangen, um Schokoriegel zu kaufen. Durch diese Ermutigung zur Erklärung des emotionalen Zustands, der die Handlung ausgelöst hatte, half der Therapeut der Patientin auch, eine Verbindung zwischen Gefühlen und Handlungen herzustellen. Mit anderen Worten, der Fressanfall hatte die Patientin nicht aus heiterem Himmel überkommen, sondern resultierte aus Selbsthass und Angst im Zusammenhang mit der Einladung zum Abendessen von dem Mann, den sie kennengelernt hatte.

Eine andere Möglichkeit zur Förderung der Mentalisierung besteht darin, die jeweiligen momentanen Änderungen der Gefühle des Patienten zu beobachten, damit der Patient schließlich die Beobachtungen des Therapeuten bezüglich seines inneren Zustands internalisieren kann. Außerdem kann man den Patienten ermutigen, Vermutungen über den inneren Zustand (d. h., im weitesten Sinne, der Gegenübertragung) des Therapeuten anzustellen. In diesem Sinne hat Gunderson (1996) für den Fall, dass der Therapeut, wenn er mitten in der Nacht angerufen wurde, vorgeschlagen, in der nächsten Sitzung die Vorstellung des Patienten ergründet, indem er ihn fragt: „Was dachten Sie, was ich bei Ihrem Anruf empfinden würde?“ Eine andere Technik, um den Patienten zu mehr Reflexion zu ermutigen, besteht darin, ihm dabei zu helfen, über die Folgen selbstzerstörerischen Verhaltens nachzudenken (Waldinger 1987). Viele selbstzerstörerische Handlungen von Borderline-Patienten erfolgen unter dem Druck des Augenblicks, ohne dass sie ihre Konsequenzen in Betracht ziehen. Durch wiederholte Befragungen zu den möglichen nachteiligen Folgen eines solchen Verhaltens kann der Therapeut dazu beitragen, dass sie dem Patienten weniger Befriedigung bereiten.

**Grenzen setzen, wenn dies erforderlich ist.** Viele Borderline-Patienten erleben die üblichen professionellen Grenzen als gemeine und rigorose Vorenthaltung durch den Therapeuten. Sie verlangen möglicherweise konkretere Formen des Ausdrucks der Fürsorge wie Umarmungen, verlängerte Sitzungen, Ermäßigungen des Honorars und eine Erreichbarkeit rund um die Uhr (Gabbard and Wilkinson 1994). Manche Therapeuten, die Schuldgefühle haben, weil sie Grenzen setzen, übertreten bei Borderline-Patienten im Zeichen der Flexibilität oder der Verhinderung von Selbstmordversuchen professionelle Grenzen (Gabbard 1989c; Gutheil 1989). Ein Therapeut zum Beispiel hatte zunächst zwei Therapiesitzungen pro Woche mit einer Patientin, innerhalb eines Jahres aber erhöhte sich die Anzahl der Treffen auf sieben pro Woche. Sonntags fuhr er extra ins Büro, um die Patientin zu treffen. Als ein Berater ihn darauf ansprach, verteidigte sich der Therapeut damit, dass dies nötig sei, um zu verhindern, dass die Patientin Selbstmord beging. Er gab außerdem zu, dass er der Patientin erlaubte, während der Sitzungen auf seinem Schoß zu sitzen, was er damit rechtfertigte, dass er ihr so die Fürsorge zukommen ließe, die sie als Kind nicht bekommen habe. Eine andere Patientin bestand darauf, dass nur ein von ihrem

Therapeuten ausgelöster Orgasmus zu einer Besserung führen könne. Sie drohte, sich umzubringen, falls der Therapeut ihrem Wunsch nicht nachkommen sollte. Nachdem zwei verschiedene Therapeuten ihrer Forderung nachgekommen waren, brachte sie sich trotzdem um – mit ihren unangebrachten Formen des Ausdrucks der „Fürsorge“ war es ihnen nicht gelungen, auf die zugrunde liegenden Probleme der Patientin einzugehen oder ihren emotionalen Schmerz zu lindern (Eyman and Gabbard 1991). Die Dynamik erotischer oder erotisierter Übertragung wird in Kapitel 18 umfassender besprochen, doch das tragische Ende dieser Patientin zeigt nur zu deutlich, wie sinnlos es ist, den Wünschen von Patienten nachzugeben. Je mehr unangebrachte Befriedigung ein Borderline-Patient erhält, desto instabiler wird er.

Andererseits kann der Therapeut sich nicht emotional von seinem Patienten distanzieren und jegliche Reaktion auf dessen emotionale Bitten verweigern. Ein guter Leitfaden ist hier die Unterscheidung zwischen „libidinösen Forderungen“ und „Notwendigkeiten im Interesse der Entwicklung“, wie sie Casement (1985) vorgenommen hat. Erstere können nicht erfüllt werden, ohne dass der Therapeut die Behandlung ernstlich gefährdet und schwerwiegende ethische Kompromisse eingeht. Letztere können nicht verweigert werden, ohne dass die Entwicklung des Patienten verhindert wird. Einerseits ist konsequentes Vorgehen einer der Faktoren, durch die eine Halt gebende Umgebung für den Patienten geschaffen wird, andererseits sind empathische Reaktionen auf die sich ändernden Bedürfnisse des Patienten von großer Bedeutung für die Aufrechterhaltung des therapeutischen Bündnisses.

Ein Großteil der Schwierigkeiten rührt daher, dass der Therapeut sich als gemein und sadistisch empfindet, wenn er dem Handeln des Patienten angemessene Grenzen setzt. Paradoxerweise verschlechtert sich der Zustand vieler Patienten, die mehr Freiheiten verlangen, wenn man ihnen diese gewährt. In einer ausgegliederten Studie des Menninger Foundation Psychotherapy Research Project untersuchten Colson et al. (1985) die Fälle mit negativem Ausgang. Eine Gemeinsamkeit war, dass der jeweilige Therapeut dem Ausleben bestimmter Verhaltensweisen keine Grenzen gesetzt hatte, sondern auch weiterhin nur die unbewussten Motivationen solcher Verhaltensweisen interpretiert hatte, während sich der Zustand des Patienten verschlechterte.

In einer kurzen Zusammenfassung der Verhaltensweisen, bei denen Grenzen gesetzt werden müssen, hat Waldinger (1987) diejenigen, die die Sicherheit des Therapeuten oder des Patienten gefährden, und diejenigen, die die Psychotherapie als solche gefährden, genannt. Selbstmord ist bei Borderline-Patienten ein allgegenwärtiges Risiko, und der Therapeut muss bereit sein, seinen Patienten in ein Krankenhaus einzuweisen, wenn diese Impulse überhand nehmen. Therapeuten geraten häufig in die unhaltbare Lage, dass sie heldenhaft versuchen, Todeskandidaten zu behandeln, indem sie ständig mit ihnen in Kontakt sind. Ein Therapeut telefonierte schließlich jeden Abend eine Stunde lang mit einer Borderline-Patientin, um zu verhindern, dass sie sich umbrachte.

**Abschließen und Aufrechterhaltung des therapeutischen Bündnisses.** Wie in diesem Kapitel bereits erwähnt, ist das therapeutische Bündnis in der Psychotherapie von Borderline-Patienten ein schwer zu definierendes Konstrukt. Wegen der chaotischen inneren Objektbeziehungen des Patienten wird der Therapeut im Laufe der Behandlung mit großer Wahrscheinlichkeit entweder in einen Gegner oder in einen idealisierten Retter transformiert. Er sollte den Patienten an die üblichen Ziele der Psychotherapie erinnern, wenn es besonders schwierig wird. Dem Patienten muss wiederholt klargemacht werden, dass die Therapie keine Zwangsmaßnahme ist. Sie ist ein Prozess, für den sich der Patient entschieden hat, um an bestimmten Fragen zu arbeiten, die ihm Leid bereiten. Die Patienten vergessen diese Ziele häufig, und sie zu wiederholen, dient auch dazu, den Patienten daran zu erinnern, dass der Therapeut ein Verbündeter ist, der mit ihm kooperiert.

**Handhabung der Abspaltung der Pharmakotherapie von der Psychotherapie.** Wie in Kapitel 5 betont wurde, erfordert die Pharmakotherapie dasselbe psychodynamische Verständnis wie die Psychotherapie. Wenn ein und derselbe Psychiater sowohl die Pharmakotherapie als auch die Psychotherapie des Borderline-Patienten durchführt, muss er darauf achten, dass er die medikamentöse Behandlung nicht als administrative Angelegenheit handhabt, mit der man sich nicht weiter befassen muss. Für die Verschreibung von Medikamenten sind dieselben psychodynamischen Fragen – Übertragung, Gegenübertragung und Abwehr – von Bedeutung wie bei der Psychotherapie. Eine Umfrage unter dynamischen Therapeuten, die sehr viel Erfahrung mit der Behandlung von Borderline-Patienten hatten (Waldinger and Frank 1989), ergab, dass sie mit höherer Wahrscheinlichkeit Medikamente verschreiben, wenn sie hinsichtlich der Fähigkeit des Patienten zur psychotherapeutischen Arbeit pessimistisch sind. Sie berichteten außerdem, dass beinahe die Hälfte ihrer Patienten die Medikamente falsch anwendeten. Dieser Missbrauch stand in einem engen Zusammenhang mit Übertragungsfragen, und die Forscher empfahlen, dass Therapeuten die Vorstellungen ihrer Patienten bezüglich der Medikamente erfragen sollten, um Missbrauch zu vermeiden. Es kann zu einer idealisierenden Übertragung kommen, bei der das Medikament als Allheilmittel betrachtet wird, das alle Probleme des Patienten löst. Nicht selten wird das Medikament auch als Mittel betrachtet, mit dessen Hilfe der Therapeut die Kontrolle über das Leben des Patienten zu übernehmen versucht. Wenn ein Therapeut einem Patienten ein Medikament verschreibt, muss er ihm helfen, zu verstehen, dass die Ziele bescheiden sind, dass es darum geht, affektive, impulsive oder kognitive Symptome zu beeinflussen, um die Psychotherapie zu erleichtern.

Wenn Pharmakotherapie und Psychotherapie von zwei verschiedenen Klinikern durchgeführt werden, ist die Gefahr der Abspaltung der medikamentösen Behandlung von der Psychotherapie noch größer. Es muss

klar sein, dass die beiden behandelnden Ärzte zum selben Team gehören und sich offen über die Behandlung austauschen müssen. Ein großes Hindernis bezüglich des regelmäßigen Austauschs zwischen dem Therapeuten und dem verschreibenden Arzt besteht darin, dass die dafür aufgewendete Zeit selten vergütet wird. Fehlende Kommunikation ist jedoch ein fruchtbarer Boden für eine Abspaltung. Möglicherweise idealisiert der Patient den Pharmakotherapeuten als einen freundlichen und entgegenkommenden Arzt, der versucht, Beschwerden und Leid zu lindern – im Gegensatz zum Psychotherapeuten, der ihn ständig drängt, schmerzhaft Emotionen zu reflektieren und zu verstehen. Umgekehrt kann der Patient den verschreibenden Arzt als jemanden wahrnehmen, der ihn nach 15 Minuten aus seinem Zimmer „schiebt“, während sich der Psychotherapeut die Zeit nimmt, ihm zuzuhören und ihn zu verstehen. Ohne regelmäßige Besprechungen über die Aufgabenteilung zwischen den beiden Ärzten kann sich die Behandlung äußerst chaotisch gestalten. Der Pharmakotherapeut und der Psychotherapeut sowie etwaige weitere Mitglieder des Behandlungsteams müssen klare Absprachen darüber treffen, wer von ihnen an erster Stelle für die Sicherheit und die Behandlung des Patienten zuständig ist (Gabbard 2000). Dieser Arzt hat das letzte Wort bezüglich der Einweisung in ein Krankenhaus, der Anwendung oder Einstellung einer Behandlungsform und der Überwachung der Sicherheit.

Unabhängig davon, welcher Arzt des Behandlungsteams diese Funktion der letzten Instanz einnimmt, müssen die Behandelnden verschiedene Fragen explizit besprechen (Meyer and Simon 1999b). Der Patient sollte seine Zustimmung dazu erteilen, dass der Psychotherapeut und der Pharmakotherapeut sich im erforderlichen Maße über die Behandlung austauschen. Auch sollten sich beide Ärzte verpflichten, den anderen über in Betracht gezogene wesentliche Änderungen der Therapie zu informieren. Außerdem sollten sie vereinbaren, wer Notrufe bezüglich einer möglichen Einweisung am Abend und am Wochenende entgegennimmt, wer die Urlaubsvertretung übernimmt und wer für den Kontakt mit Außenstehenden zuständig ist. Um eine mögliche Abspaltung zu handhaben, sollten der Pharmakotherapeut und der Psychotherapeut für den Fall, dass der Patient einen der behandelnden Ärzte diskreditiert, vereinbaren, dass derjenige, der diese Information erhält, mit dem anderen in Kontakt tritt, um die Lage zu besprechen, statt die Information für bare Münze zu nehmen und dementsprechend zu handeln. Und schließlich sollten der Pharmakotherapeut und der Psychotherapeut übereinkommen, dass jeder von ihnen die Teilnahme an der Behandlung beenden kann, wenn er den Eindruck hat, dass die Kooperation nicht funktioniert. In diesem Fall ist eine angemessene Frist zu gewähren, damit ein Ersatz gefunden werden kann. Bevor sie zu diesem drastischen Mittel greifen, sollten die Ärzte jedoch erwägen, einen Konsultanten hinzuzuziehen, um ihre Differenzen gegebenenfalls beizulegen.

**Dem Patienten helfen, Aspekte des Selbst wieder anzunehmen, die er verleugnet oder auf andere projiziert hat.** Da Abspaltung und projektive Identifikation primäre Abwehrmechanismen von Borderline-Patienten sind, ist das Gefühl, unvollständig oder zersplittert zu sein, ein wesentliches Merkmal der Psychopathologie der BPD. Es kann vorkommen, dass Patienten ihre Handlungen von vor einem Monat leugnen, als wäre jemand anderes für sie verantwortlich. Diese fehlende Selbstkontinuität äußert sich auch in den von Woche zu Woche eintretenden dramatischen Veränderungen dessen, wie sich die Patienten dem Therapeuten präsentieren. Es ist Aufgabe des Therapeuten, diese Splitter des Selbst des Patienten zu verbinden und die zugrunde liegenden Ängste bezüglich der Wiederannahme und der Integration der unvereinbaren Selbstrepräsentationen in ein kohärentes Ganzes zu deuten. Ebenso projiziert der Patient innere Selbst- und Objektrepräsentationen auf den Therapeuten oder andere Personen. Der Therapeut versucht mit der Zeit, dem Patienten klarzumachen, dass er unbewusste Aspekte seiner selbst anderen zuschreibt, um auf diese Weise die Kontrolle über diese schmerzlichen Teile seiner selbst zu erlangen. Hierzu bedarf es vor allem der Deutung der Angst des Patienten davor, dass, wenn er die guten und die schlechten Aspekte seiner selbst und anderer integriert, der starke Hass, den er hegt, etwaige Reste von Liebe vernichten wird. Der Therapeut muss dem Borderline-Patienten helfen, zu erkennen, dass Hass eine allgegenwärtige Emotion ist, die integriert und durch Liebe ausgeglichen werden muss, damit die Aggression in konstruktivere Bahnen gelenkt werden kann. Wie ich an anderer Stelle angemerkt habe: „Wir helfen dem Patienten, in seiner Haut zu leben, und zwar mit der Dialektik, die durch Liebe und Hass, durch Leben und Zerstörung entsteht“ (Gabbard 1996, S. 231).

**Beobachten von Gegenübertragungsgefühlen.** Eng verbunden mit dieser Abhandlung über die Psychotherapie ist die zentrale Bedeutung der Beschäftigung mit der Gegenübertragung. Indem er die projizierten Teile des Patienten in Grenzen hält und über die Art dieser Projektionen nachdenkt, kann der Therapeut die innere Welt des Patienten besser verstehen (Gabbard and Wilkinson 1994). Darüber hinaus verhindert die stetige Beobachtung der eigenen Gefühle die Umsetzung von Gegenübertragungen in Handlungen. Jeder Therapeut hat persönliche Grenzen, aufgrund welcher er nur ein bestimmtes Maß an Hass oder Wut ertragen kann. Wenn er seine Gegenübertragungsgefühle genau beobachtet, kann er statt auf destruktive auf konstruktive Weise mit diesen Grenzen umgehen. Beispielsweise kann der Therapeut Gegenübertragungsgefühle therapeutisch nutzen, indem er zum Patienten sagt: „Ich habe das Gefühl, dass Sie versuchen, mich wütend auf Sie zu machen, statt zuzulassen, dass ich Ihnen helfe. Versuchen wir doch mal zu verstehen, was hier eigentlich vorgeht.“ Oder der Therapeut muss den verbalen Angriffen des Patienten folgendermaßen Grenzen setzen: „Ich glaube nicht, dass ich effektiv mit Ihnen arbeiten kann, wenn Sie mich weiterhin anschreien.“



Ich denke, Sie sollten versuchen, Ihre Wut im Zaum zu halten, damit Sie mir mehr darüber mitteilen können, ohne zu schreien.“ Gegenüber Borderline-Patienten muss sich der Therapeut natürlich geben, andernfalls schürt er nur den Neid des Patienten auf ihn als eine heilige Figur, die im Grunde gar nicht menschlich ist (Searles 1986).

Das folgende Beispiel einer Psychotherapiesitzung mit Frau CC, einer 22-jährigen Borderline-Patientin, veranschaulicht einige der bisher beschriebenen Grundsätze bezüglich der Techniken:

*(Frau CC kommt zur Sitzung, nachdem sie die vorherige versäumt hat. Sie beginnt die Sitzung, indem sie den Therapeuten in eine Plauderei über ein Buch in seinem Regal verwickelt.)*

FRAU CC: Hey, Sie haben ein neues Buch.

THERAPEUT: Nein, das hat schon immer da gestanden.

FRAU CC: Hat es nicht. Dann wäre es mir schon früher aufgefallen.

THERAPEUT: Hm, ich bin mir ziemlich sicher, dass es schon da war. Aber ich möchte jetzt das Thema wechseln und erfahren, weshalb Sie letztes Mal nicht erschienen sind.

*(Zur Überleitung plaudert der Therapeut noch ein wenig, kommt dann aber auf die ernsthafte Angelegenheit der versäumten Sitzung zurück.)*

FRAU CC: Ich hatte einfach keine Lust zur Therapie. Ich wollte mich nicht mit den Gefühlen auseinandersetzen müssen, die hier drin sind.

THERAPEUT: Haben Sie die Nachricht bekommen, die ich Ihnen auf dem Anrufbeantworter hinterlassen habe?

*(Der Therapeut, der wegen der Selbstmordgefährdung seiner Patientin besorgt gewesen war, hatte sie zu Hause angerufen, als sie nicht erschienen war.)*

FRAU CC: Ja. Ich war da, als Sie auf den Anrufbeantworter gesprochen haben.

THERAPEUT: Warum haben Sie nicht abgenommen?

FRAU CC: Ach, ich nehme nie ab. Ich will mit niemandem sprechen.

THERAPEUT: Erinnern Sie sich, dass ich Sie gebeten hatte, mich zurückzurufen?

FRAU CC: Ich weiß, aber es war mir zu peinlich, Sie zurückzurufen.

THERAPEUT: Was haben Sie gedacht, wie ich darauf reagieren würde?

*(Der Therapeut ermutigt die Patientin zur Mentalisierung, indem er sie auffordert, ihre Vorstellung von seiner Gegenübertragung zu ergründen.)*



FRAU CC: Darüber habe ich eigentlich gar nicht nachgedacht.

*(Die Patientin zeigt fehlende Mentalisierung, indem sie nicht über innere Zustände ihrer selbst oder anderer nachdenkt.)*

THERAPEUT: Waren Sie beunruhigt, weil ich mir Sorgen machen könnte, dass Sie sich verletzen?

FRAU CC: Ja, ich denke schon, dass ich beunruhigt war. Es tut mir Leid. Ich werde so etwas nicht wieder machen.

THERAPEUT: Ich möchte noch ein bisschen weiter gehen, als dass es Ihnen Leid tut, und sehen, ob wir ergründen können, was in solchen Momenten in Ihnen vorgeht, denn es wirkt sich auf unsere Zusammenarbeit aus, wenn Sie nicht zur Therapie kommen.

*(Der Therapeut stellt klar, dass eine der Voraussetzungen für die Durchführbarkeit der Therapie darin besteht, dass die Patienten regelmäßig zu den Sitzungen erscheint.)*

FRAU CC: Ich war da einfach mit mir selbst beschäftigt. Ich hatte so ein Tief.

THERAPEUT: Weswegen?

FRAU CC: Ich weiß nicht.

THERAPEUT: Also, wir wollen uns doch nicht mit „Ich weiß nicht“ zufrieden geben. Versuchen wir doch mal, nach Gründen zu suchen.

*(Die Patientin will nicht über ihren inneren Zustand nachdenken, doch der Therapeut ermutigt sie, etwas mehr zu bieten als die nichts sagende Erledigung des Themas.)*

FRAU CC: Tja, ich habe einfach das Gefühl, dass mich alle vergessen werden. Niemand wird sich darum scheren, was ich mache oder welche Bedürfnisse ich habe.

THERAPEUT: Aber Sie haben mir doch gesagt, dass Sie es nicht ausstehen können, dass sich Ihre Eltern ständig in Ihr Leben einmischen und Ihnen nicht von der Seite weichen.

FRAU CC: Ich weiß, aber das ist so, weil ich ständig Mist baue.

THERAPEUT: Denken Sie, dass Sie niemand mehr beachtet, wenn Sie aufhören, Mist zu bauen, und Verantwortung übernehmen?

*(Der Therapeut gibt eine mögliche Interpretation oder Erklärung für das Verhalten der Patientin in Form einer Frage statt einer entschiedenen Aussage, damit die Patientin abwägen und reflektieren kann.)*

FRAU CC: Ich denke einfach, dass mich alle vergessen werden.

THERAPEUT: Dazu fällt mir etwas ein. Ist es vielleicht so, dass Sie Leute vergessen, wenn Sie nicht mit ihnen zusammen sind, und deshalb befürchten, dass andere Sie genauso vergessen werden?

*(Der Therapeut gibt eine Interpretation ihrer Sorge, die darauf basiert, dass er sich ihrer geringen Objektkonstanz oder ihres schlechten evokativen Gedächtnisses bewusst ist.)*

FRAU CC: Ich kann mir Leute nicht merken. Ich kann mir Ihr Gesicht nicht vorstellen, wenn ich nicht bei Ihnen bin. Ich kann mir die Gesichter meiner Eltern und das meines Bruders nicht vorstellen. Es ist, als wären sie gar nicht da. Das habe ich noch nie gekonnt.

THERAPEUT: Dann kann ich mir vorstellen, dass es schwer für Sie ist, sich auszumalen, wie die Menschen auf Sie reagieren, wenn Sie nicht bei ihnen sind. Genau wie letzten Donnerstag, als Sie unsere Sitzung versäumt haben. Da ist es Ihnen wahrscheinlich schwer gefallen, sich vorzustellen, wie ich hier sitze und mich frage, wo Sie sind und warum Sie nicht angerufen haben.

*(Der Therapeut teilt auf empathische Weise mit, dass er die Schwierigkeiten der Patientin bezüglich der Mentalisierung und des evokativen Gedächtnisses versteht.)*

FRAU CC: Ich habe einfach nicht daran gedacht. Das liegt zum Teil daran, dass ich langsam genug von der Therapie habe. Und da ist noch etwas, was ich Ihnen nicht gesagt habe. Ich habe mein Prozac abgesetzt.

THERAPEUT: Wann?

FRAU CC: Ungefähr vor einer Woche.

THERAPEUT: Warum haben Sie das nicht mit mir besprochen, damit wir die Vor- und Nachteile besprechen können?

*(Die Gegenübertragungsfrustration des Therapeuten entsteht, als er sich mit kontrollierenden Eltern zu identifizieren beginnt, die die Patientin zwingen wollen, alles zu tun, was sie sagen.)*

FRAU CC: Ich wusste, dass Sie nein sagen würden.

THERAPEUT: Mir ist aber immer noch nicht klar, warum Sie es abgesetzt haben.

FRAU CC: Ich will einfach keine Patientin sein. Die Therapie ist ja ganz okay, aber ich will keine Medikamente nehmen.

THERAPEUT: Ich glaube, was mich am meisten daran stört, ist, dass Sie nicht mit mir darüber gesprochen haben, was Sie vorhaben. Das ist so ähnlich wie am Donnerstag nicht zu erscheinen, mich nicht anzurufen und mich nicht zurückzurufen, nachdem ich Sie angerufen hatte. Es scheint, als gäbe es einen Teil von Ihnen, der mich als Gegner betrachtet und bei wichtigen Entscheidungen nicht mit mir zusammenarbeiten will, wie das Absetzen von Prozac oder das Erscheinen zur Therapie.

FRAU CC: Es ist, als würden mich alle mustern und jede meiner Bewegungen beobachten. Alle versuchen, mich dabei zu

erwischen, wie ich etwas falsch mache.

THERAPEUT: Tja, wenn Sie mich so sehen, dann kann ich verstehen, warum Sie der Therapie fernbleiben. Ich denke, es ist wichtig, dass wir nicht vergessen, dass Sie hier sind, weil Sie die Selbstmordgefährdung überwinden und ein produktiveres Leben führen wollen.

*(Der Therapeut geht so an die aufkommende negative Übertragung und die Gegnerrolle, die ihm zugeteilt wurde, heran, dass sie der Förderung des therapeutischen Bündnisses und der Rückkehr zu den ursprünglichen Zielen der Therapie dient.)*

## Stationäre Behandlung und Behandlung in einer Tagesklinik

Die Grundsätze für psychoanalytisch qualifizierte Krankenhäuser und Tageskliniken wurden in Kapitel 6 dargelegt, wo außerdem die Handhabung der Abspaltung besprochen wurde, die bei der Arbeit mit Borderline-Patienten so wichtig ist. Deshalb sei bezüglich der wichtigsten Grundsätze der Milieuthérapie von Borderline-Patienten auf Kapitel 6 verwiesen. Einige andere Besonderheiten der Behandlung von BPD-Patienten werden hier besprochen.

In einem Krankenhaus können Borderline-Patienten die Ordnung der Station stören, da ihr inneres Chaos im Milieu externalisiert wird. Manche werden „besondere“ Patienten, die enorme Gegenübertragungsprobleme im Zusammenhang mit Abspaltung und projektiver Identifikation verursachen (Burnham 1966; Gabbard 1986; Main 1957). Andere sind außerordentlich hasserfüllt und greifen alle Mitglieder des Personals, die ihnen zu helfen versuchen, scharf an (Gabbard 1989b), wodurch sie dem Personal das Gefühl geben, sich vergeblich zu bemühen. Wieder andere begeben sich in die passive Opposition und verweigern jegliche Teilnahme an den Maßnahmen des Behandlungsplans (Gabbard 1989a). Obwohl die Krankheit dieser Patienten behandlungsresistent erscheinen mag, profitieren einige schließlich doch von einer Behandlung, bei der die individuelle Dynamik des Patienten und die Gegenübertragung des Personals berücksichtigt werden.

Es gibt viel Wissen über die stationäre Behandlung von Borderline-Patienten, das meiste basiert jedoch auf spärlichen oder gar keinen Daten. Manche Kliniker sind der Ansicht, dass Borderline-Patienten nicht ins Krankenhaus eingewiesen werden sollten, weil dies zu Regressionen und Abhängigkeit führt. Diese Prämisse wird nicht durch harte Daten untermauert, mindestens eine kontrollierte Studie hat jedoch gezeigt, dass die Behandlung im Krankenhaus bei Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen sehr nützlich sein kann. Im Vereinigten Königreich haben Dolan et al. (1997) im Henderson Hospital eine Gruppe von 137 aufeinander folgenden Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen bei der Überweisung und bei der Nachbehandlung nach 1 Jahr untersucht. 70 der überwiesenen Patienten wurden aufgenommen,

67 nicht. Die Forscher stellten bei der Gruppe der Aufgenommenen eine deutlich größere Verringerung der Werte des Borderline-Syndrom-Index fest als bei der der nicht Aufgenommenen. Zudem gab es eine deutliche positive Korrelation zwischen der Veränderung der Werte und der Länge des Krankenhausaufenthaltes.

Ein Großteil der Behandlungen, die früher stationär durchgeführt wurden, erfolgt heute in Tageskliniken. Die beeindruckenden Ergebnisse in der Halliwick Day Unit deuten darauf hin, dass dies eine viel versprechende Behandlungsform ist. Piper et al. (1993) hatten ebenfalls Erfolg bei der randomisierten Behandlung von Persönlichkeitsstörungen in einer Tagesklinik, und auch Wilberg et al. (1999) konnten positive Ergebnisse bei der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in einer Tagesklinik nachweisen. Um festzustellen, ob die Tagesbehandlung auch außerhalb des wissenschaftlichen Umfeldes erfolgreich ist, testeten Karterud et al. (2003) von 1993 bis 2003 1010 Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in acht verschiedenen Behandlungsprogrammen des Norwegischen Netzwerkes Psychotherapeutischer Tageskliniken. Bei Probanden mit Persönlichkeitsstörungen, die den Test ausgefüllt hatten, von denen viele BPD hatten, zeigte sich von der Aufnahme bis zur Entlassung bei allen Variablen eine deutliche Verbesserung, die bis zur Nachsorge beibehalten oder noch gesteigert wurde. Dementsprechend gilt die Tagesbehandlung mittlerweile als äußerst effektiver Ansatz für die Behandlung von Borderline-Patienten und anderen Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. Die Behandlungsgrundsätze, die zuvor bei langen Krankenhausaufenthalten angewandt wurden, können auch bei der Tagesbehandlung angewandt werden.

Manche Patienten kommen im Allgemeinen gut mit der ambulanten Psychotherapie zurecht, brauchen jedoch im Laufe der Psychotherapie in Übergangsphasen, in denen sie stark selbstmordgefährdet, selbstzerstörerisch oder etwas realitätsfern sind, regelmäßig kurze Krankenhausaufenthalte. Außerdem können Störungen verschiedenen Ausmaßes im Psychotherapieprozess auftreten. Da das kurzfristige Ziel der Einweisung in ein Krankenhaus die schnelle Wiederherstellung der Abwehrmechanismen und der adaptiven Funktion des Patienten ist, muss das stationäre Personal ihm antiregressive Erwartungen vermitteln. Die Behandelnden des Milieus müssen dem Patienten klarmachen, dass er seine Impulse kontrollieren kann, auch wenn er das Gegenteil behauptet. Obwohl gelegentlich externe Kontrolle wie Fixierung oder die Gabe von Neuroleptika erforderlich sein kann, liegt die Betonung darauf, dem Patienten zu helfen, die Verantwortung für die Selbstkontrolle zu übernehmen. Das geschwächte Ich des Patienten kann durch feste, konsequente Strukturen mit einem geregelten Zeitplan, eindeutigen Konsequenzen bei impulsiven Ausbrüchen und einem vorhersehbaren System von Gruppen und Einzeltreffen mit dem Personal und anderen Patienten stabilisiert werden.

Neu eingewiesene Borderline-Patienten erwarten gewöhnlich ausgedehnte Einzelsitzungen nach Bedarf mit dem Pflegepersonal. Wenn sich die Pfleger

dazu verleiten lassen, diesen Wünschen nachzukommen, verschlechtert sich der Zustand des Patienten normalerweise proportional zu der Zeit, die er mit solchen Einzel-„Therapie“-Sitzungen verbringt. Borderline-Patienten profitieren viel mehr, wenn das Pflegepersonal kurze Sitzungen von 5 bis 10 Minuten in den Zeitplan einbaut.

Das Personal des Milieus und die Struktur der Station stellen für den Borderline-Patienten ein Hilfs-Ich dar. Das Stationspersonal ist nicht für Ergründung oder Interpretation zuständig, kann dem Patienten jedoch helfen, die Auslöser seiner Krise zu erkennen, die Entladung von Impulsen zu verzögern, indem er nach Alternativen sucht, die Konsequenzen seiner Handlungen vorherzusehen und seine inneren Objektbeziehungen zu klären (wie in Kapitel 6 beschrieben). Außerdem dient ein kurzer Krankenhausaufenthalt dazu, einen besseren Einblick in die innere Welt des Patienten zu bekommen. Und schließlich kann das Personal im Milieu dem Psychotherapeuten oft dabei helfen, eine Krise oder Sackgasse in der Psychotherapie des Patienten zu verstehen. Abgesehen davon, dass es sich mit Abspaltungsprozessen befasst (wie in Kapitel 6 beschrieben), kann das Personal im Milieu dem Therapeuten helfen, indem es seine Kompetenz und seinen Wert als Kliniker bestätigt (Adler 1984). Aus der selbstpsychologischen Sicht Adlers können die Pfleger der Station und andere Mitglieder des Personals sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten Selbstobjektfunktionen erfüllen (Adler 1987).

Es muss auch Regeln auf der Station geben, die bewirken, dass niemand etwas für sich behält. Alles, was der Patient einem Mitglied des Personals mitteilt, muss in den Personalbesprechungen an die anderen weitergegeben werden. Das Stationspersonal muss in der Lage sein, dem Patienten wiederholt mit einem in sachlichem, fürsorglichem Ton, der keine böse Absicht vermittelt, geäußerten „Nein“ zu begegnen. Andernfalls kann der Patient möglicherweise nicht verinnerlichen, dass die „guten“ Betreuer dieselben Personen sind, die einschränkende (d. h. „böse“) Maßnahmen anwenden. Diese Integration der inneren Selbst- und Objektrepräsentationen ist ein weiteres primäres Ziel einer längeren stationären Behandlung.

Dem Patienten auferlegte Grenzen müssen immer auf einem empathischen Verständnis dessen beruhen, dass dieser Grenzen braucht, und nicht auf einem sadistischen Streben nach Kontrolle – als welches der Patient solche Maßnahmen gewöhnlich empfindet.

Selbstmörderische und selbstverstümmelnde Handlungen stellen oft ein großes Problem dar, da Borderline-Patienten mit diesem Verhalten versuchen, das gesamte Behandlungspersonal ebenso zu kontrollieren, wie sie ihre Familie und die ihnen Nahestehenden kontrolliert haben. Das Personal muss klar herausstellen, dass jeder Patient letztlich selbst dafür verantwortlich ist, solche Handlungen zu kontrollieren, und ihn niemand davon abhalten kann, Selbstmord zu begehen. Borderline-Patienten fügen sich häufig oberflächliche

Schnitte mit Büroklammern, Getränkedosen, Glühbirnen und anderen Gegenständen zu, die gewöhnlich auch in Krankenhäusern zur Verfügung stehen. Auch wenn die durch solche oberflächlichen Kratzer verursachten Verletzungen minimal sind, muss das Stationspersonal der Ursache solcher Verstümmelungen gründlich nachgehen. Hängen sie mit Episoden der Depersonalisierung oder Dissoziation zusammen? Liegt eine Vorgeschichte sexuellen Missbrauchs in der Kindheit vor? Rechtfertigt der Zustand des Patienten die Gabe von Fluoxetin? Ist die Handlung in erster Linie manipulativer Natur, um die Aufmerksamkeit des Personals zu erlangen?

Chronisch selbstmordgefährdete Patienten können beim Personal starke Gegenübertragungsgefühle auslösen, das die Versuche und Handlungen als manipulativ bewertet und deshalb zunehmend mit Gleichgültigkeit auf die Selbstmorddrohungen des Patienten reagiert. Das Stationspersonal muss sich dessen bewusst sein, dass die Wahrscheinlichkeit, dass sie Selbstmord begehen, bei Personen, die bereits einen Selbstmordversuch unternommen haben, 140 mal so groß ist wie bei solchen, die keinen unternommen haben (Tuckman and Youngman 1963) und etwa 10–20 % derjenigen, die einen Selbstmordversuch unternommen haben, sich schließlich umbringen (Dorpat and Ripley 1967).

## Familientherapie

Eine Änderung der inneren Objektwelt des Borderline-Patienten durch eine Therapie erfordert normalerweise eine intensive Einzelpsychotherapie, die Arbeit mit der Familie ist jedoch häufig eine wichtige Ergänzung. Eine formale Familientherapie ist weitaus seltener als eine oder mehrere Familienmaßnahmen im Laufe der Therapie (Brown 1987). Eine stationäre Behandlung beispielsweise bietet dem Arzt die Gelegenheit, die Familie des Patienten kennenzulernen. Die konkreten Interaktionen können dann mit der Art der Bezogenheit des Patienten im Milieu der Station verglichen und kontrastiert werden. Bei der ambulanten Psychotherapie kann es vorkommen, dass der individuelle Prozess durch die antitherapeutischen Bestrebungen der Familienmitglieder untergraben wird, die sich durch jegliche Veränderung des Patienten bedroht fühlen. Deshalb können für eine erfolgreiche Einzelbehandlung auch Familienmaßnahmen oder, in schweren Fällen, eine Familientherapie erforderlich sein.

Der erste Schritt einer Familienmaßnahme besteht darin, festzustellen, welche Rolle die Interaktion in der Familie bei der Pathogenese und der Aufrechterhaltung der Symptome des Patienten spielt. Wie in Kapitel 5 dargelegt, sind Abspaltung und projektive Identifikation extrem häufige Mechanismen, die der Aufrechterhaltung eines pathologischen Gleichgewichts in der Familie dienen. So kann es zum Beispiel vorkommen, dass ein Elternteil

böse innere Selbst- oder Objektrepräsentationen abwehrt und sie auf einen Nachkommen im jugendlichen oder frühen Erwachsenenalter projiziert, der sich mit diesen Projektionen identifiziert und schließlich zum Symptomträger in der Familie wird.

Beim Diagnostizieren von Mustern in der Familie darf der Therapeut der Familie nicht seine eigenen theoretischen Konstrukte aufzwingen. Obwohl beispielsweise bestimmte psychodynamische Modelle (Masterson and Rinsley 1975) von einem übermäßigen Engagement der Mutter ausgehen, haben empirische Forschungen (Gunderson and Englund 1981; Gunderson et al. 1980) ergeben, dass übermäßig engagierte Eltern seltener sind als pflichtvergessene. Pflichtvergessene Eltern von Borderline-Patienten sind häufig selbst bedürftig und können ihren Kindern deshalb oft keine Anleitung in Form von Regeln oder „Strukturen“ geben.

In Familien, in denen übermäßiges Engagement ein vorherrschendes Muster ist, muss bei Familienmaßnahmen berücksichtigt werden, dass jedes Familienmitglied das andere braucht. Möglicherweise haben auch die Eltern eine Borderlinepsychopathologie und fühlen sich durch die Aussicht, ihr Borderline-Kind durch eine Therapie zu „verlieren“, aufs Höchste bedroht. Der Kliniker muss die Möglichkeit, dass eine deutliche Besserung beim Patienten eine schwere Dekompensation bei dem betroffenen Elternteil zur Folge haben kann, der wegen der vermeintlichen Trennung in Panik geraten kann (Brown 1987), ernsthaft in Betracht ziehen. In solchen Fällen muss er der Familie helfen, mit dem Dilemma, das durch die Veränderungen beim Patienten und in der gesamten Familienstruktur entsteht, fertig zu werden. Der Therapeut muss jegliche Versuche der „Entzweigung“ des Borderline-Patienten und seiner Familie tunlichst vermeiden. Solche Versuche werden sowohl die Familie als auch der Patient als große Bedrohung empfinden, die sie dazu veranlasst, „die Verteidigungslinien zu schließen“ und sich noch weiter zu verstricken. Ein Familientherapeut erzielt bessere Ergebnisse, wenn er eine nicht urteilende, neutrale Haltung in Bezug auf Veränderungen einnimmt und nachfühlen kann, dass die Familie wegen der aus dem übermäßigen Engagement resultierenden Stabilität zusammenbleiben muss (Jones 1987). Jegliche Änderungen am System müssen von innen kommen und dürfen nicht von Therapeuten erzwungen werden, die traditionell großen Wert auf Trennung und Autonomie legen.

Ein weiterer wichtiger Grundsatz bei der Arbeit mit Familien von BPD-Patienten besteht darin, sich hinsichtlich der Verunglimpfung der Eltern nicht auf die Seite des Patienten zu stellen, als wäre jede ungeheuerliche Aussage die reine Wahrheit. In einer Studie, in der die Wahrnehmungen von BPD-Patienten bezüglich ihrer Familie mit den Wahrnehmungen ihrer Eltern und denen normativer Familien verglichen wurden, haben Gunderson and Lyoo (1997) festgestellt, dass Borderline-Patienten ihre Familie weitaus negativer sehen als ihre Eltern und die normativen Familien. Eltern sind gewöhnlich untereinander



einer Meinung, nicht jedoch mit ihrem Borderline-Kind. Diese Spaltung innerhalb der Familie ist ernst zu nehmen. Der Arzt sollte bedenken, dass die Darstellung des Patienten möglicherweise durch seine psychologischen Neigungen beeinflusst wird, darf jedoch auch nicht vergessen, dass die Sicht der Eltern ebenfalls mit Vorsicht zu genießen ist. Viele Eltern zeigen bei einer Beurteilung Abwehrreaktionen und haben das Gefühl, als weise man ihnen die Schuld für die Probleme ihres Kindes zu. In den meisten Fällen liegt die Wahrheit irgendwo in der Mitte, und die Wahrnehmungen beider Seiten haben eine gewisse Gültigkeit. Gunderson und Lyoo haben sich auch für die Psychoedukationsarbeit mit Familien von BPD-Patienten ausgesprochen, die ihnen helfen soll, die Komplexität der Borderlinepathologie zu verstehen. Gunderson hat diesen Ansatz in seinen neueren Publikationen ausführlich beschrieben.

### Gruppenpsychotherapie

Auch Gruppenpsychotherapie kann eine sinnvolle Ergänzung der Einzelpsychotherapie von Borderline-Patienten sein. Wie Ganzarain (1980) und Horwitz (1977) festgestellt haben, neigen alle Gruppen dazu, die Borderlineabwehrmechanismen der Abspaltung und der projektiven Identifikation einzusetzen. Eine Gruppenpsychotherapie bietet dem Borderline-Patienten die Möglichkeit, diese Abwehrmechanismen zu verstehen, da sie in einer Gruppensituation auftreten. Die meisten Autoren in der Literatur zur Gruppenpsychotherapie von Borderline-Patienten sind jedoch der Ansicht, dass Borderline-Patienten am wirksamsten in Gruppen mit Patienten behandelt werden können, die Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen der höheren Ebene haben (Day and Semrad 1971; Horwitz 1977; Hulse 1958; Slavson 1964).

Einstimmigkeit herrscht in der Literatur auch darüber, dass Borderline-Patienten im Falle einer Gruppenpsychotherapie eine begleitende Einzelpsychotherapie benötigen (Day and Semrad 1971; Horwitz 1977; Hulse 1958; Slavson 1964; Spotnitz 1957). Die Abschwächung der Übertragung in einer Gruppenpsychotherapie hat sowohl für den Borderline-Patienten als auch für den Therapeuten beträchtliche Vorteile. Die starke Wut, die Borderline-Patienten normalerweise bei Frustrationen während der Behandlung entwickeln, kann auf diese Weise abgeschwächt und außer gegen den Einzeltherapeuten auch gegen andere Personen gerichtet werden. Ebenso können die starken Gegenübertragungsreaktionen auf Borderline-Patienten durch die Anwesenheit anderer abgeschwächt werden.

Horwitz (1977) hat betont, dass der Einzelpsychotherapeut eine entscheidende supportive Funktion einnehmen kann, wenn sich die Angst des Borderline-Patienten infolge der Konfrontation in einer Gruppensituation steigert. Im Idealfall ist der Einzeltherapeut ein anderer als der

Gruppentherapeut, weil „es antitherapeutisch ist, wenn der Gruppentherapeut einige Patienten auch einzeln trifft, während dies bei anderen nicht der Fall ist“ (S. 415). Laut Horwitz sind aggressive Charaktereigenschaften eine Indikation für eine zusätzliche Gruppenpsychotherapie neben der Einzelpsychotherapie. Er hat beobachtet, dass Borderline-Patienten eher bereit sind, die Konfrontation mit und die Interpretation von solchen Eigenschaften durch Gleichgesinnte anzunehmen, als wenn sie vom Therapeuten kommt. Zudem akzeptieren sie die Interpretationen des Therapeuten möglicherweise leichter, wenn diese als auf die Gruppe bezogenes Thema zur Sprache kommen, als wenn sie als Individuen ausgesondert werden.

Es gibt empirische Daten, die den allgemeinen Eindruck der Kliniker bestätigen, laut welchem eine Gruppenbehandlung für Borderline-Patienten sinnvoll sein kann. Obwohl sie keine psychodynamische Behandlungsform ist, bilden Gruppen die Grundlage der DBT (Linehan et al. 1991), und es hat sich gezeigt, dass sie selbstverstümmelnde und selbstmörderische Handlungen verringert. In einem kontrollierten randomisierten Versuch zur Gegenüberstellung von interpersoneller Gruppenpsychotherapie und dynamischer Einzeltherapie haben Munroe Blum and Marziali (1995) festgestellt, dass eine Behandlung mit 25 wöchentlichen Gruppentherapiesitzungen von je 90 Minuten und 5 abschließenden zweiwöchentlichen Sitzungen zu deutlichen Verbesserungen geführt hat. Die Analyse der Nachuntersuchungen nach 12 und 24 Monaten ergab deutliche Verbesserungen für alle wichtigen Faktoren. Und nicht zuletzt stellten dreimal wöchentlich stattfindende dynamische Gruppentherapiesitzungen einen wesentlichen Bestandteil des erfolgreichen Ansatzes dar, den Bateman and Fonagy (1999, 2001) in der Halliwick Day Unit angewandt haben.

Trotz der Vorteile der Gruppenarbeit wird der Therapeut bei der Gruppenpsychotherapie von Borderline-Patienten mit gewissen inhärenten Schwierigkeiten zu kämpfen haben. Diese Patienten können wegen ihrer primitiveren Psychopathologie und ihrer stärkeren Neigung, Affekte auf direkte Weise zum Ausdruck zu bringen, leicht zu Sündenböcken werden. Es kann vorkommen, dass der Therapeut dem Borderline-Patienten beistehen muss, wenn das Sündenbockproblem in der Gruppe auftritt. Außerdem kann der Borderline-Patient eine stärkere Entbehrung empfinden, weil er mit der Gruppe um die Fürsorge des Therapeuten wetteifern muss. Und schließlich neigen Borderline-Patienten dazu, wegen ihrer primären Bindung an den Einzeltherapeuten in der Gruppenpsychotherapie eine gewisse Distanz zu wahren.

## Literaturhinweise

---

- Adler, G.: The myth of the alliance with borderline patients. *Am J Psychiatry* 47: 642–645, 1979.
- Adler, G.: Issues in the treatment of the borderline patient, in: Kohut's Legacy: Contributions to Self Psychology. Edited by Stepansky, P. E., Goldberg, A., Hillsdale, N. J. Analytic Press, 1984, S. 117–134.
- Adler, G.: Borderline Psychopathology and its Treatment. New York, Jason Aronson, 1985.
- Adler, G.: Discussion: milieu treatment in the psychotherapy of the borderline patient: abandonment and containment. *Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy* 2: 145–157, 1987.
- Akiskal, H. S., Chen, S. E., Davis, G. C., et al.: Borderline: an adjective in search of a noun. *J Clin Psychiatry* 46: 41–48, 1985.
- Alexander, P. C., Anderson, C. L., Brand, B., et al.: Adult attachment and long-term effects in survivors of incest. *Child Abuse Negl* 22: 45–61, 1998.
- Allen, J. G.: Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders. New York, Wiley, 2001.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2001.
- Andrulonis, P. A.: Disruptive behavior disorders in boys and the borderline personality disorder in men. *Ann Clin Psychiatry* 3: 23–26, 1991.
- Baker, L., Silk, K. R., Westen, D., et al.: Malevolence, splitting, and parental ratings by borderlines. *J Nerv Ment Dis* 180: 258–264, 1992.
- Baron Cohen, S., Ring, H. A., Wheelwright, S., et al.: Social intelligence in the normal and autistic brain: an fMRI study. *Eur J Neurosci* 11: 1891–1898, 1999.
- Bateman, A., Fonagy, P.: Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 156: 1563–1569, 1999.
- Bateman, A., Fonagy, P.: Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 158: 36–42, 2001.
- Bateman, A., Fonagy, P.: Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented

- partial hospitalization versus general psychiatric care. *Am J Psychiatry* 160: 169–171, 2003.
- Bateman, A. W., Fonagy, P.: Mentalization-based treatment of BPD. *J Personal Disord* 18: 36–51, 2004a.
- Bateman, A., Fonagy, P.: *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*. Oxford, England, Oxford, University Press, 2004b.
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., et al.: Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study. *J Personal Disord* 18: 193–211, 2004.
- Bogenschutz, M. P., Nurnberg, G. H.: Olanzapine versus placebo in the treatment of borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 65: 104–109, 2004.
- Brown, S. L.: Family therapy and the borderline patient, in: *The Borderline Patient: Emerging Concepts in Diagnosis, Psychodynamics, and Treatment*. Vol. 2. Edited by Grotstein, J. S., Solomon, M. F., Lang, J. A., Hillsdale, N. J. Analytic Press, 1987, S. 206–209.
- Burnham, D. L.: The special-problem patient: victim or agent of splitting? *Psychiatry* 29: 105–122, 1966.
- Calarge, C., Andreasen, N. C., O'Leary, D. S.: Visualizing how one brain understands another: a PET study of theory of mind. *Am J Psychiatry* 160: 1954–1964, 2003.
- Casement, P. J.: *On Learning From the Patient*. London, Tavistock, 1985.
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., et al.: The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *J Personal Disord* 15: 487–495, 2001.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., et al.: The Personality Disorders Institute / Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rational, methods, and patient characteristics. *J Personal Disord* 18: 52–72, 2004.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., Pryzbeck, T. R.: A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 50: 975–990, 1993.
- Coccaro, E. F., Kavoussi, R. J.: Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects. *Arch Gen Psychiatry* 54: 1081–1088, 1997.
- Coccaro, E. F., Siever, L. J., Klar, H. M., et al.: Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders: correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior. *Arch Gen Psychiatry* 46: 587–599, 1989.
- Colson, D. B., Lewis, L., Horwitz, L.: Negative outcome in psychotherapy and psychoanalysis, in: *Negative Outcome in Psychotherapy and What to Do About It*. Edited by Mays, D. T., Frank, D. M. New York, Springer, 1985, S. 59–75.

- Cowdry, R. W., Gardner, D. L.: Pharmacotherapy of borderline personality disorder: alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine, and tranylcypromine. *Arch Gen Psychiatry* 45: 111–119, 1988.
- Day, M., Semrad, E.: Group therapy with neurotics and psychotics, in: *Comprehensive Group Psychotherapy*. Edited by Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Baltimore, M. D., Williams & Wilkins, 1971, S. 566–580.
- Dolan, B. M., Evans, C., Norton, K.: The Separation-Individuation Inventory: association with borderline phenomena. *J Nerv Ment Dis* 180: 529–533, 1992.
- Dolan, B., Warren, F., Norton, K.: Change in borderline symptoms one year after therapeutic community treatment for severe personality disorder. *Br J Psychiatry* 171: 274–279, 1997.
- Donegan, N. H., Sanislow, C. A., Blumberg, H. P., et al.: Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biol Psychiatry* 54: 1284–1293, 2003.
- Dorpat, T. L., Ripley, H. S.: The relationship between attempted suicide and committed suicide. *Compr Psychiatry* 8: 74–79, 1967.
- Driessen, M., Herrmann, J., Stahl, K.: Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization. *Arch Gen Psychiatry* 57: 1115–1122, 2000.
- Eyman, J. R., Gabbard, G. O.: Will therapist-patient sex prevent suicide? *Psychiatr Ann* 21: 669–674, 1991.
- Figueroa, E., Silk, K. R.: Biological implications of childhood sexual abuse in borderline personality disorder. *J Personal Disord* 11: 71–92, 1997.
- Fonagy, P.: An attachment theory approach to treatment of the difficult patient. *Bull Menninger Clin* 62: 147–169, 1998.
- Fonagy, P.: *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York, Other Press, 2001.
- Fonagy, P., Target, M.: Playing with reality, III: the persistence of dual psychic reality in borderline patients. *Int J Psychoanal* 81: 853–874, 2000.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., et al.: The relationship of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 64: 22–31, 1996.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., et al.: *Reflective Functioning Manual, Version 4.1, for Application to Adult Attachment Interviews*. London, England, University of London, 1997.
- Frank, A. F.: The therapeutic alliances of borderline patients, in: *Borderline Personality Disorder: Clinical and Empirical Perspectives*. Edited by Clarkin, J. F., Marziali, B., Munroe Blum, H. New York, Guilford, 1992, S. 220–247.
- Frank, H., Hoffman, N.: Borderline empathy: an empirical investigation. *Compr Psychiatry* 27: 387–395, 1986.
- Frank, H., Paris, J.: Recollections of family experience in borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 38: 1031–1034, 1981.

- Frankenburg, F. R., Zanarini, M. C.: Clozapine treatment of borderline patients: a preliminary study. *Compr Psychiatry* 34: 402–405, 1993.
- Frith, C. D., Frith, U.: Interacting minds: a biological basis. *Science* 286: 1692–1695, 1999.
- Gabbard, G. O.: The treatment of the “special” patient in a psychoanalytic hospital. *International Review of Psychoanalysis* 13: 333–347, 1986.
- Gabbard, G. O.: On “doing nothing” in the psychoanalytic treatment of the refractory borderline patient. *Int J Psychoanal* 70: 527–534, 1989a.
- Gabbard, G. O.: Patients who hate. *Psychiatry* 52: 96–106, 1989b.
- Gabbard, G. O. (Hrsg.): *Sexual Exploitation in Professional Relationships*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1989c.
- Gabbard, G. O.: An overview of countertransference with borderline patients. *J Psychother Pract Res* 2: 7–18, 1993.
- Gabbard, G. O.: *Love and Hate in the Analytic Setting*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1996.
- Gabbard, G. O.: Borderline personality disorder and rational managed care policy. *Psychoanalytic Inquiry* 17 (suppl): 17–28, 1997.
- Gabbard, G. O.: Treatment-resistant borderline personality disorder. *Psychiatr Ann* 28: 651–656, 1998.
- Gabbard, G. O.: Combining medication with psychotherapy in treatment of personality disorders, in: *Psychotherapy of Personality Disorders* (Review of Psychiatry Series; Oldham, J. M., and Riba, M. B., series eds.). Vol. 19. Edited by Gunderson, J. G., Gabbard, G. O. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000, S. 65–90.
- Gabbard, G. O.: Miscarriages of psychoanalytic treatment with suicidal patients. *Int J Psychoanal* 84: 249–261, 2003.
- Gabbard, G. O.: Mind, brain, and personality disorders. *Am J Psychiatry* (im Druck).
- Gabbard, G. O.; Wilkinson, S. M.: *Management of Countertransferences With Borderline Patients*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994.
- Gabbard, G. O., Horwitz, L., Frieswyk, S., et al.: The effect of therapist interventions on the therapeutic alliance with borderline patients. *J Am Psychoanal Assoc* 36: 697–727, 1988.
- Gabbard, G. O., Horwitz, L., Allen, J. G., et al.: Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients: a high-risk, high-gain phenomenon. *Harv Rev Psychiatry* 2: 59–69, 1994.
- Gabbard, G. O., Coyne, L., Allen, J. G., et al.: Evaluation of intensive inpatient treatment of patients with severe personality disorders. *Psychiatr Serv* 51: 893–898, 2000.
- Gallagher, H. L., Happe, F., Brunswick, N., et al.: Reading the mind in cartoons and stories: an fMRI study of “theory of mind” in verbal and nonverbal tasks. *Neuropsychologia* 38: 11–21, 2000.
- Ganzarain, R. C.: Psychotic-like anxieties and primitive defenses in group

- analytic psychotherapy. *Issues in Ego Psychology* 3: 42–48, 1980.
- Gardner, D. L., Cowdry, R. W.: Alprazolam-induced dyscontrol in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 142: 98–100, 1985.
- Goel, V., Grafman, J., Sadato, N., et al.: Modeling other minds. *Neuroreport* 6: 1741–1746, 1995.
- Goldberg, R. L., Mann, L. S., Wise, T. N., et al.: Parental qualities as perceived by borderline personality disorders. *Hillside J Clin Psychiatry* 7: 134–140, 1985.
- Gorney, J. E.: The negative therapeutic interaction. *Contemp Psychoanal* 15: 288–337, 1979.
- Grinker, R. R., jun., Werble, B., Drye, R. C.: *The Borderline Syndrome: A Behavioral Study of Ego-Functions*. New York, Basic Books, 1968.
- Gunderson, J. G.: Studies of borderline patients in psychotherapy, in: *Handbook of Borderline Disorders*. Edited by Silver, D., Rosenbluth, M. Madison, CT, International Universities Press, 1992, S. 291–305.
- Gunderson, J. G.: The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *Am J Psychiatry* 153: 752–758, 1996.
- Gunderson, J. G.: *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2001.
- Gunderson, J. G., Chu, J. A.: Treatment implications of past trauma in borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry* 1: 75–81, 1993.
- Gunderson, J. G., Englund, D. W.: Characterizing the families of borderlines: a review of the literature. *Psychiatr Clin North Am* 4: 159–168, 1981.
- Gunderson, J. G., Lyoo, K.: Family problems and relationships for adults with borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry* 4: 272–278, 1997.
- Gunderson, J. G., Sabo, A. N.: The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *Am J Psychiatry* 150: 19–27, 1993.
- Gunderson, J. G., Zanarini, M. C.: Current overview of the borderline diagnosis. *J Clin Psychiatry* (suppl 8): 5–14, 1987.
- Gunderson, J. G., Kerr, J., Englund, D. W.: The families of borderlines: a comparative study. *Arch Gen Psychiatry* 37: 27–33, 1980.
- Gunderson, J. G., Frank, A. F., Ronningstam, E. F., et al.: Early discontinuance of borderline Patients from psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 177: 38–42, 1989.
- Gutheil, T.: Borderline personality disorder, boundary violations, and patient-therapist sex: medicolegal pitfalls. *Am J Psychiatry* 146: 597–602, 1989.
- Heard, H.: Behavior therapies for borderline patients. Paper presented at the 147th annual meeting of the American Psychiatric Association. Philadelphia, PA, 1994.
- Herman, J. L., Perry, J. C., van der Kolk, B. A.: Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 146: 490–495, 1989.
- Herpertz, S. C., Dietrich, T. M., Wenning, B., et al.: Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. *Biol Psychiatry* 50: 292–298, 2001.



- Hoch, P., Polatin, P.: Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatr Q* 23: 248–276, 1949.
- Hollander, E.: Managing aggressive behavior in patients with obsessive-compulsive disorder and borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 17: 28–31, 1999.
- Horwitz, L.: *Clinical Prediction in Psychotherapy*. New York, Jason Aronson, 1974.
- Horwitz, L.: Group psychotherapy of the borderline patient, in: *Borderline Personality Disorders: The Concept, the Syndrome, the Patient*. Edited by Hartocollis, P. L. New York, International Universities Press, 1977, S. 399–422.
- Horwitz, L., Gabbard, G. O., Allen, J. G., et al.: *Borderline Personality Disorder: Tailoring the Psychotherapy to the Patient*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1996.
- Hulse, W. C.: Psychotherapy with ambulatory schizophrenic patients in mixed analytic groups. *Arch Neurol Psychiatry* 79: 681–687, 1958.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., et al.: Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 56: 600–606, 1999.
- Jones, S. A.: Family therapy with borderline and narcissistic patients. *Bull Menninger Clin* 51: 285–295, 1987.
- Karterud, S., Vaglum, S., Friss, S., et al.: Day hospital therapeutic community treatment for patients with personality disorders: an empirical evaluation of the containment function. *J Nerv Ment Dis* 180: 238–243, 1992.
- Karterud, S., Pedersen, G., Bjordal, E., et al.: Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norwegian treatment research network. *J Personal Disord* 17: 243–262, 2003.
- Kernberg, O. F.: Structural derivatives of object relationships. *Int J Psychoanal* 47: 236–253, 1966.
- Kernberg, O. F.: Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc* 15: 641–685, 1967.
- Kernberg, O. F.: *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York, Jason Aronson, 1975.
- Kernberg, O. F.: Technical considerations in the treatment of borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc* 24: 795–829, 1976.
- Kernberg, O. F., Burstein, E. D., Coyne, L., et al.: Psychotherapy and psychoanalysis: final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. *Bull Menninger Clin* 36: 3–275, 1972.
- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., et al.: *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. New York, Basic Books, 1989.
- Knight, R. P.: Borderline states. *Bull Menninger Clin* 17: 1–12, 1953.
- Levy, K. N.: Bridging worlds: contributions of attachment and reflective functioning to our understanding of psychoanalytic psychotherapy.

- Presented at American Psychoanalytic Association winter meeting. New York, Januar 2004.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., et al.: Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 48: 1060–1064, 1991.
- Links, P. S., Steiner, M., Offord, D. R., et al.: Characteristics of borderline personality disorder: a Canadian study. *Can J Psychiatry* 33: 336–340, 1988.
- Links, P. S., Mitton, J. E., Steiner, M.: Stability of borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 38: 255–259, 1993.
- Links, P. S., Heslegrave, R., van Reekum, R.: Prospective follow-up study of borderline personality disorder: prognosis, prediction of outcome, and Axis II comorbidity. *Can J Psychiatry* 43: 265–270, 1998.
- Lyoo, I. K., Han, M. H., Cho, D. Y.: A brain MRI study in subjects with borderline personality disorder. *J Affect Disord* 50: 235–243, 1998.
- Mahler, M. S., Pine, F., Bergman, A.: *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*. New York, Basic Books, 1975.
- Main, T. F.: The ailment. *Br J Med Psychol* 30: 129–145, 1957.
- Maltsberger, J. T.: Countertransference in the treatment of the suicidal borderline patient, in: *Countertransference Issues in Psychiatric Treatment (Review of Psychiatry Series, Vol. 18. Oldham, J. M. and Riba, M. B., series eds.)*. Edited by Gabbard, G. O. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1999, S. 27–43.
- Markovitz, P.: Pharmacotherapy of impulsivity, aggression, and related disorders, in: *Impulsivity and Aggression*. Edited by Hollander, E., Stein, D. J., Zohar, J. New York, Wiley, 1995, S. 263–287.
- Masterson, J. F., Rinsley, D. B.: *Psychotherapy of the Borderline Adult: A Developmental Approach*. New York, Brunner / Mazel, 1976.
- Masterson, J. F., Rinsley, D. B.: The borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *Int J Psychoanal* 56: 163–177, 1975.
- McGlashan, T. H.: Prediction of outcome in BPD, in: *The Borderline: Current Empirical Research*. Edited by McGlashan, T. H. Washington, CD, American Psychiatric Press, 1985, S. 61–98.
- McGlashan, T. H.: The Chestnut Lodge follow-up study, III: long-term outcome of borderline personalities. *Arch Gen Psychiatry* 43: 20–30, 1986.
- McGlashan, T. H.: The longitudinal profile of BPD: contributions from the Chestnut Lodge Follow-up Study, in: *Handbook of the Borderline Diagnosis*. Edited by Silver, D., Rosenbluth, M. Madison, CT, International Universities Press, 1992.
- Mehlum, L., Friis, S., Irion, T., et al.: Personality disorders 2–5 years after treatment: a prospective follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 84: 72–77, 1991.
- Meissner, W. W.: *Treatment of Patients in the Borderline Spectrum*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1988.

- Meyer, D. J., Simon, R. I.: Split treatment: clarity between psychiatrists and psychotherapists, part 2. *Psychiatr Ann* 29: 327–332, 1999b.
- Modell, A. H.: “The holding environment” and the therapeutic action of psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 24: 285–307, 1976.
- Munroe Blum, H., Marziali, E.: A controlled trial of short-term group treatment for borderline personality disorder. *J Personal Disord* 9: 190–198, 1995.
- Najavits, L. M., Gunderson, J. G.: Better than expected: improvements in borderline personality disorder in a 3 year prospective outcome study. *Compr Psychiatry* 36: 296–302, 1995.
- Nemeroff, C. B., Owens, M. J.: Pharmacological differences among the SSRIs: focus on monoamine transporters and the HPA axis. *CNS Spectrum* 9: 23–31, 2004.
- Ogata, S. N., Silk, K. R., Goodrich, S., et al.: Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 147: 1008–1013, 1990.
- Oldham, J. M., Skodol, A. E., Kellman, H. D., et al.: Diagnosis of DSM III R personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity. *Am J Psychiatry* 149: 213–220, 1992.
- O’Leary, K. M.: Neuropsychological testing results. *Psychiatr Clin North Am* 23: 41–60, 2000.
- O’Leary, K. M., Cowdry, R. W.: Neuropsychological testing results in borderline personality disorder, in: *Biological and Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder*. Edited by Silk, K. R. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994, S. 127–157.
- Paris, J.: Does childhood trauma cause personality disorders in adults? *Can J Psychiatry* 43: 148–153, 1998.
- Paris, J., Frank, H.: Perceptions of parental bonding in borderline patients. *Am J Psychiatry* 146: 1498–1499, 1989.
- Paris, J., Zweig Frank, H.: A critical review of the role of childhood sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 37: 125–128, 1992.
- Paris, J., Brown, R., Nowlis, D.: Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Compr Psychiatry* 28: 530–535, 1987.
- Paris, J., Nowlis, D., Brown, R.: Developmental factors in the outcome of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 29: 147–150, 1988.
- Patrick, M., Hobson, R. P., Castle, D., et al.: Personality disorder and the mental representation of early experience. *Developmental Psychopathology* 6: 375–388, 1994.
- Piper, W. E., Rosie, J. S., Azim, H. F., et al.: A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders. *Hosp Community Psychiatry* 44: 757–763, 1993.
- Plakun, E. M.: Prediction of outcome in borderline personality disorder. *J Personal Disord* 5: 93–101, 1991.

- Plakun, E. M., Burkhardt, P. E., Muller, J. P.: Fourteen-year follow-up of borderline and schizotypal personality disorders. *Compr Psychiatry* 26: 448–455, 1985.
- Rinne, T., de Kloet, E. R., Wouters, L., et al.: Hyperresponsiveness of hypothalamic-pituitary-adrenal axis to combined dexamethasone / corticotropin-releasing hormone challenge in female borderline personality disorder subjects with a history of sustained childhood abuse. *Biol Psychiatry* 52: 1102–1112, 2002a.
- Rinne, T., van den Brink, W., Wouters, L., et al.: SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 159: 2048–2054, 2002b.
- Rinne, T., de Kloet, E. R., Wouters, L., et al.: Fluvoxamine reduces responsiveness of HPA axis in adult female BPD patients with a history of sustained childhood abuse. *Neuropsychopharmacology* 28: 126–132, 2003.
- Rosen, I. R.: Relational masochism: the search for a bad enough object. Paper presented at scientific meeting of the Topeka Psychoanalytic Society, Topeka, KS, Januar 1993.
- Salzman, C., Wolfson, A. N., Schatzberg, A., et al.: Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder. *J Clin Psychopharmacol* 15: 23–29, 1995.
- Sandler, J.: Character traits and object relationships. *Psychoanal Q* 50: 694–708, 1981.
- Schiffer, F., Teicher, M. H., Papanicolaou, A. C.: Evoked potential evidence for right brain activity during the recall of traumatic memories. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 7: 169–175, 1995.
- Schmahl, C. G., Vermetten, E., Elzinga, B. M., et al.: Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdalar volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder. *Psychiatry Res* 122: 193–198, 2003a.
- Schmahl, C. G., Elzinga, B. M., Vermetten, E., et al.: Neural correlates of memories of abandonment in women with and without borderline personality disorder. *Biol Psychiatry* 54: 142–151, 2003b.
- Schmideberg, M.: The borderline patient, in: *American Handbook of Psychiatry*. Vol. 1. Edited by Arieti, S. New York, Basic Books, 1959, S. 398–416.
- Searles, H. F.: *My Work With Borderline Patients*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986.
- Siever, L. J., Davis, K. L.: A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am J Psychiatry* 148: 1647–1658, 1991.
- Skodol, A., Siever, L. J., Livesley, W. J., et al.: The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biol Psychiatry* 51: 951–963, 2002.
- Slavson, S. R.: *A Textbook in Analytic Group Psychotherapy*. New York, International Universities Press, 1964.

- Soloff, P. H.: Algorithms for pharmacological treatment of personality dimensions: symptom-specific treatments for cognitive-perceptual, affective, and impulsive-behavioral dysregulation. *Bull Menninger Clin* 62: 195–214, 1998.
- Soloff, P. H., Millward, J. W.: Developmental histories of borderline patients. *Compr Psychiatry* 24: 574–588, 1983.
- Spotnitz, H.: The borderline schizophrenic in group psychotherapy: the importance of individualization. *Int J Group Psychother* 7: 155–174, 1957.
- Stalker, C. A., Davies, F.: Attachment organization, and adaptation in sexually abused women. *Can J Psychiatry* 40: 234–240, 1995.
- Stone, M. H.: *The Fate of Borderline Patients: Successful Outcome and Psychiatric Practice*. New York, Guilford, 1990.
- Stone, M. H.: Long-term outcome in personality disorders. *Br J Psychiatry* 162: 299–313, 1993.
- Stone, M. H., Stone, D. K., Hurt, S. W.: Natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization. *Psychiatr Clin North Am* 10: 185–206, 1987.
- Streeter, C. C., van Reekum, R., Short, R. I., et al.: Prior head injury in male veterans with borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 183: 577–581, 1995.
- Swartz, M., Blazer, D., George, L., et al.: Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Personal Disord* 4: 257–272, 1990.
- Swirsky Sacchetti, T., Gorton, G., Samuel, S., et al.: Neuropsychological function in borderline personality disorder. *J Clin Psychol* 49: 385–396, 1993.
- Torgersen, S., Kringlen, E., Cramer, V.: The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 58: 590–596, 2001.
- Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P. A., et al.: A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry* 41: 416–425, 2000.
- Tuckman, J., Youngman, W. F.: Suicide risk among persons attempting suicide. *Public Health Rep* 78: 585–587, 1963.
- van Elst, T. L., Hesslinger, B., Thiel, T., et al.: Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: a volumetric magnetic resonance imaging study. *Biol Psychiatry* 54: 163–171, 2003.
- van Reekum, R., Conway, C. A., Gansler, D., et al.: Neurobehavioral study of borderline personality disorder. *J Psychiatry Neurosci* 18: 121–129, 1993.
- Vermetten, E., Vythilingam, M., Southwick, S. M., et al.: Long-term treatment with paroxetine increases verbal declarative memory and hippocampal volume in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 54: 693–702, 2003.
- Wagner, A. W., Linehan, M. M.: Facial expression recognition ability among women with borderline personality disorder: implications for emotion regulation? *J Personal Disord* 13: 329–344, 1999.

- Waldinger, R. J.: Intensive psychodynamic therapy with borderline patients: an overview. *Am J Psychiatry* 144: 267–274, 1987.
- Waldinger, R. J., Frank, A. F.: Clinicians' experiences in combining medication and psychotherapy in the treatment of borderline patients. *Hosp Community Psychiatry* 40: 712–718, 1989.
- Wallerstein, R. S.: *Forty-Two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York, Guilford, 1986.
- Walsh, F.: The family of the borderline patient, in: *The Borderline Patient*. Edited by Grinker, R. R., Werble, B. New York, Jason Aronson, 1977, S. 158–177.
- Westen, D., Ludolph, P., Misle, B., et al.: Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder. *Am J Orthopsychiatry* 60: 55–66, 1990.
- Widiger, T. A., Weissman, M. M.: Epidemiology of borderline personality disorder. *Hosp Community Psychiatry* 42: 1015–1021, 1991.
- Wilberg, T. Urnes, O., Friis, S., et al.: One-year follow-up of day treatment for poorly functioning patients with personality disorders. *Psychiatr Serv* 50: 1326–1330, 1999.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R.: Pathways to the development of borderline personality disorder. *J Personal Disord* 11: 93–104, 1997.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R.: Olanzapine treatment of female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry* 62: 849–854, 2001.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R.: Axis I phenomenology of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 30: 149–156, 1989a.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., et al.: Childhood experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry* 30: 18–25, 1989b.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., et al.: Discriminating borderline personality disorder from other Axis II disorders. *Am J Psychiatry* 147: 161–167, 1990.
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., et al.: Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 154: 1101–1106, 1997.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., et al.: The longitudinal course of borderline psychopathology: six-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 160: 274–283, 2003.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Parachini, E. A.: A preliminary, randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine-fluoxetine combination in women with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 65: 903–907, 2004.
- Zetzel, E. R.: A developmental approach to the borderline patient. *Am J Psychiatry* 127: 867–871, 1971.

- Zlotnick, C., Rothschild, L., Zimmermann, M.: The role of gender in the clinical presentation of patients with borderline personality disorder. *J Personal Disord* 16: 277–282, 2002.
- Zweig Frank, H., Paris, J.: Parents' emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 148: 648–651, 1991.





## KAPITEL 16

# CLUSTER-B— PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

### *Narzisstische Persönlichkeitsstörung*

Ihr krankt an der Eigenliebe, Malvolio, und kostet mit einem verdorbenen Geschmack. Wer edelmütig, schuldlos und von freier Gesinnung ist, nimmt diese Dinge für Vögelbolzen<sup>1</sup>, die Ihr als Kanonenkugeln ansieht.

*Olivia im 1. Aufzug, 5. Szene,  
in Shakespeares Was ihr wollt* <sup>2</sup>

In Shakespeares Komödie ist sowohl Olivia als auch dem Publikum klar, dass Malvolios Eigenliebe und der Umstand, dass er kleine Beleidigungen als vernichtende Angriffe erlebt, Anzeichen dafür sind, dass er „krank“ ist. In der heutigen Psychiatrie jedoch ist die Unterscheidung zwischen dem gesunden und dem pathologischen Maß an Narzissmus äußerst schwierig. Eine gewisse Eigenliebe ist nicht nur normal, sondern auch wünschenswert. Der Punkt des Kontinuums der Selbstachtung, an dem der gesunde Narzissmus in einen pathologischen umschlägt, ist jedoch schwer zu bestimmen.

Verwirrend ist auch, dass bestimmte Verhaltensweisen, die bei dem einen pathologisch narzisstisch sind, bei dem anderen lediglich die Manifestation einer gesunden Selbstachtung sein können. Stellen wir uns beispielsweise einen 15 Jährigen vor, der vor dem Spiegel steht und sich 45 Minuten lang die Haare

---

<sup>1</sup> Stumpfe Pfeile zum Erlegen von Vögeln

<sup>2</sup> Übersetzung von A. W. Schlegel unter

<http://www.e-text.org/text/Shakespeare,%20William%20-%20Was%20ihr%20wollt.pdf>

föhnt, damit jedes Haar perfekt liegt. Die meisten von uns werden bei dieser Vorstellung lächeln und sich sagen, dass diese Art der Eitelkeit für einen Pubertierenden völlig normal ist. Stellen wir uns nun einen 30 Jährigen vor, der jeden Morgen genau so lange mit dem Föhn vor dem Spiegel steht. Diese Vorstellung ist schon beunruhigender, denn dieses Maß an Ichbezogenheit ist bei Weitem nicht die Norm für einen Mann seines Alters. Wenn wir uns dann einen 45 Jährigen vorstellen, der dasselbe tut, werden wir, ebenso wie bei dem Jugendlichen, wieder etwas nachsichtiger, weil wir sein Verhalten als Teil einer Entwicklungsphase betrachten, die wir häufig als Midlife-Crisis bezeichnen. Allerdings würden wir, bevor wir uns entschieden über die relative Gesundheit oder Krankheit dieses Mannes äußern, versuchen, etwas mehr über seine sonstigen Aktivitäten zu erfahren.

Die obigen Beispiele veranschaulichen, dass Narzissmus je nach der jeweiligen Lebensphase, in der sich der Betreffende befindet, unterschiedlich beurteilt wird. Auch wenn wir uns dieser Unterscheidung anhand der Entwicklungsphasen bewusst sind, wird das Attribut narzisstisch selten als Kompliment und zur Bezeichnung eines Menschen mit einem gesunden Selbstwertgefühl verwendet. Im Gegenteil, es wird gewöhnlich pejorativ als Synonym für „Blödmann“ verwendet, insbesondere wenn von einem Kollegen oder Bekannten die Rede ist, den man unangenehm findet. Außerdem wird es oft verwendet, um jemanden zu bezeichnen, den man um seinen Erfolg und seine Selbstsicherheit beneidet. Da wir alle mit Fragen des Narzissmus zu kämpfen haben, sollten wir uns dessen bewusst sein, dass es möglicherweise Heuchelei ist, wenn wir andere als narzisstisch bezeichnen.

Damit es noch komplizierter wird, leben wir in einer narzisstischen Kultur (Cooper 1998; Lasch 1979; Rinsley 1986; Stone 1998). Wir alle sind den elektronischen Medien ergeben, die von oberflächlichen Bildern leben und wahre Inhalte und Tiefe ignorieren. Wir betrachten den Konsum materieller Güter als den Weg zum Glück. Unsere Angst vor dem Altern und vor dem Tod beschert plastischen Chirurgen reichlich Arbeit. Wir sind vom Glanz des Ruhms besessen. Der Leistungssport, die große amerikanische Freizeitbeschäftigung, lehrt uns, dass das wichtigste Ziel überhaupt darin besteht, die Nummer eins zu sein.

Eines der Hauptkriterien für die Diagnose der narzisstischen Persönlichkeitsstörung, die interpersonelle Ausbeutung, ist in unserer Gesellschaft weit verbreitet, ja, eine Grundlage unseres Wirtschaftssystems besteht sogar darin, dass derjenige belohnt wird, der andere überredet, ein bestimmtes Produkt zu kaufen (Maccoby 1976; Person 1986). In der Welt der Unternehmen ist es inzwischen wichtiger, „es zu schaffen“, als sich für Werte wie Engagement, Loyalität, Integrität und zwischenmenschliche Wärme einzusetzen. Colleague-Trainern wird sogar die unmögliche Behandlung ihrer Sportler nachgesehen, wenn sie nur die Titel holen. Gewinnen entschuldigt alles.

In diesem kulturellen Umfeld kann häufig nur schwer festgestellt werden,

welche Eigenschaften Anzeichen einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung und welche lediglich der Anpassung an die Kultur zuzuschreiben sind. Zudem ist der Unterschied zwischen einem gesunden und einem künstlich überhöhten Selbstwertgefühl oft nicht eindeutig. Stellen wir uns zum Beispiel einen Psychologen oder Psychiater vor, der einen wissenschaftlichen Vortrag für Kollegen hält. Er bemerkt, dass etwa die Hälfte der Zuhörer während seines Vortrags einschläft und andere aufstehen und den Saal verlassen. In der Diskussion am Ende des Vortrags wird ihm vorgeworfen, seine „Gedankengänge“ seien „unklar“, er sei „nicht ausreichend mit der Literatur vertraut“ und habe „nichts Neues geboten“. Er reagiert auf diese Kritik, indem er sich selbst sagt: „Was sie auch denken mögen, ich weiß auch so, dass ich kompetent bin.“ Wie ist diese Reaktion zu bewerten? Aufgrund der Informationen kommt man zu einem der folgenden Schlüsse: 1. Diese Person verfügt über ein gesundes Selbstwertgefühl, das wegen einer unangenehmen Erfahrung nicht gleich zusammenbricht, oder 2. die Reaktion des Vortragenden ist ein Zeichen für pathologischen Narzissmus, da sie eine starke Abwehrreaktion ist, die dazu dient, eine vernichtende Verletzung seines Selbstwertgefühls zu kompensieren.

Welches sind also angesichts dieser verwirrenden Vielfalt des Gebrauchs, der Unterschiede in der Entwicklung und der kulturellen Einflüsse die eindeutigen Kriterien zur Unterscheidung zwischen gesundem und pathologischem Narzissmus? Anhand der altherwürdigen Kriterien der psychologischen Gesundheit – im Hinblick auf Liebe und Arbeit – lässt sich diese Frage nur zum Teil beantworten. Der berufliche Werdegang des Betroffenen bietet gegebenenfalls nur wenig Anhaltspunkte für eine Unterscheidung. Stark gestörte narzisstische Personen können in bestimmten Berufen wie im Big Business, in der Kunst, in der Politik, in der Unterhaltungsindustrie, im Sport oder als Fernsehprediger außerordentlich erfolgreich sein (Gabbard 1983; Rinsley 1985, 1989). In manchen Fällen kann sich pathologischer Narzissmus jedoch in einer Oberflächlichkeit der beruflichen Interessen zeigen (Kernberg 1970), als wären Leistung und Anerkennung wichtiger als die perfekte Beherrschung des Faches.

Leichter zu erkennen sind pathologische Formen des Narzissmus anhand der Qualität der Beziehungen einer Person. Ein tragisches Merkmal solcher Menschen ist ihre Unfähigkeit zu lieben. Gesunde zwischenmenschliche Beziehungen zeichnen sich durch Merkmale wie Empathie und Interesse für die Gefühle anderer, ein echtes Interesse für die Gedanken anderer, die Fähigkeit, Ambivalenz in einer langfristigen Beziehung zu ertragen, ohne aufzugeben, und die Fähigkeit, zuzugeben, dass man selbst auch zu zwischenmenschlichen Konflikten beiträgt, aus. Menschen, deren Beziehungen sich so beschreiben lassen, benutzen andere gelegentlich, um ihre Bedürfnisse zu befriedigen, dies erfolgt jedoch im weiteren Kontext einer sensiblen zwischenmenschlichen Bezogenheit und nicht als vorherrschende Art des Umgangs mit anderen. Im

**TABELLE 16-1.** DSM-IV-TR-Kriterien der narzisstischen Persönlichkeitsstörung

Ein tief greifendes Muster von Großartigkeit (in Fantasie oder Verhalten), Bedürfnis nach Bewunderung und Mangel an Empathie; beginnt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen anhand von fünf (oder mehr) der nachstehenden Kriterien:

- (1) Der/die Betreffende hat ein grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit (übertreibt z. B. die eigenen Leistungen und Talente; erwartet, ohne entsprechende Leistungen, als überlegen anerkannt zu werden)
- (2) Der/die Betreffende ist stark eingenommen von Fantasien grenzenlosen Erfolgs, Macht, Glanz, Schönheit oder idealer Liebe
- (3) Der/die Betreffende glaubt von sich, „besonders“ und einzigartig zu sein und nur von anderen besonderen Personen (oder Institutionen) verstanden zu werden oder nur mit diesen verkehren zu können
- (4) Der/die Betreffende verlangt nach übermäßiger Bewunderung
- (5) Der/die Betreffende legt ein Anspruchsdenken an den Tag, d. h. übertriebene Erwartungen an eine besonders bevorzugte Behandlung oder automatisches Eingehen auf die eigenen Erwartungen
- (6) Der/die Betreffende ist in zwischenmenschlichen Beziehungen ausbeuterisch, d. h., er/sie zieht Nutzen aus anderen, um die eigenen Ziele zu erreichen
- (7) Der/die Betreffende zeigt einen Mangel an Empathie: ist nicht willens, die Gefühle und Bedürfnisse der anderen zu erkennen oder sich mit ihnen zu identifizieren
- (8) Der/die Betreffende ist häufig neidisch auf andere oder glaubt, andere seien neidisch auf ihn/sie
- (9) Der/die Betreffende zeigt arrogante, überhebliche Verhaltensweisen oder Haltungen

*Quelle:* Nachgedruckt aus American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revision. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000. Copyright 2000, American Psychiatric Association. Verwendung mit Genehmigung.

Gegensatz dazu behandeln Personen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung andere als Objekte, die sie nach ihren jeweiligen Bedürfnissen benutzen und wegwerfen, und zwar ohne Rücksicht auf deren Gefühle. Menschen werden nicht als Wesen mit einer eigenständigen Existenz oder eigenen Bedürfnissen betrachtet. Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung beenden Beziehungen oft nach kurzer Zeit, und zwar gewöhnlich dann, wenn die andere Person Anforderungen aufgrund ihrer

**TABELLE 16-2.** Zwei Arten von Patienten mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung

Unbewusster Narzisst	Hypervigilanter Narzisst
Ist sich der Reaktionen anderer nicht bewusst	Reagiert sehr empfindlich auf die Reaktionen anderer
Ist arrogant und aggressiv	Ist gehemmt, schüchtern oder sogar zurückhaltend
Ist mit sich selbst beschäftigt	Lenkt die Aufmerksamkeit eher auf andere als auf sich selbst
Muss im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen	Meidet es, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen
„Hat „einen Sender, aber keinen Empfänger“	Hört anderen aufmerksam zu, um Belege für Beleidigungen oder Kritik zu erhalten
Ist scheinbar immun gegen die Verletzung seiner Gefühle durch andere	Ist emotional sehr verletzlich; fühlt sich leicht beschämt oder gedemütigt

eigenen Bedürfnisse stellt. Das Wichtigste ist jedoch, dass solche Beziehungen insofern nicht „funktionieren“, als sie nicht dazu beitragen, dass der Narzisst sein Selbstwertgefühl aufrechterhalten kann (Stolorow 1975).

## Phänomenologie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung

Die psychodynamische Literatur zur narzisstischen Persönlichkeitsstörung ist etwas verwirrend, da die Bezeichnung anscheinend für Patienten mit recht unterschiedlichem klinischem Erscheinungsbild verwendet wird. Das DSM IV TR (American Psychiatric Association, 2000) nennt neun Kriterien für die Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung (Tabelle 16-1). Diese Kriterien beschreiben eine bestimmte Art des narzisstischen Patienten – nämlich den arroganten, angeberischen und „lauten“, der beansprucht, im Mittelpunkt zu stehen. Sie beschreiben jedoch nicht den schüchternen Narzissten, der im Stillen Gefühle der Grandiosität hegt und extrem empfindlich gegen Beleidigungen ist, weshalb er das Rampenlicht sorgfältig meidet (Cooper and Michels 1988).

In der Literatur wird eine Art Kontinuum der narzisstischen Persönlichkeitsstörung aufgestellt. Kernberg (1970, 1974a, 1974b, 1998) beschrieb einen neidischen, habgierigen Typ, der die Aufmerksamkeit und die

Anerkennung anderer fordert, Kohut (1971, 1977, 1984) einen narzisstisch verletzlichen Typ, der zur Selbst-Fragmentierung neigt. Die verschiedenen Arten narzisstischer Patienten, die diese Autoren beschreiben, können als Zwischenstufen zwischen den beiden Endpunkten eines Kontinuums verstanden werden, das auf der typischen Art der interpersonellen Bezogenheit basiert. Aus deskriptiver Sicht kann man die beiden Endpunkte dieses Kontinuums als unbewussten Narzissten und hypervigilanten Narzissten bezeichnen (Gabbard 1989) (Tabelle 16-2). Diese Begriffe benennen die vorherrschende Art der Interaktion einer Person, sowohl in Übertragungsbeziehungen mit dem Therapeuten als auch in sozialen Beziehungen im Allgemeinen.

Unbewusste Typen scheinen sich ihrer Wirkung auf andere nicht im Geringsten bewusst zu sein. Sie sprechen, als richteten sie ihre Worte an eine große Zuhörerschaft, nehmen selten Blickkontakt auf und sehen gewöhnlich über die Köpfe derer hinweg, die sie umgeben. Sie sprechen „auf sie ein“, nicht „zu ihnen“. Personen dieses Typs sind sich der Tatsache nicht bewusst, dass sie langweilig sind und manche sich deshalb der Konversation entziehen und anderswo Gesellschaft suchen. Ihre Äußerungen sind voll von Hinweisen auf ihre eigenen Leistungen, und sie müssen unbedingt im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen. Sie haben kein Gefühl für die Bedürfnisse anderer, was auch so weit gehen kann, dass sie es anderen nicht gestatten, an der Konversation teilzunehmen. Diese Menschen werden oft als solche wahrgenommen, die „einen Sender, aber keinen Empfänger“ haben. Der unbewusste Typ der narzisstischen Persönlichkeitsstörung kommt dem in den DSMIVTR-Kriterien beschriebenen klinischen Erscheinungsbild sehr nahe.

Der Narzissmus des hypervigilanten Typs hingegen manifestiert sich auf völlig andere Weise. Diese Menschen reagieren sehr empfindlich darauf, wie andere auf sie reagieren. Ja, ihre Aufmerksamkeit ist, im Gegensatz zum unbewussten Typ, der mit sich selbst beschäftigt ist, ständig auf andere gerichtet. Wie paranoide Patienten hören sie anderen aufmerksam zu, um Belege kritischer Reaktionen zu erkennen, und fühlen sich dauernd beleidigt. Ein narzisstischer Patient war so auf die Reaktionen seines Therapeuten fixiert, dass er es jedes Mal als Zeichen von Langeweile betrachtete, wenn der Therapeut im Sitzen die Stellung wechselte oder sich räusperte. Als der Therapeut ein abgestorbenes Blatt von einer Pflanze auf seinem Schreibtisch entfernte, fühlte sich der Patient gedemütigt und verlangte einen neuen Therapeuten. Patienten dieses Typs sind schüchtern und gehemmt, bis zur absoluten Zurückhaltung. Sie meiden das Rampenlicht, weil sie davon überzeugt sind, abgelehnt und gedemütigt zu werden. Im Kern ihrer inneren Welt sind sie tief beschämt über ihren heimlichen Wunsch, sich auf grandiose Weise zu präsentieren.

Für die Scham gibt es weitere entscheidende Faktoren. Scham ist mit einem Selbstbewertungsprozess verbunden, in dem man sich als minderwertig



empfindet (d. h. als jemand, der eine Norm oder ein Ideal im Hinblick darauf, wie er sein sollte, nicht erfüllt). Essenziell für die Scham ist ein Gefühl eines grundlegenden Fehlers (Cooper 1998). Lewis (1987) unterschied zwischen Scham und Schuldgefühl. Während Menschen mit Schuldgefühlen der Meinung sind, dass sie eine Norm nicht erfüllen, haben sie, anders als manche Personen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung, nicht das Gefühl, unwiderruflich fehlerhaft zu sein. Das Gefühl, gedemütigt oder bloßgestellt zu werden, wenn sie mit Mängeln bezüglich ihrer Fähigkeiten oder der Erkennung unbefriedigter Bedürfnisse konfrontiert werden, ist ein wesentliches Merkmal der Psychopathologie von Menschen mit einem pathologischen Narzissmus, und viele der Abwehrmechanismen, die sie entwickeln, dienen der Vermeidung dessen, dass sie sich der Gefühle bewusst werden, die mit diesen Erfahrungen verbunden sind.

Beide Typen kämpfen um die Erhaltung ihres Selbstwertgefühls, allerdings auf völlig unterschiedliche Art und Weise. Unbewusste Narzissten versuchen, andere mit ihren Leistungen zu beeindrucken, schirmen sich jedoch gleichzeitig gegen narzisstische Verletzungen ab, indem sie die Reaktionen anderer ausblenden. Hypervigilante Narzissten versuchen ihr Selbstwertgefühl aufrechtzuerhalten, indem sie Situationen meiden, in denen sie verletzt werden könnten, und andere eingehend studieren, um zu ergründen, wie sie sich verhalten. Sie schreiben ihre eigene Missbilligung über ihre grandiosen Fantasien durch Projektion anderen zu (Gabbard 1983). Diese Typologie steht Rosenfelds (1987) Unterscheidung zwischen „dickhäutigen“ und „dünnhäutigen“ narzisstischen Patienten sowie Brouceks (1982) Kategorien egoistisch und dissoziativ sehr nahe. Während jedoch der unbewusste Narzisst nahezu identisch mit dem egoistischen Typ ist, projiziert der hypervigilante Patient seine Grandiosität nicht auf einen idealisierten anderen Menschen, wie dies bei Brouceks dissoziativem Typ der Fall ist, sondern hält sie zurück und betrachtet den anderen als Verfolger.

Obwohl die DSM IV TR-Kriterien die hypervigilante Variante der narzisstischen Persönlichkeitsstörung nicht abdecken, gibt es empirische Belege, die die Unterscheidung zwischen dem unbewussten und dem hypervigilanten Typ rechtfertigen. Wink (1991) führte eine Analyse der Hauptkomponenten von sechs Narzissmusskalen des Minnesota Multiphasic Personality Inventory und ermittelte zwei orthogonale Faktoren: eine Verletzbarkeits-Empfindlichkeits-Dimension und eine Grandiositäts-Exhibitionismus-Dimension. Er kam zu dem Schluss, dass diese beiden Paare, die relativ wenig miteinander zu tun haben, die Existenz zweier unterschiedlicher Formen des pathologischen Narzissmus bestätigen, die er als verdeckten und offenen Narzissmus bezeichnete. Obwohl beiden Formen die Nichtbeachtung anderer, Maßlosigkeit und Einbildung gemeinsam sind, beschrieb er die Verletzbarkeits-Empfindlichkeits-Gruppe als introvertiert, abwehrend, ängstlich und verletzlich gegenüber den Traumata des Lebens, die Grandiositäts-Exhibitionismus-Gruppe

dagegen als extrovertiert, selbstsicher, exhibitionistisch und aggressiv. Auch Dickinson and Pincus (2003) bestätigten die Unterscheidung und wiesen auf die Ähnlichkeiten zwischen hypervigilanten Narzissten und Menschen mit einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung hin.

Weitere empirische Belege für die beiden Subtypen der narzisstischen Persönlichkeitsstörung ergab eine Studie mit 701 Collegestudenten (Hibbard 1992). Die Probanden füllten Fragebögen mit acht Skalen aus, mit denen Narzissmus, Objektbeziehungen, Masochismus und Scham gemessen wurden. Für den Narzissmus wurden zwei Untergruppen angewandt, die narzisstisch verletzliche und die „phallische“, grandiose. Der Affekt der Scham war entscheidend für die Trennung dieser Gruppen – er zeigte eine positive Korrelation mit dem verletzlichen und eine negative mit dem grandiosen Typ.

Der unbewusste oder offene Narzisst bezeichnet sich, anders als der hypervigilante oder verdeckte, möglicherweise sogar als glücklich. In einer Studie mit 262 Studenten stellte Rose (2002) fest, dass offene Narzissten hohe Werte für Grandiosität, Anspruch und ausbeuterisches Verhalten erzielen, sich jedoch auch hohe Bewertungen für Glücklichkeit und Selbstwertgefühl geben. Mit anderen Worten, die offen narzisstische Persönlichkeit erlangt durch Selbsttäuschung gegebenenfalls gewisse psychologische Vorteile, die gewöhnliche Menschen nicht haben. Durch ihre unrealistischen Vorstellungen über sich selbst und indem sie andere als unterlegen betrachten, empfinden sie sich möglicherweise als besser an das Leben angepasst, da sie sich gegen Schmerz und Scham schützen. Die zum verdeckten Typ gehörenden Personen sagten von sich, sie haben Minderwertigkeitsgefühle und seien unglücklich, weil ihre Abwehrmechanismen gegen narzisstische Verletzungen weit weniger entwickelt sind.

Diese beiden Typen können zwar in ihrer reinen Form vorkommen, viele Patienten zeigen jedoch eine Mischung aus phänomenologischen Merkmalen beider Typen. Zwischen diesen beiden Endpunkten des Kontinuums gibt es viele narzisstische Menschen, die sozial viel gefälliger sind und über eine große Portion interpersonellen Charms verfügen.

## Psychodynamische Auffassung

---

In den letzten drei Jahrzehnten ging es in der Kontroverse bezüglich der theoretischen Auffassung über die narzisstische Persönlichkeitsstörung hauptsächlich um die Modelle von Kohut und Kernberg (Adler 1986; Glassman 1988; Heiserman and Cook 1998; Josephs 1995; Kernberg 1974a, 1974b, 1998; Ornstein 1974a, 1998). Da Kohuts selbstpsychologische Theorie in Kapitel 2 ausführlicher besprochen wurde, sei sie hier nur kurz zusammengefasst.

Kohut (1971, 1977, 1984) vertrat die Ansicht, dass Personen mit narzisstischen Störungen in ihrer Entwicklung auf einer Stufe stehen bleiben, auf der sie bestimmte Reaktionen von Menschen in ihrer Umgebung benötigen, um ein geschlossenes Selbst aufrechterhalten zu können. Wenn solche Reaktionen nicht erfolgen, neigen diese Menschen zur Selbst-Fragmentierung. Kohut betrachtete diesen Zustand als Folge eines empathischen Versagens der Eltern, d. h., die Eltern haben nicht mit Bestätigung und Bewunderung auf den in seiner jeweiligen Entwicklungsphase angemessenen Exhibitionismus des Kindes reagiert, haben keine Zwillingerfahrungen ermöglicht und dem Kind keine der Idealisierung wertenden Modelle geboten. Diese Fehler manifestieren sich in der Neigung des Patienten zu Spiegel, Zwillingen oder idealisierenden Übertragungen.

Kohut stellte eine Zwei-Achsen-Theorie auf (siehe Kapitel 2, Abbildung 2 5), um zu erklären, wie bei ein und derselben Person sowohl narzisstische als auch objektbezogene Bedürfnisse vorhanden sein können. Wir brauchen, so Kohut, ein Leben lang Selbstobjektreaktionen von den Menschen in unserer Umgebung. Mit anderen Worten, bis zu einem gewissen Grad betrachten wir andere nicht als eigenständige Personen, sondern als Quellen der Befriedigung für das Selbst. Aus dem Bedürfnis nach den beruhigenden, bestätigenden Funktionen von Selbstobjekten wachsen wir nie heraus. Das Ziel der Behandlung besteht darin, von dem Bedürfnis nach archaischen Selbstobjekten zu der Fähigkeit zu gelangen, reifere und angemessenere Selbstobjekte zu verwenden.

Ein Fallbeispiel soll veranschaulichen, wie sich die Theorie der Selbstpsychologie in einer klinischen Situation manifestiert.

Frau DD war eine 26 jährige alleinstehende Frau, die sich in Behandlung begab, nachdem die vierjährige Beziehung mit ihrem Freund zu Ende gegangen war. Sie gab zu verstehen, dass es für sie „vernichtend“ gewesen sei, als er sie zurückgewiesen habe. Obwohl sie betonte, sie habe keinerlei Selbstmordgedanken, sagte sie, sie fühle sich, als lebe sie ohne ihn gar nicht mehr. Obwohl die Trennung ein Jahr her war, konnte sie ihr Leben nicht wieder ins Lot bringen. Sie saß herum und fühlte sich leer und einsam. Sie ging weiterhin zur Arbeit, saß jedoch abends nur da und starrte vor sich hin oder sah fern. Bei der Arbeit fühlte sie sich in Bezug auf alles, was sie tat, unbeteiligt, als wäre sie ein „Autopilot“. Sie erklärte wiederholt, sie müsse an ihren Freund „angeschlossen“ werden, um sich lebendig zu fühlen. Sie vermisste es schmerzlich, dass er ihr über das Haar strich, um sie zu beruhigen, wenn sie angespannt von der Arbeit nach Hause kam. Eindringlich erklärte sie: „Ohne ihn bin ich nichts, ich kann mich nicht selbst trösten.“ Sie zeigte keine Symptome einer schweren depressiven Episode der Achse I, beschrieb sich jedoch als depressiv und leer.

Sie ging mehrere Wochen lang zu ihrem Therapeuten und berichtete, sie beginne, „sich wieder lebendig zu fühlen“. Dann erklärte sie, sie habe das Gefühl, sie sei an ihren Therapeuten „angeschlossen“. Sie neigte dazu, die Bemerkungen ihres Therapeuten dahin gehend

misszuverstehen, dass sie bedeuteten, er könne sie jeden Moment zurückweisen. Sie fragte, ob es möglich sei, die Zahl der Sitzungen von zwei auf fünf pro Woche zu erhöhen, damit sie ihn jeden Tag sehen könne. Der Therapeut war jedoch der Ansicht, er höre lediglich zu. Zum Supervisor sagte er: „Ich glaube, es interessiert sie eigentlich gar nicht, was ich sage. Sie ist vollends zufrieden, wenn ich ihr meine ungeteilte Aufmerksamkeit schenke.“

Kernbergs (1970, 1974a, 1974b, 1984, 1998) theoretische Formulierungen unterscheiden sich grundlegend von Kohuts (Tabelle 16 3). Der wichtigste theoretische Unterschied zwischen ihren Konzepten zur narzisstischen Persönlichkeitsstörung kann durchaus aus den verschiedenen Patientenpopulationen resultieren, die sie untersucht haben. Kohuts Muster bestand aus ambulanten Patienten mit relativ guten Funktionen, die sich eine Psychoanalyse leisten konnten. Es handelte sich überwiegend um Akademiker, die über vage Gefühle von Leere und Depression sowie bestimmte Probleme in ihren Beziehungen berichteten. Sie kämpften um die Erhaltung ihres professionellen Selbstwertgefühls und neigten dazu, sich von anderen beleidigt zu fühlen (Kohut 1971). Kernberg hingegen hat stets in an Krankenhäuser angeschlossenen Forschungszentren gearbeitet, und als Grundlage für sein Konzept diente eine Mischung aus stationären und ambulanten Patienten. In seinen klinischen Berichten beschrieb er Patienten, die primitiver, arroganter, aggressiver (oft mit dissozialen Merkmalen) und offener grandios (wobei die Grandiosität sich gegebenenfalls mit Schüchternheit abwechselte) waren als die von Kohut beschriebenen. Kohut (1971) grenzte narzisstische Persönlichkeitsstörungen von Borderline-Erkrankungen ab. Er betrachtete den Borderline-Patienten als jemanden, der keine ausreichende Selbstkohäsion erreicht hat, um analysiert zu werden. Seine Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeit basierte darauf, ob bei einer Versuchsanalyse entweder eine Spiegelübertragung oder eine idealisierende Übertragung erfolgte. Im Gegensatz dazu erschien die Abwehrorganisation der narzisstischen Persönlichkeit Kernberg (1970) als der Borderline-Persönlichkeitsstörung sehr ähnlich. Ja, er betrachtete die narzisstische Persönlichkeit sogar als eine von mehreren Persönlichkeitstypen, die auf dem Borderline-Niveau der Persönlichkeitsorganisation vorkommen (siehe Kapitel 15). Er grenzte die narzisstische Persönlichkeitsstörung anhand des integrierten, jedoch pathologischen grandiosen Selbst des Narzissten von der Borderline-Persönlichkeit ab. Diese Struktur ist eine Verschmelzung des ideellen Selbst, des ideellen Objekts und des realen Selbst. Diese Verschmelzung führt zu einer destruktiven Abwertung von Objektbildern. Patienten mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung identifizieren sich mit ihren idealisierten Selbstbildern, um ihre Abhängigkeit von externen Objekten (anderen Menschen) sowie den inneren Bildern dieser Objekte zu leugnen. Zugleich leugnen sie die inakzeptablen Merkmale ihrer eigenen Selbstbilder, indem sie sie auf andere projizieren.

**TABELLE 16-3.** ADynamische Auffassung der narzisstischen Persönlichkeitsstörung – Kohut versus Kernberg

Kohut	Kernberg
Gründet seine Theorie auf relativ gut funktionierende Menschen, deren Selbstwertgefühl empfindlich auf Beleidigungen reagiert. Alle sind ambulante Patienten	Gründet seine Theorie auf eine Mischung aus stationären und ambulanten Patienten, von denen die meisten primitiv, aggressiv und arrogant sind und eine neben der Schüchternheit existierende überhebliche Grandiosität aufweisen
Grenzt die narzisstische Persönlichkeit von Borderline-Zuständen ab	Definiert die narzisstische Persönlichkeit als eine der Borderline-Persönlichkeit verblüffend ähnliche Subkategorie. (Obwohl die Ichfunktion vieler Patienten besser ist als bei Borderline-Patienten, entspricht manche Funktion einem offenen Borderline-Niveau.)
Definiert die innere Welt der narzisstischen Persönlichkeit nicht, da die Betonung auf der Internalisierung fehlender Funktionen liegt	Beschreibt primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen, die typisch für die Borderline-Persönlichkeitsstörung sind
Definiert das archaische „normale“ Selbst als in der Entwicklung stehen gebliebenes	Definiert das Selbst als hochgradig pathologische Struktur, die aus der Verschmelzung des ideellen Selbst, des ideellen Objekts und des realen Selbst besteht
Betrachtet das Selbst als nichtdefensiv	Betrachtet das grandiose Selbst als Abwehr gegen die Investition in oder die Abhängigkeit von andere/n
Konzentriert sich hauptsächlich auf libidinöse / idealisierende Aspekte, wobei die Aggression hinsichtlich der narzisstischen Verletzung als sekundär betrachtet wird	Betont Neid und Aggression
Akzeptiert die Idealisierung unbesehen als eine normale Entwicklungsphase, die die fehlende psychische Struktur wettmacht	Betrachtet die Idealisierung als Abwehr gegen Wut, Neid, Verachtung und Abwertung

Das pathologische grandiose Selbst erklärt das Paradoxon einer relativ guten Ichfunktion bei gleichzeitigen primitiven Abwehrmechanismen (Abspaltung, projektive Identifikation, Allmacht, Abwertung, Idealisierung und Leugnen), die für Borderline-Patienten typisch sind. Mit anderen Worten, während Borderline-Patienten gewöhnlich wechselnde Selbstrepräsentationen haben, durch die sie jeden Tag anders erscheinen, sind narzisstische Patienten durch ihr integriertes pathologisches Selbst gefälliger und beständiger. Außerdem sind bei der Borderline-Persönlichkeit Schwierigkeiten durch Ichschwäche wie schlechte Impulskontrolle und geringe Angsttoleranz wahrscheinlicher. Diese Ichschwächen sind bei narzisstischen Persönlichkeiten wegen der gut funktionierenden Selbststruktur weitaus seltener. Kernberg fügte jedoch hinzu, dass die Funktion mancher narzisstischer Patienten einem offenen Borderline-Niveau entspricht. Diese Patienten zeigen die Grandiosität und Überheblichkeit der narzisstischen Persönlichkeit sowie die schlechte Impulskontrolle und die kaleidoskopischen Objektbeziehungen von Borderline-Patienten. Bei dieser Untergruppe ist gelegentlich eine Einweisung in ein Krankenhaus erforderlich. (Die Krankenhausbehandlung dieser Patienten ist ähnlich wie die in Kapitel 15 besprochene für Borderline-Patienten. Die stationäre Behandlung narzisstischer Patienten mit schweren dissozialen Merkmalen wird in Kapitel 17 besprochen.) Kernbergs ausführliche Beschreibung der Abwehrkonstellation und der inneren Objektbeziehungen des narzisstischen Patienten steht im Gegensatz zu Kohuts Auffassung, der von einer Definition der inneren Welt des narzisstischen Patienten absah. Kohut betonte die Internalisierung fehlender Funktionen von Personen aus der Umgebung des Patienten und befasste sich deshalb weniger mit seiner intrapsychischen Struktur. Allerdings betrachtete er das narzisstische Selbst als archaisches „normales“ Selbst, das lediglich in seiner Entwicklung stehen geblieben ist – mit anderen Worten, der Patient ist ein Kind im Körper eines Erwachsenen. Anders als Kohut betrachtete Kernberg (1974a, 1974b) das narzisstische Selbst als eine hochgradig pathologische Struktur, die dem normal entwickelten Selbst von Kindern in nichts ähnlich ist. Er betonte, dass die exhibitionistische Selbstdarstellung von Kindern, im Gegensatz zur Habgier und zum fordernden Verhalten des pathologischen Selbst des Narzissten, reizend und liebenswert sei.

Ein weiterer Unterschied zwischen ihren Ansichten betrifft die Abwehrfunktion des Selbst. Kohut betrachtete das Selbst als im Wesentlichen nichtdefensiv (d. h. als normal entwickeltes Selbst, das einfach stecken geblieben ist). Kernberg dagegen sah im pathologisch grandiosen Selbst einen Abwehrmechanismus gegen Investitionen in andere und besonders gegen die Abhängigkeit von anderen. Dieses Merkmal manifestiert sich möglicherweise in einer Pseudoautarkie, durch die der Patient jegliches Bedürfnis nach Fürsorge leugnet, während er gleichzeitig versucht, andere zu beeindrucken und Bestätigung zu erhalten. Narzisstische Patienten behaupten zum Beispiel häufig, der Urlaub ihres Therapeuten berühre sie in keiner Weise.

Kohuts Auffassung über die narzisstische Persönlichkeit ist wohl etwas wohlwollender als Kernbergs. Er konzentrierte sich vor allem auf die Sehnsucht nach bestimmten elterlichen Reaktionen in der Kindheit. Aggression betrachtete er als sekundäres Phänomen (d. h. als narzisstische Wut als Reaktion auf die fehlende Befriedigung des Bedürfnisses nach Spiegelung und Idealisierung). In diesem Sinne war Aggression für Kohut eine völlig verständliche Reaktion auf Fehler der Eltern. Kernberg betrachtete Aggression eher als primären Faktor. Ein überhöhtes Maß an Aggressivität führt zu destruktivem Verhalten des narzisstischen Patienten gegenüber anderen. Laut Kernberg (1970) kann diese Aggression entweder konstitutionell oder umweltbedingt sein. Er vertrat jedoch die Ansicht, dass sie von innen kommt und nicht einfach eine Reaktion auf externe Fehler anderer ist. Eine der Manifestierungen der Aggression des narzisstischen Patienten ist chronischer intensiver Neid (Kernberg 1974b), der beim Patienten den Wunsch auslöst, die guten Dinge anderer zu verderben und zu zerstören. Nach Kohuts Ansicht spielt dieser Neid keine zentrale Rolle, Kernberg hingegen beschrieb diese Patienten als Menschen, die sich ständig mit anderen vergleichen, um dann von Minderwertigkeitsgefühlen und einer starken Sehnsucht, das zu besitzen, was andere haben, geplagt zu werden. Die Abwertung anderer, um mit dem eigenen Neid auf sie fertigzuwerden, hängt mit einer Entleerung der inneren Welt der Objektrepräsentationen zusammen und führt dazu, dass der Patient innere Leere empfindet (Kernberg 1998). Diese Leere kann nur durch ständige Bewunderung und Bestätigung durch andere sowie eine allmächtige Kontrolle über andere, die bewirkt, dass deren freies und autonomes Funktionieren und ihre Freude keinen weiteren Neid auslösen können, kompensiert werden.

Bezüglich der Idealisierung vertraten Kohut und Kernberg deutlich unterschiedliche Ansichten. Kohut betrachtete die Idealisierung bei der Übertragung als Rekapitulation einer normalen Entwicklungsphase. Er bezeichnete sie nicht als Abwehrhaltung, sondern bewertete sie als Kompensation für fehlende psychische Strukturen. Von grundlegender Bedeutung für Kohuts Auffassung ist die Vorstellung, dass das narzisstische Individuum ohne ein Selbstobjekt unvollständig ist. Kernberg betrachtete die Idealisierung als Abwehr gegen verschiedene negative Gefühle, unter anderem Wut, Neid, Verachtung und Abwertung.

Im Zusammenhang mit diesen Punkt für Punkt aufgezeigten Unterschieden zwischen Kohut und Kernberg darf man nicht vergessen, dass Kernberg Patienten beschrieben hat, die eher dem unbewussten Typ entsprachen, Kohut dagegen über solche geschrieben hat, die eher dem hypervigilanten Typ zuzuordnen waren. Die von Kernberg beschriebenen narzisstischen Patienten scheinen häufig lediglich über äußerst oberflächliche Formen der Objektbezogenheit zu verfügen. Handelt es sich um Männer, haben sie möglicherweise ein „Don-Juan-Syndrom“, aufgrund dessen sie systematisch Frauen verführen und sie dann wegwerfen, wenn ihre idealisierende Sicht der



jeweiligen Frau in Abwertung umschlägt. Da sie Frauen nur als Eroberungen betrachten, sind sie unfähig, ihre inneren Erfahrungen nachzuempfinden. Solche Patienten scheint es kaum zu interessieren, was andere sagen, es sei denn, es ist schmeichelhaft. Es sind zumeist Männer, doch auch Frauen können eine ähnliche narzisstische Pathologie aufweisen.

Frau EE war Schauspielerin und sehr bezaubernd. Sie war sehr erfolgreich als Schauspielerin, weil ihr Charisma, das sie auf der Bühne ausstrahlte, ihr große Anerkennung und reichlich Applaus vom Publikum einbrachte. Sie begab sich dennoch in Behandlung, da eine Reihe von Beziehungen mit Männern ihr das Gefühl gegeben hatte, sie würde nie jemanden finden, der zu ihr passte. Sie berichtete, sie verliere nach einer anfänglichen Phase der Idealisierung jedes Mal schnell das Interesse an ihren Liebhabern. Sie beklagte, die Männer widmeten sich zunehmend ihren eigenen Interessen und schenkten ihr nicht genug Aufmerksamkeit. Ihre letzte Beziehung sei in die Brüche gegangen, als ihrem Freund der Kragen geplatzt sei und er zu ihr gesagt habe: „Kein Mann wird dir jemals die Aufmerksamkeit geben können, die du willst. Diese Art der Aufmerksamkeit kann nur eine Mutter ihrem Baby geben!“ Diese Bemerkung hatte sie verletzt, und sie war zu dem Schluss gekommen, dass eine Psychotherapie ihr helfen könnte. Sie hatte im Grunde ihre Unfähigkeit zur Mentalisierung und der Anerkennung dessen beschrieben, dass ihre Liebhaber eigenständige Subjekte mit eigenen Bedürfnissen und Interessen waren, die nichts mit ihr zu tun hatten.

Es wurden Vermutungen geäußert, dass Männer wegen gewisser geschlechtsspezifischer Klischees in der Kultur mit größerer Wahrscheinlichkeit narzisstisch seien als Frauen. Eine empirische Studie mit 665 Collegestudenten (Klonsky et al. 2002) ergab jedoch, dass solche Vermutungen möglicherweise nicht gerechtfertigt sind. Die männlichen wie die weiblichen Probanden dieser Studie zeigten mehr narzisstische Merkmale, wenn sie sich ihrem Geschlecht entsprechend verhielten. Die Forscher vermuteten, dass es möglicherweise männliche und weibliche Arten narzisstischen Verhaltens gibt, die die geschlechtsspezifischen Stereotypen in der Kultur widerspiegeln.

Die Kontroverse um Kohut und Kernberg schwelt weiter, und die Befürworter auf beiden Seiten behaupten, die klinischen Erfahrungen bestätigten ihren jeweiligen theoretischen Standpunkt. In der Praxis scheinen manche narzisstischen Patienten besser in das eine als in das andere Schema zu passen. Wegen der Vielfalt der Patienten, auf die der Begriff narzisstische Persönlichkeitsstörung zutrifft, ist zur Erklärung gegebenenfalls mehr als eine theoretische Perspektive erforderlich. Ein Forschungsvorhaben zur Bestätigung der beiden Theorien ergab Belege für beide, jedoch auch, dass die am wenigsten angebrachte Erklärung wohl die wäre, Kohuts Modell als einen Sonderfall von Kernbergs allgemeinerer ichpsychologischer und Objektbeziehungstheorie zu betrachten (Glassman 1988).

Die theoretische Debatte zwischen Kohut und Kernberg stellt andere kreative Beiträge zum Verständnis der narzisstischen Persönlichkeitsstörung oft in den Schatten. In einer Reihe von Abhandlungen brachte Rinsley (1980, 1984, 1985, 1989) den Ursprung der narzisstischen Persönlichkeitsstörung mit Mahlers Entwicklungsschema (Mahler et al. 1975) in Verbindung. Er vertrat die These, dass während bei Borderline-Patienten sowohl der Subprozess der Separation als auch der der Individuation, der seinen Höhepunkt in der Subphase der Wiederannäherung erreicht (siehe Kapitel 2 und 15), zum Stillstand kommt, beim narzisstischen Patienten eine Dissoziation in der Entwicklung dieser beiden Subprozesse vorliegt, also die Individuation fortgesetzt wird, die Separation jedoch stehen bleibt. Dieses Entwicklungsszenario führt zu einem „pseudoreifen“ Kind, das die Botschaft erhält, dass es sich nur unter der Bedingung psychologisch von seiner Mutter trennen darf, dass all seine nachfolgenden Leistungen mit ihr verbunden sind. Rinsleys Erklärung steht im Einklang mit Kernbergs Beobachtung, laut welcher der narzisstische Patient in bestimmten Bereichen gegebenenfalls gut funktioniert und sogar Erfolge bei der Arbeit erzielen kann, aber trotzdem höchst problematische Objektbeziehungen hat.

Rothstein (1980) versuchte die narzisstische Persönlichkeitsstörung anhand von Freuds Strukturmodell (siehe Kapitel 2) zu erklären. Er definierte Narzissmus als „gefühlte Qualität der Perfektion“, welche ein universaler Aspekt der menschlichen Psyche ist. Dieser perfekte Zustand kann sowohl in ein gesundes als auch in ein pathologisches Ich integriert werden – wobei die Beschaffenheit des Ichs darüber entscheidet, ob der Narzissmus ein pathologischer oder ein gesunder ist.

Modell (1976) bediente sich der Metapher des Kokons, um das Gefühl der Nichtbezogenheit des narzisstischen Menschen zu seiner Umgebung zu beschreiben. Der Kokon gleicht einer Illusion allmächtiger Autarkie, bestärkt durch grandiose Fantasien, die gegebenenfalls von einer Mutter angeregt werden, die die Fähigkeiten ihres Kindes als übermäßig grandios bewertet. Modell war der Überzeugung, dass die nichtkommunikative und nichtbezogene Fassade eine Angst vor Verschmelzung ausdrückt, gegen die sich der Patient wehren muss. Aufgabe des Therapeuten müsse es sein, eine Halt gebende Umgebung (Winnicott 1965) zu schaffen, damit die Entwicklung weitergehen könne, ganz ähnlich wie bei der Behandlung schizoider Persönlichkeitsstörungen (die in Kapitel 14 beschrieben wurden).

Auch die Bindungstheorie kann als konzeptioneller Rahmen dienen. Unbewusste Narzissten können als Menschen betrachtet werden, deren Mentalisierungsfähigkeit beeinträchtigt ist, weil sie sich nicht auf andere einstellen und ihre eigene Wirkung nicht erkennen können. Hypervigilante Narzissten haben insofern ebenfalls Schwierigkeiten mit der Mentalisierung, als sie die Erfahrung anderer missdeuten. Der Umstand beispielsweise, dass sie im Verhalten oder in den Bemerkungen des Therapeuten narzisstische Verletzungen

vermuten, zeigt, dass sie nicht in der Lage sind, den Therapeuten als jemanden zu betrachten, der einen eigenständigen Verstand hat, der sich von dem ihren unterscheidet. Ihre Erfahrungen von Scham und Demütigung in der Kindheit können traumatisch gewesen sein, woraufhin unbewusste Narzissten die Neugier für die innere Reaktion des anderen abgestellt haben, um so weitere Erfahrungen der Scham zu verhindern. Der hypervigilante Narzisst hingegen versucht, die Illusion der Kontrolle über solche Erfahrungen aufrechtzuerhalten, indem er mit ihnen rechnet. Die fehlerhafte Mentalisierung führt paradoxerweise zu weiteren Erfahrungen von Scham und Demütigung, weil andere sich missverstanden und beschuldigt fühlen, wenn ihr Verhalten missdeutet wird.

## Behandlungsansätze

---

### Einzels psychotherapie und Psychoanalyse

#### *Technik*

Sowohl Kernberg als auch Kohut war davon überzeugt, dass Psychoanalyse eine geeignete Behandlung für die meisten Patienten mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung ist. Wegen der praktischen Einschränkungen im Hinblick auf Zeit und Geld nehmen viele dieser Patienten auch an expressiv-supportiven Psychotherapien teil, bei deren ein bis zweimal wöchentlich stattfindenden Sitzungen die expressiven Techniken überwiegen. Die jeweiligen technischen Empfehlungen von Kohut und Kernberg spiegeln ihre unterschiedlichen theoretischen Konzepte wider.

Für Kohut war Empathie der Eckpunkt der Technik (Ornstein 1974b, 1998). Die Behandelnden müssen den Versuch des Patienten nachempfinden, eine fehlgeschlagene elterliche Beziehung neu zu beleben, indem er den Therapeuten zwingt, sein Bedürfnis nach Bestätigung (Spiegelübertragung), nach Idealisierung (idealisierende Übertragung) oder danach, wie der Therapeut zu sein, (Zwillingsübertragung), zu befriedigen. Die Tatsache, dass Kohut die Wichtigkeit der Empathie mit dem Patienten als Opfer der mangelnden Empathie anderer betonte, bedeutet nicht, dass eine überwiegend supportive Technik eingesetzt werden sollte. Er betonte, dass der Analytiker oder Therapeut die Sehnsucht des Patienten nach Trost interpretieren – und nicht aktiv befriedigen – soll (Kohut 1984). Eine typische Maßnahme kann zum Beispiel lauten: „Es tut weh, wenn Sie nicht so behandelt werden, wie Sie es Ihrer Meinung nach verdient haben.“

Obwohl Kohut darauf bestand, dass dieser technische Ansatz nicht wesentlich von der Technik der klassischen Psychoanalyse abweicht, wiesen seine Empfehlungen den Beschreibungen von Supervisoren (Miller 1985)

zufolge grundlegende Unterschiede zu ihr auf. Er wies die Analytiker an, analytisches Material „eins zu eins“ zu akzeptieren, also so, wie der Patient es erlebt, da sie so vermeiden können, die empathischen Fehler der Eltern zu wiederholen, die häufig versuchen, das Kind davon zu überzeugen, dass seine tatsächlichen Gefühle andere sind als die, die es beschreibt. Kohut wies darauf hin, dass man, falls der Bare-Münze-Ansatz nichts bringe, das Material immer noch umkehren und nach verborgenen Bedeutungen unter der Oberfläche der „erfahrungsnahen“ Gefühle suchen könne. Dieser Ansatz hängt eng mit Kohuts Auffassung des „Widerstands“ als psychische Aktivität, die die Kohäsion des Selbst schützt (siehe Kapitel 2), zusammen.

Kohut war sehr aufgeschlossen gegenüber Anzeichen der Selbst-Fragmentierung des Patienten während der analytischen oder Therapiesitzung. Wenn es zu einer solchen Fragmentierung kommt, muss der Therapeut sich statt auf ihren Inhalt auf das auslösende Ereignis der Fragmentierung konzentrieren (Miller 1985; Ornstein 1974a). Nachdem beispielsweise einer seiner Supervisanden in einer analytischen Sitzung geniest hatte und der Patient nicht fortfahren konnte, wies Kohut den Supervisanden an, sich statt auf die besondere Empfindlichkeit des Patienten gegenüber dem Stimulus auf die Natürlichkeit seiner Reaktion auf solch einen unerwarteten Stimulus zu konzentrieren (Miller 1985). Diese Fokussierung steht im Einklang mit der allgemeinen Prämisse der Selbstpsychologie, laut welcher der Therapeut stets darauf achten muss, wie er Kindheitstraumata mit seinen Patienten rekapituliert. Kohut war davon überzeugt, dass der Patient immer recht hat; wenn sich der Patient unsicher oder verletzt fühlt, kann man davon ausgehen, dass der Analytiker oder der Therapeut einen Fehler gemacht hat. Er beobachtete, dass Patienten sich häufig bloßgestellt fühlen oder schämen, wenn der Analytiker sie auf einen Versprecher hinweist, und verzichtete deshalb auf eine betonte Interpretation der Parapraxis. Kohut bedachte stets, wie leicht sich der narzisstische Patient schämt. Der Therapeut muss es vermeiden, die bewusste subjektive Erfahrung des Patienten zu übergehen, um unbewusstes Material anzusprechen, dessen sich der Patient nicht bewusst ist. Interpretationen unbewusster Motive führen nur dazu, dass sich der Patient „erwischt“ und missverstanden fühlt und schämt.

Kohut betonte, dass es wichtig sei, sich auf die positive Seite der Erfahrung des Patienten zu konzentrieren, und achtete peinlichst darauf, keine Bemerkungen zu machen, die als scharfe Kritik verstanden werden könnten. Er wies auf den Fortschritt des Patienten hin und vermied es, Fragen zu stellen. Er vertrat die Auffassung, zu verstehen sei die Aufgabe des Therapeuten und nicht die des Patienten (Miller 1985).

Kohut bestand darauf, dass das Ziel der psychoanalytischen und der psychotherapeutischen Behandlung darin besteht, dem Patienten zu helfen, geeignete Selbstobjekte ausfindig zu machen und auszuwählen. Er meinte, dass Psychologen und Psychiater dazu neigen, Separation und Autonomie

überzubewerten, und befürchtete, Therapeuten könnten sich eines moralistischen Tons bedienen, um dem Patienten klarzumachen, dass er unabhängiger werden sollte.

Kohuts technischer Ansatz ist vielfach kritisiert worden. Dass er die gesamte Psychopathologie auf empathische Fehler der Eltern reduzierte, wurde als übermäßig vereinfachte „Schuldzuweisung an die Eltern“ sowie als Auffassung, die nicht im Einklang mit dem Kernprinzip der Psychoanalyse, der Überdeterminierung, stehe, kritisiert (Curtis 1985; Stein 1979). Außerdem wurde dagegen, dass er die „Erfahrungsnähe“ in der Therapie betonte, vorgebracht, dies könne dazu führen, dass wichtige unbewusste Probleme, an denen während der Behandlung gearbeitet werden sollte, übersehen werden (Curtis 1985). Und schließlich unterschätze Kohut, indem er Wut als Ergebnis der Desintegration des Selbst betrachte, möglicherweise die Rolle des inneren Konflikts (Cohen 2002).

Kernberg (1974a, 1974b) beobachtete zum Teil dieselben Übertragungsphänomene wie Kohut, hielt jedoch andere technische Ansätze für angezeigt. Beispielsweise schrieb er der Spiegelübertragung und der idealisierenden Übertragung eine geringere Bedeutung zu (Tabelle 16-4). Seiner Meinung nach wird das grandiose Selbst des Patienten abwechselnd projiziert und reintrojiert, wodurch eine idealisierte Figur stets im Raum ist, während die andere abgewertet wird und im Schatten der idealisierten Person steht. Außerdem betrachtete er die Idealisierung als eine häufige Abwehrhandlung, die mit Abspaltung einhergeht. Mit anderen Worten, da die Idealisierung des Therapeuten eine Methode des Patienten sein kann, sich gegen abgespaltene Gefühle wie Verachtung, Neid und Wut zu wehren, sollte der Therapeut sie als Abwehrmechanismus bewerten und nicht, wie Kohut meinte, als normales Bedürfnis in der Entwicklung akzeptieren.

Kernbergs Ansatz ist insgesamt stärker auf Konfrontation ausgerichtet als Kohuts. Da er davon überzeugt war, dass Habgier und forderndes Verhalten, wie sie für die narzisstische Persönlichkeitsstörung typisch sind, nicht einfach Aspekte der normalen Entwicklung sind, vertrat er die Ansicht, man müsse ihnen begegnen und sie im Hinblick auf ihre Wirkung auf andere untersuchen. Während Kohut die positive Seite der Erfahrung des Patienten betonte, war Kernberg der Meinung, frühe negative Übertragungsentwicklungen müssten systematisch untersucht und interpretiert werden. Insbesondere betonte er, der Therapeut müsse sich auf den Neid und darauf konzentrieren, wie dieser verhindert, dass der Patient Hilfe erhält oder anerkennt. Wenn Patienten etwas Positives von ihrem Therapeuten bekommen, steigert dies häufig ihren Neid, weil es Gefühle von Unzulänglichkeit oder Unterlegenheit als Reaktion auf die Fähigkeit des Therapeuten, für sie zu sorgen und sie zu verstehen, hervorruft. Eine Interpretation könnte zum Beispiel folgendermaßen aussehen: „Um das schmerzhaftes Gefühl von Neid zu vermeiden, müssen sie meine Bemerkungen möglicherweise als lächerlich oder unbedeutend abtun.“

**TABELLE 16-4.** Technik der Psychotherapie – Kohut versus Kernberg

Kohut	Kernberg
Betrachtet Spiegelübertragung und idealisierte Übertragung als zwei verschiedene Pole des bipolaren (Kohut 1977) oder des tripolaren (Kohut 1984) Selbst	Betrachtet Spiegelung und Idealisierung als Aspekte der Übertragung im Zusammenhang mit der Projektion und der Reintrojektion des grandiosen Selbst des Patienten
Akzeptiert die Idealisierung seitens des Patienten als normales Bedürfnis in der Entwicklung	Versteht Idealisierung als Abwehrmechanismus
Empfindet die Gefühle des Patienten als verständliche Reaktionen auf die Fehler der Eltern oder anderer nach	Hilft dem Patienten, zu erkennen, wie er selbst zu Problemen in Beziehungen beiträgt
Nimmt die Bemerkungen des Patienten für bare Münze, betrachtet Widerstände als gesunde psychische Handlungen, die das Selbst schützen	Geht Widerstand an und interpretiert ihn als Abwehrhandlung
Befasst sich mit der positiven Seite der Erfahrungen des Patienten	Untersucht sowohl die positiven als auch die negativen Aspekte der Erfahrung des Patienten. (Wenn nur die positiven Aspekte betont werden, entwickelt der Patient möglicherweise eine gesteigerte Angst vor seinem inneren Neid und seiner inneren Wut.)
Weist auf den Fortschritt des Patienten hin	Konzentriert sich auf den Neid und darauf, wie dieser verhindert, dass der Patient Hilfe anerkennt und erhält
Sieht das Behandlungsziel darin, dem Patienten dabei zu helfen, dass er lernt, geeignete Selbstobjekte ausfindig zu machen und auszuwählen	Sieht das Behandlungsziel darin, dem Patienten zu helfen, Schuldgefühle und Besorgnis zu entwickeln sowie Idealisierung und Vertrauen mit Wut und Verachtung zu integrieren

Kernberg wird oft fälschlicherweise so verstanden, als konzentriere er sich ausschließlich auf die negative Übertragung, in Wahrheit empfahl er jedoch die systematische Untersuchung sowohl der positiven als auch der negativen Übertragungen (Kernberg 1974b). Er wies darauf hin, dass Therapeuten, die nur die positiven Aspekte der Übertragung ansprechen, ungewollt die Angst ihrer

Patienten vor ihrem eigenen Neid oder ihrer eigenen Wut schüren können. Ein Patient, der glaubt, der Therapeut könne diese Aspekte nicht bewältigen, spaltet sie deshalb möglicherweise ab und klammert sie aus dem Therapieprozess aus.

Auch hinsichtlich der Behandlungsziele vertritt Kernberg in wichtigen Fragen grundlegend andere Ansichten als Kohut. Während Kohuts Technik impliziert, dass es bei der Behandlung nicht um die kognitive Sphäre geht, war Kernberg davon überzeugt, dass ein kognitives Verständnis durch den Prozess der Interpretation für den therapeutischen Erfolg entscheidend sei. Für Kernberg (1970) gehört es auch zum Ziel der Behandlung, dass der Patient Schuldgefühle und Sorge um andere entwickelt sowie Idealisierung und Vertrauen mit Wut und Verachtung (d. h., die „guten“ Aspekte seiner Erfahrung mit den „schlechten“) integriert.

Für Kernberg gehörten Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung zu den schwierigsten Patienten, weil ein Großteil ihrer Anstrengungen darauf abzielt, den Therapeuten zu besiegen. Damit die Behandlung und der Therapeut erfolgreich sind, müssen sich diese Patienten mit ihrem starken Neid auseinandersetzen, den sie empfinden, weil jemand anderes gute Eigenschaften hat, die sie nicht haben. Der Patient setzt Abwertung und allmächtige Kontrolle als Abwehrmechanismen ein, um den Therapeuten auf Distanz zu halten. Kernberg war der Ansicht, diese Abwehrhandlungen müssen konsequent angegangen werden, damit die Behandlung durchgeführt werden könne. Ein Patient mit ausgeprägten dissozialen Merkmalen (die bei narzisstischen Menschen häufig sind) kann schlicht unbehandelbar sein. (Die Faktoren, die über die Behandelbarkeit dissozialer Patienten entscheiden, werden in Kapitel 17 etwas ausführlicher behandelt.) Mehrere Faktoren geben jedoch Anlass zu einer günstigen Prognose (Kernberg 1970): eine gewisse Fähigkeit, Depression und Trauer zu ertragen, mehr Schuldgefühle als paranoide Tendenzen bei der Übertragung, eine gewisse Fähigkeit, primitive Triebe zu sublimieren, eine relativ gute Impulskontrolle und entsprechende Motivation. Patienten, die sich nur zu Schulungszwecken in eine Therapie oder Analyse begeben, oder weil sie denken, dadurch Ansehen bei anderen zu erlangen, können starken Widerstand an den Tag legen, der zu einer ungünstigeren Prognose führt.

Hinsichtlich der eben erwähnten Untergruppe von Patienten, die auf einem offenen Borderline-Niveau funktionieren, ging Kernberg (1984) davon aus, dass eine wirklich supportive Psychotherapie weitaus wirksamer ist als eine expressive Therapie oder eine Analyse. Diese sollte wohl mit einer stationären Behandlung kombiniert werden, wenn Ichschwächen wie fehlende Impulskontrolle besonders gravierend sind. Zu den Indikationen für eine supportive Therapie bei einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung gehören übermäßige Grausamkeit und Sadismus, auffällige dissoziale Merkmale, das praktisch völlige Fehlen eines Verhältnisses zu anderen Menschen, starke paranoide Reaktionen auf andere und eine Neigung zu chronischer Wut, die



immer mit dem Fehler eines anderen begründet wird. Kernberg (1984) meinte, in solchen supportiven Prozessen könne es für den Patienten nützlich sein, positive Eigenschaften von seinem Therapeuten zu „stehlen“. Da diese Identifikation mit dem Therapeuten dem Patienten helfen kann, besser zu funktionieren, sollte der Prozess nicht interpretiert werden.

Kritiker von Kernbergs Ansatz führen an, dass er in die natürliche Entwicklung von Selbstobjektübertragungen eingreift. Manche meinten sogar, das aggressive Angehen der oralen Aggression des Patienten könne zu einer Verschlechterung seiner Funktionen führen (Brandschaft and Stolorow 1984). Nach dieser Ansicht ist das Borderline-Erscheinungsbild von Wut, Verachtung und Abwertung das Resultat der durch die „kritischen Interventionen“ des Therapeuten ausgelösten narzisstischen Verletzung. Somit könnte man sagen, dass die Unterschiede zwischen den von Kernberg und Kohut beschriebenen Patienten zum Teil iatrogenen Faktoren zuzuschreiben sind (Adler 1986).

Psychotherapeuten, die sich der schwierigen Aufgabe stellen, narzisstische Patienten zu behandeln, müssen eine Entweder-oder-Einstellung in Bezug auf Kernbergs und Kohuts Theorien vermeiden. Statt sich an der Frage festzubeißen, wer von den beiden „recht“ hat, setzen sie ihre Energien viel sinnvoller ein, wenn sie dem Patienten aufmerksam zuhören, die Entwicklung der Übertragung und der Gegenübertragung und insbesondere die Reaktion auf ihre Interventionsversuche beobachten. Auf diese Weise können sie schon bald eine vorläufige Entscheidung darüber treffen, welches theoretische Modell und welche Technik bei dem betreffenden Patienten am besten einzusetzen ist. Manche Patienten dulden einfach nichts anderes als einen empathischen, erfahrungsnahen Ansatz nach Kohuts Modell. Jede Abweichung von diesem Muster der Maßnahmen führt dazu, dass der Patient für längere Zeit „zumacht“, nicht bereit ist, zu reden, sich missverstanden fühlt und sich möglicherweise plötzlich entscheidet, die Therapie abubrechen. In anderen Fällen fühlt sich der Patient möglicherweise durch Interpretationen seines Neids und seiner Verachtung verstanden, spricht also eher auf Kernbergs Technik an. Manche narzisstischen Patienten entwickeln keine der von Kohut beschriebenen Selbstobjektübertragungen und treten dem Therapeuten stattdessen mit ständiger Abwertung und Wut gegenüber. In manchen Fällen muss der Therapeut diese offenen verbalen Attacken interpretieren und gegen sie angehen, andernfalls wird es für den Patienten schwierig oder unmöglich, die Behandlung fortzusetzen. Mitchell (1988) hat darauf hingewiesen, dass es ein Irrtum ist, Kohuts Ansatz als empathischer zu betrachten als Kernbergs – denn beide reagieren mit Empathie auf verschiedene Dimensionen des Patienten.

Wieder andere Patienten profitieren von einer Kombination der technischen Strategien. Puristen würden zwar sagen, die beiden Theorien seien nicht kompatibel, doch der Patient weiß nichts von Theorien. Viele Patienten brauchen am Anfang der Therapie den selbstpsychologischen Ansatz, weil er zum Aufbau des therapeutischen Bündnisses beiträgt, indem er dem Patienten

das Gefühl gibt, dass der Therapeut die Erfahrung der Viktimisierung versteht und nachempfindet. Wenn das Bündnis zustande gekommen ist, kann der Therapeut den Patienten damit konfrontieren, wie er, zum Beispiel durch übertriebene Erwartungen, die andere nicht erfüllen können, zu seinen zwischenmenschlichen Problemen beiträgt. Das bedeutet, dass die narzisstische Pathologie selten ausschließlich als Fehler der Eltern oder des Patienten betrachtet werden kann. Gewöhnlich haben beide Parteien zu den Schwierigkeiten beigetragen, und in einer umfassenden Therapie sollten die Probleme von beiden Seiten beleuchtet werden. In der Tat geht die Mehrheit der Analytiker und anderer dynamisch orientierter Kliniker von einer mittleren Position zwischen den beiden Extremen aus (Gabbard 1998; Mitchell 1988). Josephs (1995) meinte, die Empathie für die archaischen Selbstobjektbedürfnisse des Patienten sei am Anfang der Behandlung zwar sinnvoll, letztendlich müsse als Gegengewicht aber auch die Interpretation der Abwehrfunktion der Selbstobjektübertragungen vorgenommen werden.

Indem er ein mentalisierungsbasiertes Modell anwendet, kann der Therapeut dem Patienten helfen, einige der in Kapitel 15 im Zusammenhang mit Borderline-Patienten beschriebenen Strategien einzusetzen. Der Schwerpunkt wäre dabei die Vermittlung des Gefühls einer sicheren Bindung bei hypervigilanten Patienten, damit sich ihre Erregung auf ein Niveau verringert, auf dem eine Reflexion eher möglich ist (Allen 2003). Sowohl bei unbewussten als auch bei hypervigilanten Patienten kann es nützlich sein, wenn der Therapeut die Vorstellungen des Patienten über den inneren Zustand des Therapeuten ergründet. Insbesondere den unbewussten Patienten sollte er ermutigen, sich mehr dafür zu interessieren, wie sein Verhalten und seine Bemerkungen auf andere wirken. Eine andere Technik besteht darin, Gefühle des Patienten zu identifizieren und ihn zu fragen, ob noch andere Möglichkeiten in Betracht kommen, auch wenn er überzeugt ist, dass er weiß, wie sich der Therapeut fühlt.

Und schließlich darf man nicht davon ausgehen, dass die Ätiologie und die Pathogenese der narzisstischen Persönlichkeitsstörung immer genau in Kohuts und Kernbergs theoretisches Schema passen. Neben Eltern mit fehlender Empathie gibt es auch narzisstische Patienten, deren Eltern zu nachsichtig waren. Solche Eltern überschütteten ihre Kinder mit Bewunderung und Bestätigung, die sich dadurch tatsächlich als etwas Besonderes und besonders begabt betrachten. Wenn diese Kinder erwachsen werden, erleben sie wiederholt Einbrüche, weil andere nicht so auf sie reagieren wie ihre Eltern. In anderen Fällen können ein Mutter-Sohn-Inzest oder Varianten desselben zu hypervigilantem Narzissmus führen (Gabbard and Twemlow 1994). Diese Patienten haben ein grandioses Bild von sich selbst und meinen, ein Anrecht darauf zu haben, bei anderen eine besondere Stellung einzunehmen, und neigen gleichzeitig dazu, auf paranoide Weise mit Vergeltung oder Verlassen-Werden aufgrund vermeintlicher ödipaler Übertretungen zu rechnen. Deshalb kann bei narzisstischen Patienten ein heuristischer Ansatz von Nutzen sein (siehe

Kapitel 4). Die Therapie sollte eine Zusammenarbeit von Patient und Therapeut sein, in deren Rahmen sie gemeinsam die Ursachen für die Probleme des Patienten ergründen, ohne dass der Therapeut versucht, das Material in das Schema einer bestimmten Theorie zu pressen.

### *Gegenübertragung*

Unabhängig von der theoretischen Auffassung des Therapeuten treten bei der Behandlung narzisstischer Patienten gewisse vorhersehbare Gegenübertragungsprobleme auf. Einige davon sind groß und umfassend genug, um die Behandlungssituation unwiderruflich zu zerstören. Deshalb kann die Bedeutung einer angemessenen Handhabung der Gegenübertragungsmuster gar nicht genug betont werden.

Da die Gegenübertragung untrennbar mit der Übertragung verbunden ist, kann eine Übersicht über narzisstische Übertragungen dazu beitragen, auf viele der Gegenübertragungsprobleme, die bei einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung auftreten, vorbereitet zu sein. In der Tabelle 16 5 sind die wichtigsten narzisstischen Übertragungen zusammengefasst.

Es steht außer Frage, dass der Beruf des Psychotherapeuten eine Möglichkeit darstellt, den Wunsch, geliebt, gebraucht und idealisiert zu werden, zu befriedigen (Finell 1985). Ein Therapeut fühlt sich gegebenenfalls so wohl in der Wärme und Liebe der idealisierenden Übertragung eines narzisstischen Patienten, dass er, ebenso wie der Patient, Hass und Ärger aus der Therapie

---

**TABELLE 16-5.** Varianten der narzisstischen Übertragung

---

Bedürfnis nach Bewunderung und Bestätigung durch den Therapeuten
Idealisierung des Therapeuten
Annahme eines Zwillingungsverhältnisses zwischen Therapeut und Patient
Neigung, sich durch den Therapeuten beschämt und gedemütigt zu fühlen
Verachtung und Abwertung des Therapeuten, häufig aufgrund von Neid
Nichtanerkennung der Autonomie des Therapeuten
Allmächtige Kontrolle über den Therapeuten
Bestehen auf einem ausschließlichen Zweierverhältnis, das keine dritte Partei zulässt
Benutzung des Therapeuten als Sprachrohr ohne Empathie für die Erfahrung des Therapeuten
Leugnen der Abhängigkeit vom Therapeuten
Unfähigkeit, Hilfe vom Therapeuten anzunehmen

---

ausklammern möchte. Die Behandlung narzisstischer Patienten verläuft oft so, dass der Patient anfangs seinen aktuellen Therapeuten idealisiert und gleichzeitig alle früheren abwertet. Statt dies als Abwehrmechanismus zu bewerten, lassen sich Therapeuten möglicherweise dazu verleiten, zu glauben, sie haben tatsächlich einzigartige Talente, die die früheren Therapeuten des Patienten nicht hatten.

Narzisstische Probleme treten nicht nur bei einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung auf, sie wohnen allen Patienten und allen Therapeuten inne. Bei Therapeuten, die ihre eigenen narzisstischen Bedürfnisse nicht zugeben und nicht akzeptieren können, und die sie dann nutzen, um eine wirksame Behandlung durchzuführen, kann es leicht passieren, dass sie sie leugnen und externalisieren. Solche Abwehrmechanismen führen zu einer falschen Bewertung des Patienten als einzigem Träger narzisstischer Züge in der Paarbeziehung zwischen Patient und Therapeut.

Ein weiteres Gegenübertragungsproblem, das bei der Behandlung narzisstischer Patienten regelmäßig zutage tritt, ist Langeweile. Sie rührt gewöhnlich von dem Gefühl her, dass der Patient die Anwesenheit des Therapeuten gar nicht wahrnimmt. Möglicherweise muss der Therapeut über längere Zeit das Gefühl ertragen, dass der Patient ihn als Sprachrohr benutzt. Dieses Muster ist vor allem bei unbewussten Narzissten häufig, die Monologe halten, als sprächen sie vor einem großen Publikum, und den Therapeuten als eigenständigen Menschen mit eigenen Gedanken und Gefühlen ignorieren.

Herr FF kam nach drei fehlgeschlagenen früheren Versuchen in die Therapie. Seine letzte Therapie bei einem Therapeuten in einer anderen Stadt hatte drei Jahre gedauert. Herr FF verunglimpfte diese therapeutische Erfahrung als „reine Zeitverschwendung“ und konnte sich nicht einmal an den Namen seines vorherigen Therapeuten erinnern. (Diese beiden Umstände, die Unfähigkeit, den Namen eines früheren Therapeuten zu nennen, und die völlige Abwertung der früheren therapeutischen Erfahrung, sind oft Hinweise auf einen pathologischen Narzissmus, die diagnostischen Wert haben.) Er sagte, „Doktor Soundso“ habe ihn oft unterbrochen und sei kein guter Zuhörer gewesen. Herr FF ließ sich lang und breit darüber aus, dass er einen wirklich „besonderen“ Therapeuten brauche. Er meinte sogar, dass es möglicherweise in der ganzen Stadt niemanden gäbe, der ihn wirklich verstehen würde.

Nachdem Herr FF mehrere Wochen lang mehr oder weniger ausführlich weitergefaselt hatte, fing der Therapeut an, sich vor jeder Sitzung zu fürchten. Er bemerkte, dass seine Gedanken abschweiften: Er dachte daran, was er am Abend machen würde, an seine finanzielle Lage, an unerledigte Büroarbeiten und eine Reihe anderer Dinge, die nichts mit Herrn FF und seinem Problem zu tun hatten. Er bemerkte auch, dass er öfter als sonst auf die Uhr sah und sehnsüchtig auf das Ende der Sitzung mit Herrn FF wartete. Wenn der Therapeut eingriff, ignorierte der Patient seine Bemerkungen häufig und sagte: „Lassen Sie

mich nur erst diesen Gedankengang zu Ende bringen“ oder „Ja ja, das ist mir auch schon aufgefallen“.

Nach einem dreiwöchigen Urlaub setzte der Therapeut seine Sitzungen mit Herrn FF fort. In der ersten Sitzung machte der Patient genau da weiter, wo er bei der letzten Sitzung aufgehört hatte, als wäre es am Vortag gewesen. Verärgert über das Gefühl, nicht die geringste Bedeutung für Herrn FF zu haben, sagte der Therapeut: „Sie verhalten sich, als hätten wir uns gestern getroffen. Hat die dreiwöchige Trennung von mir denn gar keine Wirkung auf Sie gehabt?“ Herr FF bemerkte einen kritischen, sarkastischen Ton in der Stimme des Therapeuten und erwiderte: „Sie haben dasselbe Problem wie mein letzter Therapeut. Sie bringen sich immerzu ein. Ich bezahle Sie nicht, um über Sie und Ihre Gefühle zu sprechen. Ich bin hier, um über mich selbst zu sprechen.“

Wir alle brauchen es, gebraucht zu werden, und deshalb ist es für den Therapeuten schwer, die „Satellitenrolle“ (Kernberg 1970) zu ertragen, die viele narzisstische Patienten ihnen zuweisen. Dieses Gefühl, vom Patienten ausgeschlossen zu werden, kann ein Ausdruck einer projektiven Identifikation sein (Adler 1986; Finell 1985), bei der der Patient den Therapeuten so ausschließt, wie ihn einst seine eigenen Eltern ausgeschlossen haben. Indem er den Analytiker als eine Erweiterung seines Selbst behandelt, löst der narzisstische Patient im Analytiker mit großer Wahrscheinlichkeit bestimmte Zustände aus, die die inneren Kämpfe des Patienten widerspiegeln (Groopman and Cooper 2001). Mit anderen Worten, ein Aspekt des Patienten wird auf den Therapeuten projiziert, der sich mit diesem Selbst identifiziert, bevor er dem Patienten hilft, es zu reintrojizieren. Diesen projizierten Aspekt des Patienten in die Schranken zu verweisen, kann ein wesentlicher Bestandteil der psychotherapeutischen Behandlung narzisstischer Patienten sein. Wenn er dieses Muster versteht, kann der Therapeut verhindern, dass er sich gegenüber dem Patienten zurückzieht, ihn auf sadistische Weise konfrontiert oder sich durch ihn verletzt und missbraucht fühlt.

Im Falle der hypervigilanten Variante der narzisstischen Persönlichkeit besteht das Gegenübertragungsproblem des Therapeuten darin, dass er sich kontrolliert fühlt. Wenn der Patient jede Bewegung als Zeichen für Langeweile oder Ablehnung auslegt, kann sich der Therapeut gezwungen fühlen, still zu sitzen und seine Aufmerksamkeit in jeder Sekunde auf den Patienten zu richten. Maßnahmen, bei denen diese Interaktion angesprochen wird, können zu einer produktiven Handhabung dieser Gegenübertragung führen. Ein Therapeut, der im Sinne Kernbergs arbeitet, könnte zum Beispiel sagen: „Sie scheinen unrealistische Erwartungen im Hinblick darauf zu haben, andere zu kontrollieren und sie dazu zu bringen, sich so zu verhalten, als wären sie Erweiterungen Ihrer selbst, statt ihnen zu gestatten, aus sich heraus und nach ihren eigenen Bedürfnissen zu reagieren.“ Eine selbstpsychologische Maßnahme könnte lauten: „Es scheint Sie zu verletzen, wenn ich mich räuspere oder auf

meinem Stuhl herumsrutsche, weil Sie denken, ich schenke Ihnen nicht meine volle Aufmerksamkeit.“ Ungeachtet der Vor- und Nachteile dieser als Beispiele angeführten Maßnahmen geht es darum, dass solche Bemerkungen eine Verhaltensinteraktion, die mit der Gegenübertragungsreaktion zusammenhängt, in den verbalen Bereich verlegen, wo sie offen als Angelegenheit zwischen Therapeut und Patient besprochen werden kann.

Therapeuten haben infolge von starker Abwertung durch den Patienten häufig mit Gegenübertragungsgefühlen zu kämpfen.

Frau GG war eine narzisstische Patientin, die auf dem offenen Borderline-Niveau funktionierte und wegen Drogenmissbrauchs in ein Krankenhaus eingewiesen worden war. Wegen Schlaflosigkeit verlangte sie Barbiturate und wurde wütend, als ihr Krankenhausarzt nicht bereit war, sie ihr zu verschreiben. Jedes Mal, wenn der Arzt seine täglichen Rundgänge machte, sagte Frau GG die vielen Unzulänglichkeiten ihres Arztes auf: „Sie sind nur ein Arzt im Praktikum, deshalb wissen Sie nicht, wie man mit Patienten umgeht. Wenn Sie später einmal eine eigene Praxis aufmachen, werden Sie keine Patienten haben, weil Sie nicht wissen, wie man mit Menschen umgeht. Statt sich meine Bedürfnisse anzuhören, betreiben Sie Psychiatrie aus einem Buch. Sie wissen noch nicht einmal, wie man sich kleidet. Sie sind eine Witzfigur von einem Arzt.“ Der Arzt fragte: „Warum hegen Sie einen solchen Hass gegen mich?“ Frau GG antwortete: „Hass? Sie sind es nicht wert, dass man Sie hasst. Sie sind unter aller Kritik!“

Solche verbalen Attacken sind bei narzisstischen Patienten an der Tagesordnung. Wenn sie sich etwas länger auslassen, fühlen sich Ärzte nutzlos und unfähig, außerdem verletzt und verärgert. Solche Patienten lösen starken Gegenübertragungshass aus, der zu rachsüchtigen Bemerkungen oder nicht durchdachten Managemententscheidungen führen kann, mit denen sich die Behandelnden an ihnen rächen. Obwohl wir als Therapeuten ein gewisses Maß an Beschimpfungen ertragen können, hat jeder von uns seine Grenzen, die nur er selbst bestimmen kann. Wenn sie überschritten werden, kann es nötig sein, dass der Therapeut entschieden gegen die Verachtung des Patienten angeht, indem er ihm erklärt, dass solche Angriffe ihm die Möglichkeit nehmen, eine wirksame Behandlung zu erhalten.

Die narzisstischen Übertragungen des Patienten können beim Therapeuten latente Konflikte auslösen, wodurch Gegenübertragungen, die normalerweise nicht zum Tragen kommen, an die Oberfläche treten. Cohen (2002) hat zum Beispiel beschrieben, wie er mit der Zeit das Gefühl bekam, die Ablehnung seines Patienten ihm gegenüber sei gerechtfertigt. Gefühle der Unsicherheit und Unzulänglichkeit, die seit Langem im Therapeuten schlummern, werden durch die pseudoautarke Haltung des Patienten aktiviert. Zudem muss sich der Therapeut im Klaren darüber sein, wie sein Wunsch bezüglich eines bestimmten

Verhaltens des Patienten narzisstische Widerstände verstärken kann (Gabbard 2000; Wilson 2003). Unser scheinbarer Altruismus bei dem Versuch, Menschen mit emotionalen Problemen zu helfen, hat immer auch eine eigennützige Komponente (Gabbard 2000). Wir gehen jeden Tag mit der Hoffnung zur Arbeit, unseren Wunsch nach einer bestimmten Form der Objektbeziehung eines selbstlosen, hingebungsvollen Helfers und eines dankbaren Patienten, der anerkennt, dass ihm geholfen wurde, zu befriedigen. Der undankbare narzisstische Patient kann die Entstehung der gewünschten Beziehung vereiteln, sodass dem Therapeuten nicht anderes bleibt, als dem Patienten auf subtile oder weniger subtile Weise zu verstehen zu geben, dass seine Einstellung gegenüber der Therapie eine andere sein sollte, als sie es ist. Dem Patienten fällt dann die Rolle zu, sich mit dem Wunsch des Therapeuten nach einem „guten“ Patienten und einem „guten“ Therapieverlauf auseinanderzusetzen. Dieser Druck seitens des Therapeuten kann die narzisstischen Widerstände des Patienten verstärken (Wilson 2003). Da ein Teil des Materials, das Patienten mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung vorbringen, schwer zu ertragen ist, blenden Therapeuten den Patienten möglicherweise aus, hören nicht mehr zu, geben oberflächliche Interpretationen, um den Patienten dazu zu bringen, das Thema zu wechseln, oder bedeuten dem Patienten auf andere Weise, dass das, was er sagt, inakzeptabel ist. Wie jeder Mensch kann sich auch ein Therapeut fühlen, als hätte der Patient ihn bis zum Letzten ausgelaut und dann weggeworfen, als er mit ihm fertig war. Das Gefühl, auf diese Weise benutzt zu werden, stellt selbst die Geduld des tolerantesten Therapeuten auf die Probe, und die meisten von uns werden in einer solchen Situation versuchen, auf einer anderen Ebene mit dem Patienten zu sprechen, damit sie ihr Behandlungszimmer nicht mit diesem Gefühl verlassen müssen.

## Gruppenpsychotherapie

Sofern sie als einzige Behandlung angewandt wird, steckt die Gruppenpsychotherapie von Patienten mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung voller Schwierigkeiten (Azima 1983; Horner 1975; Wong 1979, 1980; Yalom 1985). Piper and Ogrodniczuk (2005) haben darauf hingewiesen, dass das Verlangen nach Bewunderung, das Gefühl, ein Anrecht zu haben, und die fehlende Empathie andere befremden können. Demzufolge ist die Zahl der Abbrüche bei narzisstischen Patienten hoch. Unbewusste Narzissten genießen möglicherweise die Vorstellung, dass sie in der Gruppentherapie ein Publikum haben, ärgern sich vermutlich aber auch darüber, dass ein Teil der Zeit und der Aufmerksamkeit des Therapeuten von anderen in Anspruch genommen wird. Ein solcher Patient brach die Gruppentherapie ab, weil er nie genug „Sprechzeit“ bekam. Den hypervigilanten Narzissten kann schon der Vorschlag,



an einer Gruppentherapie teilzunehmen, verletzen. Die Überweisung als solche wird als Ablehnung oder als Anzeichen dafür gewertet, dass sich der Therapeut nicht für den Patienten interessiert. Die meisten narzisstischen Patienten werden die Gruppentherapie als eine Situation empfinden, in der ihre Besonderheit und Einmaligkeit übersehen wird. Narzisstische Patienten sind gewöhnlich eine außerordentliche Belastung für den Gruppentherapeuten, weil sie narzisstische Befriedigung von der Gruppe benötigen (Roth 1998). Wenn narzisstische Patienten eine Gruppentherapie beginnen, beherrschen sie häufig die Gruppengespräche oder schlüpfen in die Rolle des „Arzthelfers“ und machen Bemerkungen zu den Problemen anderer, leugnen jedoch ihre eigenen (Wong 1979).

Trotz der Probleme, die Gruppensituationen für narzisstische Patienten naturgemäß mit sich bringen, haben sie auch Vorteile. In der Gruppe muss der narzisstische Patient der Tatsache in die Augen sehen, dass andere auch Bedürfnisse haben und er nicht erwarten kann, stets im Mittelpunkt zu stehen, und dies akzeptieren. Außerdem kann er auch von den Rückmeldungen anderer über die Wirkung seiner Charaktermerkmale auf sie profitieren. Narzisstische Patienten können eine therapeutische Wirkung auf andere Gruppenmitglieder haben, indem sie latente Gefühle von Neid und Habgier in Patienten mit anderen charakterlichen Störungen aktivieren (Azima 1983).

Einige Autoren vertreten die Meinung, eine Kombination aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie könne für narzisstische Patienten von größerem Nutzen sein als eine der beiden Formen alleine (Horwitz 1997; Wong 1979, 1980). Es gibt kaum eine Gruppe, die den intensiven Bedürfnissen eines narzisstischen Patienten gerecht werden kann, doch wenn zunächst mit einer Einzeltherapie begonnen wird, stellt der Patient möglicherweise geringere Anforderungen an die Gruppe. Wong (1979, 1980) sprach sich besonders für eine lange Vorbereitungsphase mit Einzeltherapie im Sinne des von Kohut beschriebenen technischen Ansatzes aus, damit bereits ein stabiles therapeutisches Bündnis besteht, wenn der Patient in die Gruppe kommt. Diese Vorbereitungsphase lässt dem Patienten auch Zeit, seine persönlichen Vorstellungen über die Gruppenpsychotherapie zu ergründen. Laut Wong sollten der Einzeltherapeut und der Gruppentherapeut ein und dieselbe Person sein. Selbst im Falle einer kombinierten Behandlung aber muss der Therapeut den narzisstischen Patienten aktiv unterstützen, wenn die übrigen Mitglieder der Gruppe anfangen, ihn zum Sündenbock zu machen. Der Gruppentherapeut kann den anderen Gruppenmitgliedern helfen, das Bedürfnis des narzisstischen Patienten nach Anerkennung und Bewunderung zu verstehen.

Wie in Kapitel 5 dargelegt, kann die Gruppenpsychotherapie dazu dienen, starke negative Übertragungen abzuschwächen. Das gilt auf jeden Fall für narzisstische Patienten, und die übrigen Patienten der Gruppe tragen häufig dazu bei, die Verzerrungen aufzuzeigen, die bei der Abwertung oder der Idealisierung des Therapeuten eine Rolle spielen. Ebenso können die

Gegenübertragungsreaktionen, die ein so großes Problem bei der Behandlung narzisstischer Patienten darstellen, in der Gruppentherapie abgeschwächt werden (Wong 1979). Allerdings sollte in einer heterogenen Gruppe auf einmal jeweils nur ein narzisstischer Patient sein, denn andernfalls würden die Ansprüche dieser Patienten die übrigen Mitglieder in den Hintergrund drängen.

## Narzisstische Persönlichkeitsstörung im Laufe des Lebens

---

Narzisstische Patienten, die sich als junge Erwachsene in Behandlung begeben, beklagen sich oft über die Qualität ihrer intimen Beziehungen. Sie haben möglicherweise wiederholte Schwärmereien hinter sich, die kurz und nicht zufriedenstellend waren. Nachdem der anfängliche Glanz verblasst ist, schlägt die Idealisierung des Partners entweder in Abwertung oder in Langeweile um, sie ziehen sich zurück und suchen sich neue Partner, die ihr Bedürfnis nach Bewunderung, Bestätigung, bedingungsloser Liebe und perfektem Zusammenspiel befriedigen können. Dieses Muster, bei dem sie den jeweils anderen auslaugen und dann die leere Hülle wegwerfen, kann mit der Zeit anstrengend werden. Solche Patienten kommen häufig in den Dreißigern oder Vierzigern zur Ruhe und heiraten in diesem Alter.

Es ist nicht verwunderlich, dass die Probleme in den Ehen von Patienten mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung ein charakteristisches Muster aufweisen. Zunächst begeben sie sich möglicherweise unter dem Vorwand von sexuellen Problemen, Depressionen oder impulsivem Verhalten in eine Ehe-therapie (Lansky 1982). Hinter diesen Problemen verbirgt sich oft die Angst, vom Ehepartner beschämt oder gedemütigt zu werden (d. h. Angst vor Selbst-Fragmentierung im selbstpsychologischen Sinne). Ein narzisstischer Ehemann wird beispielsweise seine Frau beschuldigen, ihn absichtlich zu demütigen, statt zuzugeben, dass er extrem verletztlich ist und ein außerordentliches Bedürfnis nach Selbstobjektreaktionen wie Spiegelung von seiner Frau hat. Derselbe Ehemann kann schließlich in den Zustand chronischen narzisstischen Zorns gelangen, in dem er einen nicht zu beschwichtigenden Groll und Bitterkeit gegen seine Frau hegt, weil sie ihm nicht die Behandlung zukommen lässt, auf die er seiner Ansicht nach ein Anrecht hat. Solche Ehen können gegenüber einer Ehe-therapie äußerst resistent sein, da der narzisstische Ehepartner die Verletzung als so zerstörerisch empfindet, dass Vergeben überhaupt nicht in Frage kommt und nichts, was der kränkende Partner tut, das Unrecht wiedergutmachen kann.

Unabhängig davon, ob narzisstische Patienten im Laufe ihres Lebens heiraten, erleben sie das Altern häufig als äußerst erschreckend. Viele dieser Patienten sind körperlich attraktiv oder reizend im Umgang mit anderen und haben als junge Erwachsene gewisse Erfolge erzielt. Wie die Rose-Studie (2002)

gezeigt hat, kann der unbewusste Typ sogar relativ glücklich sein, wenn seine Lebensumstände gut sind. Doch auch wenn sie es aufschieben können, sich ihrer inneren Leere zu stellen, entgehen können sie dem nicht. Wie Kernberg (1974b) festgestellt hat:

Wenn wir bedenken, dass der Großteil der narzisstischen Befriedigung in einem normalen Leben im jugendlichen und im jungen Erwachsenenalter erfolgt, und dass sich der Betreffende, auch wenn er während seines gesamten Erwachsenenlebens narzisstische Triumphe und Befriedigungen zu verbuchen hatte, schließlich den grundlegenden Problemen im Zusammenhang mit dem Altern, chronischer Krankheit, physischen und geistigen Einschränkungen und, allen voran, Trennungen, Verlust und Einsamkeit stellen muss, dann müssen wir zu dem Schluss kommen, dass eine Konfrontation des grandiosen Selbst mit der Zerbrechlichkeit, der Beschränktheit und der Vergänglichkeit des menschlichen Lebens letztlich unvermeidlich ist. (S. 238)

Viele narzisstische Patienten tun sich schwer mit dem Altern. Ihre grandiosen Vorstellungen von immerwährender Jugend und Schönheit werden von den Launen des Alterns zunichtegemacht. Um ihre Jugend und Kraft zu beweisen, stürzen sie sich gegebenenfalls wie wild in außereheliche Affären mit Partnern, die halb so alt sind wie sie oder gehen nicht empfehlenswerten Beschäftigungen wie Marathonlauf nach. Häufig sind auch dramatische religiöse Bekehrungen, durch die der Narzisst der Trauer entgeht, indem er sich in den Schatten eines idealisierten Objekts (Gottes) flüchtet.

Ein Großteil der Freude im mittleren und fortgeschrittenen Alter resultiert aus dem mittelbaren Genuss des Erfolgs Jüngerer, beispielsweise der eigenen Kinder (Kernberg 1974b). Es gehört zur Tragödie von Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung, dass ihr Neid und ihre Verzweiflung sie dieser Freude berauben. Aufgrund dieser Gefühle begeben sich die Betroffenen oft erst mit weit über vierzig erstmals in Behandlung. Wegen des Gefühls, etwas versäumt zu haben, und der Ahnung, ihr Leben verlaufe nicht in der richtigen Bahn, werden sie möglicherweise aufgeschlossener für eine Behandlung. Sie stellen häufig fest, dass sie einsam sind, keine unterstützenden Beziehungen haben und kämpfen mit dem vernichtenden Gefühl, nicht geliebt zu werden. Sie sehen sich als Bestätigung der Mahnung Benjamin Franklins: „Wer sich selbst liebt, hat keine Rivalen.“

Manche Patienten mit einem hochgradig pathologischen Narzissmus können positiv auf bestimmte Ereignisse im Leben reagieren, es gibt also Grund zur Hoffnung. Ronningstam et al. (1995) berichteten über Veränderungen im Hinblick auf den Narzissmus in einer 3 jährigen begleitenden Studie mit 20 Patienten mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Bei 40 % gab es keine Veränderung, bei 60 % jedoch zeigte sich eine deutliche Besserung. Die Untersuchung der Lebensereignisse der Patienten mit einer Besserung deutete

darauf hin, dass drei Arten von Erfahrungen ihre narzisstische Orientierung verändert hatten. 9 Probanden hatten korrektive Leistungen erbracht, die zur Folge hatten, dass sie ein realistischeres Selbstbild besser akzeptieren konnten und weniger übertriebene Vorstellungen hegten. Bei 4 Patienten hatte eine korrektive Beziehung zur Milderung des pathologischen Narzissmus beigetragen. Aufgrund dieser Beobachtung kamen die Forscher zu dem Schluss, dass manche narzisstischen Abwehrmechanismen bei manchen Menschen, bei denen eine narzisstische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, doch nicht so tief verwurzelt sind, wie es scheint. Und bei 3 Patienten schließlich war es zu einer korrektiven Ernüchterung gekommen, die ihnen dazu verholfen hatte, sich realistischer zu beurteilen.

Narzisstische Patienten sind eine enorme Herausforderung für den Therapeuten. Kernberg (1974b) meinte jedoch, es sei der Mühe wert, denn selbst wenn die Therapie nur teilweise erfolgreich sei, würde sie die Schwierigkeiten in der zweiten Lebenshälfte verringern. Wenn narzisstische Patienten durch eine Behandlung ein gewisses Maß an Empathie erwerben, ihren Neid zum Teil durch Bewunderung ersetzen und andere als eigenständige Menschen mit eigenen Bedürfnissen akzeptieren können, bleibt es ihnen vielleicht erspart, ihr Leben in Verbitterung und Isolation zu beenden.

## Literaturhinweise

---

- Adler, G.: Psychotherapy of the narcissistic personality disorder patient: two contrasting approaches. *Am J Psychiatry* 143: 430–436, 1986.
- Allen, J. G.: Mentalizing. *Bull Menninger Clin* 67: 91–112, 2003.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. 4th Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- Azima, F. J. C.: Group psychotherapy with personality disorders, in: *Comprehensive Group Psychotherapy*. 2nd Edition. Edited by Kaplan, H. I., Sadock, B. J. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1983, S. 262–268.
- Brandschaft, B., Stolorow, R.: The borderline concept: pathological character or iatrogenic myth?, in: *Empathy II*. Edited by Lichtenberg, J., Bornstein, M., Silver, D., Hillsdale, N. J. Analytic Press, 1984, S. 333–357.
- Broucek, F. J.: Shame and its relationship to early narcissistic developments. *Int J Psychoanal* 63: 369–378, 1982.
- Cohen, D. W.: Transference and countertransference states in the analysis of pathological narcissism. *Psychoanal Rev* 89: 631–651, 2002.
- Cooper, A. M.: Further developments in the clinical diagnosis of narcissistic personality disorder, in: *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*. Edited by Ronningstam, E. F. Washington, DC,

- American Psychiatric Press, 1998, S. 53–74.
- Cooper, A. M., Michels, R.: Book review of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 3rd Edition, Revised (DSM III R by the American Psychiatric Association). *Am J Psychiatry* 145: 1300–1301, 1988.
- Curtis, H. C.: Clinical perspectives on self psychology. *Psychoanal Q* 54: 339–378, 1985.
- Dickinson, K. A., Pincus, A. L.: Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *J Personal Disord* 17: 188–207, 2003.
- Finell, J. S.: Narcissistic problems in analysts. *Int J Psychoanal* 66: 433–445, 1985.
- Gabbard, G. O.: Further contributions to the understanding of stage fright: narcissistic issues. *J Am Psychoanal Assoc* 31: 423–441, 1983.
- Gabbard, G. O.: Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bull Menninger Clin* 53: 527–532, 1989.
- Gabbard, G. O.: Transference and countertransference in the treatment of narcissistic patients, in: *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*. Edited by Ronningstam, E. F. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, S. 125–146.
- Gabbard, G. O.: On gratitude and gratification. *J Am Psychoanal Assoc* 48: 697–716, 2000.
- Gabbard, G. O., Twemlow, S. W.: The role of mother-son incest in the pathogenesis of narcissistic personality disorder. *J Am Psychoanal Assoc* 42: 159–177, 1994.
- Glassman, M.: Kernberg and Kohut: a test of competing psychoanalytic models of narcissism. *J Am Psychoanal Assoc* 36: 597–625, 1988.
- Groopman, L., Cooper, A. M.: Narcissistic personality disorder, in: *Treatments of Psychiatric Disorder*. 3rd Edition, Vol. 2. Edited by Gabbard, G. O. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2001, S. 2309–2326.
- Heiserman, A., Cook, H.: Narcissism, affect, and gender: an empirical examination of Kernberg's and Kohut's theories of narcissism. *Psychoanalytic Psychology* 15: 74–92, 1998.
- Hibbard, S.: Narcissism, shame, masochism, and object relations: an exploratory correlational study. *Psychoanalytic Psychology* 9: 489–508, 1992.
- Horner, A. J.: A characterological contraindication for group psychotherapy. *J Am Acad Psychoanal* 3: 301–305, 1975.
- Horwitz, L.: Group psychotherapy of the borderline patient, in: *Borderline Personality Disorders: The Concept, the Syndrome, the Patient*. Edited by Hartocollis, P. L. New York, International Universities Press, 1977, S. 399–422.
- Josephs, L.: *Balancing Empathy and Interpretation: Relational Character Analysis*. Northvale, N. J., Jason Aronson, 1995.
- Kernberg, O. F.: Factors in the psychoanalytic treatment of narcissistic personalities. *J Am Psychoanal Assoc* 18: 61–85, 1970.

- Kernberg, O. F.: Contrasting viewpoints regarding the nature and psychoanalytic treatment of narcissistic personalities: a preliminary communication. *J Am Psychoanal Assoc* 22: 255–267, 1974a.
- Kernberg, O. F.: Further contributions to the treatment of narcissistic personalities. *Int J Psychoanal* 55: 215–240, 1974b.
- Kernberg, O. F.: *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, CT, Yale University Press, 1984.
- Kernberg, O. F.: Pathological narcissism and narcissistic personality disorder: theoretical background and diagnostic classification, in: *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*. Edited by Ronningstam, E. F. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, S. 29–51.
- Klonsky, E. D., Jane, J. S., Turkheimer, E., et al.: Gender role and personality disorders. *J Personal Disord* 16: 464–476, 2002.
- Kohut, H.: *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. New York, International Universities Press, 1971.
- Kohut, H.: *The Restoration of the Self*. New York, International Universities Press, 1977.
- Kohut, H.: *How Does Analysis Cure?* Edited by Goldberg, A. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1984.
- Lansky, M. R.: Masks of the narcissistically vulnerable marriage. *International Journal of Family Psychiatry* 3: 439–449, 1982.
- Lasch, C.: *The Culture of Narcissism: American Life in an Age of Diminishing Expectations*. New York, WW Norton, 1979.
- Lewis, H. B. (Hrsg.): *The Role of Shame and Symptom Formation*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1987.
- Maccoby, M.: *The Gamesman: The New Corporate Leaders*. New York, Simon & Schuster, 1976.
- Mahler, M. S., Pine, F., Bergman, A.: *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*. New York, Basic Books, 1975.
- Miller, J. P.: How Kohut actually worked. *Progress in Self Psychology* 1: 13–30, 1985.
- Mitchell, S. A.: *Relational Concepts in Psychoanalysis: An Integration*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1988.
- Modell, A. H.: “The holding environment” and the therapeutic action of psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 24: 285–307, 1976.
- Ornstein, P. H.: A discussion of the paper by Otto F. Kernberg on “Further contributions to the treatment of narcissistic personalities”. *Int J Psychoanal* 55: 241–247, 1974a.
- Ornstein, P. H.: On narcissism: beyond the introduction, highlights of Heinz Kohut’s contributions to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. *Annual of Psychoanalysis* 2: 127–149, 1974b.

- Ornstein, P.: Psychoanalysis of patients with primary self-disorder: a self psychological perspective, in: *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*. Edited by Ronningstam, E. F. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, S. 147–169.
- Person, E. S.: Manipulativeness in entrepreneurs and psychopaths, in: *Unmasking the Psychopath: Antisocial Personality and Related Syndromes*. Edited by Reid, W. H., Dorr, D., Walker, J. I., et al. New York, WW Norton, 1986, S. 256–273.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S.: Group treatment for personality disorders, in: *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. Edited by Oldham, J. G., Skodol, A., Bender, O. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2005.
- Rinsley, D. B.: The developmental etiology of borderline and narcissistic disorders. *Bull Menninger Clin* 44:127–134, 1980.
- Rinsley, D. B.: A comparison of borderline and narcissistic personality disorders. *Bull Menninger Clin* 48: 1–9, 1984.
- Rinsley, D. B.: Notes on the pathogenesis and nosology of borderline and narcissistic personality disorders. *J Am Psychoanal* 13: 317–328, 1985.
- Rinsley, D. B.: The adolescent, the family, and the culture of narcissism: a psychosocial commentary. *Adolescent Psychiatry* 13: 7–28, 1986.
- Rinsley, D. B.: Notes on the developmental pathogenesis of narcissistic personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 12: 695–707, 1989.
- Ronningstam, E., Gunderson, J., Lyons, M.: Changes in pathological narcissism. *Am J Psychiatry* 152: 253–257, 1995.
- Rose, P.: The happy and unhappy faces of narcissism. *Pers Individ Diff* 33: 379–391, 2002.
- Rosenfeld, H.: *Impasse and Interpretation: Therapeutic and Anti-Therapeutic Factors in the Psychoanalytic Treatment of Psychotic, Borderline, and Neurotic Patients*. Edited by Tuckett, D. London, Tavistock, 1987.
- Roth, B. E.: Narcissistic patients in group psychotherapy: containing affects in the early group, in: *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*. Edited by Ronningstam, E. F. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, S. 221–237.
- Rothstein, A.: *The Narcissistic Pursuit of Perfection*. New York, International Universities Press, 1980.
- Stein, M. H.: Book review of *The Restoration of the Self* by Heinz Kohut. *J Am Psychoanal Assoc* 27: 665–680, 1979.
- Stolorow, R. D.: Toward a functional definition of narcissism. *Int J Psychoanal* 56: 179–185, 1975.
- Stone, M. H.: Normal narcissism: an etiological and ethological perspective, in: *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*. Edited by Ronningstam, E. F. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, S. 7–28.

- Wilson, M.: The analyst's desire and the problem of narcissistic resistances. *J Am Psychoanal Assoc* 51: 72–99, 2003.
- Wink, P.: Two faces of narcissism. *J Pers Soc Psychol* 61: 590–597, 1991.
- Winnicott, D. W.: *The Maturation Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. London, Hogarth Press, 1965.
- Wong, N.: Clinical considerations in group treatment of narcissistic disorders. *Int J Group Psychother* 29: 325–345, 1979.
- Wong, N.: Combined group and individual treatment of borderline and narcissistic patients: heterogeneous versus homogeneous groups. *Int J Group Psychother* 30: 389–404, 1980.
- Yalom, I. D.: *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. 3rd Edition. New York, Basic Books, 1985.





## KAPITEL 17

# CLUSTER-B— PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

## *Dissoziale Persönlichkeitsstörung*

Von allen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sind es vermutlich die dissozialen Patienten, die am umfassendsten studiert werden, zugleich aber auch diejenigen, die die Kliniker am ehesten meiden. Bei diesen Patienten kommt es vor, dass sie in der therapeutischen Situation lügen, betrügen, stehlen, Drohungen aussprechen und andere Arten des verantwortungslosen und täuschenden Verhaltens an den Tag legen. Sie werden als „Psychopathen“, „Soziopathen“ und „Personen mit Charakterstörungen“ bezeichnet – mit Begriffen also, die in der Psychiatrie traditionell mit Unbehandelbarkeit gleichgesetzt werden. Manche sind sogar der Ansicht, solche Patienten seien als „Kriminelle“ zu betrachten und sollten nicht in den Zuständigkeitsbereich der Psychiatrie aufgenommen werden. Die klinische Erfahrung zeigt jedoch, dass ein breites Spektrum von Patienten, das von gänzlich unbehandelbaren bis zu denen reicht, die unter bestimmten Bedingungen behandelt werden können, als dissozial bezeichnet wird. Die letztere Gruppe rechtfertigt die ausführliche Beschäftigung mit diesen Patienten, durch die jene, die bereit sind, Hilfe anzunehmen, die bestmögliche Behandlung erhalten können.

Die erste umfassende klinische Beschreibung solcher Patienten legte Hervey Cleckley in seinem klassische Werk *The Mask of Sanity* (1941 / 1976) vor. Wie der Titel andeutet, betrachtete Cleckley den Psychopathen als jemanden, der nicht offen psychotisch ist, dessen Verhalten jedoch so chaotisch und den Anforderungen der Realität und der Gesellschaft in so geringem Maße

entspricht, dass es auf eine unter der Oberfläche verborgene Psychose hindeutet. Während Psychopathen, so Cleckley, scheinbar zu oberflächlichen Beziehungen zu anderen Menschen in der Lage sind, verhalten sie sich in allen ihren Beziehungen völlig unverantwortlich und nehmen keinerlei Rücksicht auf die Gefühle oder Sorgen anderer.

Der Begriff *Psychopath* ist in den Jahrzehnten seit der Veröffentlichung des als Meilenstein geltenden Werkes von Cleckley aus der Mode gekommen. Die Bezeichnung *Soziopath* war eine Zeit lang gebräuchlich, angeblich um zu betonen, dass einige der Probleme dieser Menschen sozialen und nicht psychologischen Ursprungs sind. Als im Jahr 1968 das zweite *Diagnostic and Statistical Manual of Personal Disorders* der American Psychiatric Association (DSM II. American Psychiatric Association, 1968) erschien, bevorzugte man bereits die Bezeichnung dissoziale Persönlichkeit. Mit dem Erscheinen des DSM III im Jahr 1980 (American Psychiatric Association, 1980) änderte sich die Diagnose der dissozialen Persönlichkeitsstörung (ASPD) im Vergleich zu Cleckleys ursprünglicher Beschreibung erheblich. Obwohl die DSM III-Kriterien mehr diagnostische Einzelheiten enthielten als für jede andere Persönlichkeitsstörung, beschränkten sie die Störung im Wesentlichen auf eine kriminelle Population, die mit hoher Wahrscheinlichkeit mit unterdrückten und benachteiligten sozioökonomischen Gruppen in Verbindung steht (Halleck 1981; Meloy 1988; Modlin 1983).

Bei der Anwendung der DSM III-Kriterien auf inhaftierte Straffällige stellten die Forscher fest, dass bei der Mehrheit (50–80 %) dieser Populationen eine ASPD diagnostiziert werden konnte (Hare 1983; Hart and Hare 1998). Mit der Anwendung diagnostischer Kriterien, die der Tradition Cleckleys näherstanden und den psychopathischen Aspekt betonten, erhielten die Forscher deutlich abweichende Ergebnisse. Anhand der Hare Psychopathy Checklist – Revised (PCL R) erwiesen sich nur 25 % der inhaftierten Straffälligen als Psychopathen (Hare 1991; Hare et al. 1991). In einer Studie mit 137 kokainabhängigen Frauen, die sich um eine Behandlung bemühten (Rutherford et al. 1999) wurde anhand der DSM-Kriterien bei mehr als einem Viertel eine ASPD festgestellt, nach der PCL R hingegen wurde nur bei 1,5 % eine mittelschwere Psychopathie diagnostiziert. Dieses Instrument arbeitet statt mit Selbsteinschätzungen mit professionellen klinischen Bewertungen und umfasst auch Items wie Unverantwortlichkeit, Impulsivität, Fehlen realistischer langfristiger Ziele, promiskues Sexualverhalten, frühe Verhaltensauffälligkeiten, schmarotzerischer Lebenswandel, Hartherzigkeit und fehlende Empathie, oberflächliche Affekte, fehlende Reue oder Schuldgefühle, Bedürfnis nach Anregung und Neigung zu Langeweile, grandiose Vorstellungen über den Selbstwert und mit oberflächlichem Charme verbundene Heuchelei.

In den letzten Jahren hat der Begriff *Psychopath* als diagnostische Bezeichnung für bestimmte psychodynamische und sogar biologische

**TABELLE 17-1.** DSM-IV-TR-Kriterien der dissozialen Persönlichkeitsstörung

- 
- A. Es besteht ein tief greifendes Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer, das ab dem 15. Lebensjahr auftritt und sich in drei (oder mehr) der nachstehenden Kriterien zeigt:
- (1) Der/die Betreffende ist nicht in der Lage, sich in Bezug auf gesetzmäßiges Verhalten den gesellschaftlichen Normen anzupassen, was sich im wiederholten Begehen von Handlungen äußert, die einen Grund für eine Festnahme darstellen.
  - (2) Der/die Betreffende legt Falschheit an den Tag, die sich in wiederholtem Lügen, dem Gebrauch von Decknamen oder dem Betrügen anderer zum persönlichen Vorteil oder Vergnügen äußert.
  - (3) Den/die Betreffende/n kennzeichnen Impulsivität oder die Unfähigkeit, vorausschauend zu planen.
  - (4) Der/die Betreffende legt Reizbarkeit oder Aggressivität an den Tag, die sich in wiederholten Schlägereien oder Überfällen äußert.
  - (5) Der/die Betreffende legt eine rücksichtslose Missachtung der eigenen Sicherheit bzw. der Sicherheit anderer an den Tag.
  - (6) Der/die Betreffende legt eine durchgängige Verantwortungslosigkeit an den Tag, die sich in der wiederholten Unfähigkeit zeigt, eine dauerhafte Tätigkeit auszuüben oder finanziellen Verpflichtungen nachzukommen.
  - (7) Der/die Betreffende legt fehlende Reue an den Tag, die sich in Gleichgültigkeit oder Rationalisierung äußert, nachdem er/sie andere gekränkt, misshandelt oder bestohlen hat.
- B. Der/die Betreffende ist mindestens 18 Jahre alt.
- C. Es gibt Belege für eine Verhaltensstörung, die vor Vollendung des 15. Lebensjahres begonnen hat.
- D. Zu dissozialem Verhalten kommt es nicht ausschließlich im Verlauf der Schizophrenie oder während manischer Episoden.
- 

*Quelle:* Nachgedruckt aus American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition, Text Revision. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000. Copyright 2000, American Psychiatric Association. Verwendung mit Genehmigung.

Merkmale, die durch die DSM IV-Kriterien der ASPD (Tabelle 17-1; American Psychiatric Association, 2000) (Hart and Hare 1998; Meloy 1988, 1995; Person 1986; Reid et al. 1986) nicht erfasst werden, erneut an Popularität gewonnen. Diese Unterscheidung ist aus klinischer Sicht sinnvoll, da jemand ein Psychopath sein kann, ohne die DSM IV TR-Kriterien der ASPD zu erfüllen, beziehungsweise die DSM IV TR-Kriterien der ASPD erfüllen kann, ohne ein Psychopath zu sein.

In Hares (1991) Definition der *Psychopathie* liegt der Schwerpunkt auf den zuvor aufgelisteten Merkmalen, die sich in interpersonelle / psychodynamische Merkmale und dissoziale Handlungen aufteilen lassen. Obwohl diese beiden Komponenten offensichtlich korrelieren, können sie auch einzeln auftreten (Livesley 2003). Bei manchen Betroffenen fehlt die Empathie, oder sie sind hartherzig, grandios und manipulativ, ohne dass sich die Verhaltensauffälligkeiten der betreffenden Komponente des Hare-Schemas manifestieren. Grundsätzlich gilt jedoch, dass die Psychopathie sowohl hinsichtlich ihrer klinischen Manifestationen als auch hinsichtlich ihrer Behandlungsresistenz weitaus schwerwiegender ist. Die Betroffenen weisen im Vergleich zu Nichtpsychopathen wahrscheinlich deutliche neuropsychologische Unterschiede auf und sind möglicherweise rücksichtsloser und in höherem Maße unfähig zu jeglicher Art emotionaler Bindung, mit Ausnahme einer auf Macht basierenden sadomasochistischen Art der Interaktion (Meloy 1988).

Zur Beurteilung der Behandelbarkeit sind die DSM IV TR-Kriterien nicht sonderlich geeignet. Bei dissozialen Patienten muss der Kliniker zuallererst feststellen, ob ein bestimmter Patient unter den gegebenen Umständen behandelbar ist. Dieses Dilemma lässt sich begrifflich erfassen, indem man das dissoziale Erscheinungsbild als Subkategorie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung betrachtet (Kernberg 1984, 1998; Meloy 1988, 1995; Reid 1985). Es gibt in der Tat ein narzisstisches Kontinuum dissozialer Pathologie, das von der primitivsten Psychopathie in ihrer reinsten Form bis zur narzisstischen Persönlichkeitsstörung mit ichsyntonen dissozialen Merkmalen und bis zu einem Narzissmus reicht, bei dem der Patient bei der Übertragung einfach unehrlich ist (Kernberg 1984, 1998).

Pathologie, das von der primitivsten Psychopathie in ihrer reinsten Form bis zur narzisstischen Persönlichkeitsstörung mit ichsyntonen dissozialen Merkmalen und bis zu einem Narzissmus reicht, bei dem der Patient bei der Übertragung einfach unehrlich ist (Kernberg 1984, 1998).

Der Kliniker begegnet vielen Patienten mit dissozialen Eigenschaften. Der dynamische Kliniker sollte bei der Beurteilung eines jeden Patienten das obige narzisstische Kontinuum im Sinn haben. Indem er gleichzeitig nach der dynamischen Auffassung und auf der Grundlage einer sorgfältigen Diagnose (die weiter unten in diesem Kapitel besprochen wird) in Bezug auf Psychopathie sowie narzisstische und dissoziale Pathologie urteilt, kann er eine dynamisch ausgerichtete Entscheidung darüber treffen, ob der Patient behandelbar ist und welche Umstände eine Behandlung rechtfertigen. Der Begriff Psychopath wird in diesem Kapitel im engen Sinne gebraucht und bezeichnet diejenige Untergruppe von Patienten, die durch die Kriterien von Hares PCL R und die psychodynamischen Beschreibungen von Meloy (1988, 1995) und Person (1986) erfasst werden. Als dissoziale Patienten werden diejenigen bezeichnet, die auf dem Kontinuum einzuordnen sind und dissoziales Verhalten unterschiedlichen Ausmaßes an den Tag legen.

## Epidemiologie

---

Über die Epidemiologie der ASPD, deren Prävalenz im Laufe des Lebens bei der US-Bevölkerung bei 2–3 % liegt, steht eine beträchtliche Menge an Erkenntnissen zur Verfügung (Cadoret 1986). Menschen mit dieser Störung finden sich häufiger in verarmten Innenstadtbereichen, und viele von ihnen verlassen die Highschool vor dem Abschluss. Das Leben dissozialer Menschen ist durch einen Abwärtstrend gekennzeichnet (Person 1986). Häufig verdienen und verlieren sie Geld im regelmäßigen Wechsel, bis sie in der Lebensmitte „ausgebrannt“ sind und dabei oft unter schwerem Alkoholismus und Entkräftung leiden (Halleck 1981). Auch wenn sich ihre Impulsivität mit zunehmendem Alter bessert, haben sie auch weiterhin Auseinandersetzungen mit Arbeitskollegen, Erziehungspartnern und Partnern in Liebesbeziehungen (Paris 2003). Manche sterben vorzeitig.

Es besteht eine bemerkenswerte Korrelation zwischen dissozialer Charakterpathologie und Drogenmissbrauch (Cadoret 1986; Halleck 1981; Meloy 1988; Modlin 1983; Reid 1985; Vaillant 1983). Nach der gegenwärtigen Auffassung über die Wechselbeziehung der beiden Merkmale sind diese zwar häufig gemeinsam vorhanden, haben aber jeweils eine gesonderte Ätiologie (Cadoret 1986; Reid 1985; Vaillant 1983). Gesichert ist natürlich auch, dass kriminelle Handlungen in engem Zusammenhang mit Drogenmissbrauch stehen (Holden 1986). Untersuchungen haben gezeigt, dass 52–65 % der Schwerverbrecher Drogen missbrauchen.

Man geht allgemein davon aus, dass die Mehrzahl der Patienten mit dissozialen Auffälligkeiten männlich ist, und das Verhältnis von Männern und Frauen mit ASPD liegt in der Tat zwischen 4:1 und 7,8:1 (Cadoret 1986). Familiäre Zusammenhänge zwischen Psychopathie und Somatisierungsstörungen (Hysterie) sind zur Genüge belegt (Cadoret 1978; Cloninger and Guze 1975; Cloninger et al. 1984; Woerner and Guze 1968). Eine mögliche Erklärung für diese Korrelation lautet, dass das Geschlecht einen Einfluss darauf hat, ob es bei einem Individuum mit hysterischen oder histrionischen Persönlichkeitsmerkmalen zu einer dissozialen Persönlichkeit oder einer Somatisierungsstörung kommt (Lilienfeld et al. 1986).

Obwohl sie bei Männern wesentlich häufiger ist, kann Psychopathie auch bei Frauen auftreten und kommt in der Tat auch bei ihnen vor. Wegen der Geschlechterrollenklischees kommt es vor, dass Kliniker sie bei Frauen übersehen. Bei einer verführerischen und manipulativen Frau, die ein erhebliches Maß an dissozialem Verhalten an den Tag legt, wird mit weitaus größerer Wahrscheinlichkeit eine hysterische, eine histrionische oder eine Borderline-Störung festgestellt. Eine 19-jährige Patientin, die sich in stationärer Behandlung befand, hatte reichlich dissoziales Verhalten gezeigt, unter anderem einen Mann ermordet, der nach ihrer Aussage versucht hatte, sie zu

vergewaltigen, außerdem gestohlen, gelogen und die Behandlung anderer Patienten vereitelt. Während ihres Krankenhausaufenthaltes brachte sie zwei männliche Patienten dazu, ihr ein Brecheisen ans Fenster zu bringen, damit sie fliehen könnte. Nachdem sie mit den beiden Männern durch das Land gezogen war (wobei sie die Kreditkarten ihrer Eltern benutzte), ließ sie sie ohne Geld an einem Flughafen zurück. Ihre Therapie wurde erst geändert, nachdem sie in ihrem Zimmer ein Feuer gelegt und damit alle Patienten auf der Station in Gefahr gebracht hatte. Da diese Patientin attraktiv und verführerisch war und im Umgang mit anderen einen gewissen Charme einsetzte, entschied das Behandlungspersonal im Zweifelsfall immer wieder zu ihren Gunsten. Manche meinten sogar, ihr Verhalten ließe eher auf eine „Depression“ als auf eine dissoziale Pathologie schließen, während sie sowohl die DSM IV-Kriterien (American Psychiatric Association, 1994) der ASPD als auch die psychodynamischen Kriterien der Psychopathie erfüllte. Diese Tendenz der Fehldiagnosen bei dissozialen Frauen könnte sich – mit der zunehmenden sozialen Freiheit der Frau – jedoch ändern (Reid 1985). So wie mehr und mehr Frauen ihre Lebensweise dem traditionell männlichen Muster angleichen, wird bei ihnen möglicherweise vermehrt ASPD diagnostiziert werden. Die durch das Geschlecht bedingten Unterschiede bei der Diagnose von Persönlichkeitsstörungen wurden in der Forschung zu Persönlichkeitsstörungen relativ wenig beachtet. Eine Studie mit 665 Collegestudenten hat jedoch gezeigt, dass ein Zusammenhang zwischen traditionellen männlichen Eigenschaften und dissozialen Tendenzen besteht (Klonsky et al. 2002). Außerdem wurde die Möglichkeit in Betracht gezogen, dass die histrionische Persönlichkeitsstörung die weibliche und ASPD die männliche Variante der Psychopathie sein könnte. Die Forschung hat diese Unterscheidung noch nicht belegt, sodass in diesem Bereich eindeutig weitere Untersuchungen erforderlich sind (Cale and Lilienfeld 2002).

## Die psychodynamische Auffassung

---

Um zu einem umfassenden Verständnis der ASPD zu gelangen, muss man zunächst anerkennen, dass an ihrer Ätiologie und Pathogenese eindeutig auch biologische Faktoren beteiligt sind. Studien mit Zwillingen haben überzeugende Belege dafür geliefert, dass genetische Faktoren einen Einfluss auf die Entstehung der Psychopathie haben (Cadoret 1986). Die Konkordanz hinsichtlich der Kriminalität beispielsweise ist bei eineiigen Zwillingen zwei bis dreimal so hoch wie bei zweieiigen (Christiansen 1977; Wilson and Herrnstein 1985). ASPD scheint sogar als Modellstörung geeignet zu sein, anhand welcher die Wechselwirkung zwischen Genen und Umgebung untersucht werden kann. Untersuchungen haben stets ergeben, dass eine

durch Faktoren in der Umgebung verstärkte genetische Anfälligkeit mit größerer Wahrscheinlichkeit zu dissozialem oder kriminellen Verhalten führt (Cadoret et al. 1995; Caspi et al. 2002; Foley et al. 2004; Hodgins et al. 2001; Raine et al. 1996, 1997). In der Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study (Caspi et al. 2002) führten die Forscher eine prospektive Beobachtung eines Geburtsjahrgangs aus 1037 Kindern durch, und zwar im Alter von 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, und 21 Jahren. 96 % der Stichprobe wurden dann im Alter von 26 Jahren erneut aufgesucht und bewertet. Im Alter zwischen 3 und 11 Jahren hatten 8 % „schwere“ Misshandlung, 28 % „wahrscheinlich“ eine Misshandlung und 64 % keine Misshandlung erlitten. Misshandlung umfasste Ablehnung durch die Mutter, den wiederholten Verlust des Hauptbetreuers, strenge Disziplin, physische Misshandlung und sexuellen Missbrauch. Die Forscher stellten fest, dass ein funktionaler Polymorphismus des Gens, das für das Neurotransmitter abbauende Enzym Monoaminoxidase A (MAO A) verantwortlich ist, die Auswirkung von Misshandlungen verändert. Männliche Probanden mit einem Genotyp mit niedriger MAO A-Aktivität, die in ihrer Kindheit misshandelt worden waren, hatten erhöhte dissoziale Scores, solche mit einem Genotyp mit hoher MAO A-Aktivität auch dann nicht, wenn sie in der Kindheit misshandelt worden waren. 85 % der männlichen Probanden mit einem Genotyp mit niedriger MAO A-Aktivität und schwerer Misshandlung zeigten dissoziales Verhalten. Die Ergebnisse dieser Studie wurden von Foley et al. (2004) in ihrer Untersuchung über 514 männliche Zwillinge mit Verhaltensstörungen von 8 bis 17 Jahren wiederholt. Diese Studien lassen den Schluss zu, dass die Genotypen die Empfindlichkeit von Kindern gegenüber Stressfaktoren der Umgebung mindern, und dass die Kombination von genetischer Empfänglichkeit und widrigen Erfahrungen zu dissozialem Verhalten führen kann.

Eine weitere elegante Studie über das Zusammenspiel von Genen und Umwelt deutet darauf hin, dass die einzigartige Umgebung, die bei Geschwistern in ein und derselben Familie jeweils *unterschiedlich* ist, einen entscheidenden Einfluss auf das Entstehen dissozialen Verhaltens haben kann. Reiss et al. (1995, 2000) untersuchten 708 Familien mit mindestens zwei heranwachsenden Geschwistern desselben Geschlechts in verschiedenen Zusammensetzungen. 93 Familien hatten eineiige Zwillinge, 99 zweieiige Zwillinge, 95 gewöhnliche Geschwisterkinder, 181 Vollgeschwister in Stieffamilien, 110 Halbgeschwister in Stieffamilien und 130 genetisch nicht verwandte Geschwister in Stieffamilien. Mit Hilfe von Videoaufnahmen und eines Fragebogens wurden Daten über die Art und Weise der elterlichen Fürsorge gesammelt. Etwa 60 % der Varianz im Hinblick auf dissoziales Verhalten bei Heranwachsenden konnte mit negativem oder konfliktbeladenem Verhalten der Eltern gegenüber dem betreffenden Heranwachsenden in Verbindung gebracht werden.



Die Forscher vermuteten, dass bestimmte erbliche Eigenschaften der Kinder ein strenges und widersprüchliches Verhalten bei den Eltern auslösten, was bei Geschwistern ohne diese erblichen Eigenschaften nicht der Fall war. Bei letzteren schien sich eine Schutzwirkung zu zeigen, wenn die Eltern gegenüber dem anderen Geschwisterkind ein strenges Verhalten an den Tag legten. Reiss et al. (2000) stellten fest, dass die Reaktion der Familien auf diese erblichen Eigenschaften gewöhnlich einer der folgenden vier Formen zuzuordnen war: 1. Sie verschlimmerte die schwierigen Aspekte des Kindes. 2. Sie verstärkte wünschenswerte Merkmale des Kindes. 3. Sie beschützte das Kind vor den negativen Folgen des schwierigen Verhaltens. 4. Sie führte dazu, dass sich die Eltern von dem schwierigen Kind zurückzogen, um das Geschwisterkind mit besseren Aussichten zu schützen. Die Forscher vermuteten, „die Umsetzung genetischer Informationen in Familienprozessen könne es an Bedeutung möglicherweise mit dem weitaus besser bekannten Prozess der RNA-Umsetzung – der entscheidenden genetischen Umwandlung genetischer Informationen bei der Proteinsynthese – aufnehmen und mit dieser zusammenwirken“ (S. 386).

Außerdem mehren sich die Belege für eine biologische Grundlage der ASPD. Kleinkinder, in deren Familie ASPD gehäuft vorkommt, haben deutlich niedrigere Werte für 5 Hydroxyindolessigsäure (5 HIAA) als Kleinkinder ohne eine solche Familienanamnese (Constantino et al. 1997). Weiterhin gibt es bemerkenswerte Zusammenhänge zwischen einer verminderten Reaktivität des vegetativen Nervensystems und der Wahrscheinlichkeit für kriminelles Verhalten (Brennan et al. 1997; Raine et al. 1990, 1995). Eine erhöhte Reaktivität des vegetativen Nervensystems scheint prospektiven Begleitstudien mit Teenagern zufolge sogar vor kriminellen Verhalten zu schützen. Aus psychodynamischer Sicht kann man sagen, dass bei Menschen mit stark internalisierten Normen bezüglich Recht und Unrecht – die oft mit dem Über-Ich und dem Ich-Ideal zusammenhängen – möglicherweise Angst und eine erhöhte vegetative Reaktivität in Form von Schuldgefühlen auftreten, wenn sie diese moralischen Grenzen überschreiten.

Auch verschiedene neuropsychologische Defizite in der Kindheit scheinen die Wahrscheinlichkeit der Entstehung einer ASPD zu erhöhen. So besteht beispielsweise bei Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung ein deutlich höheres Risiko für eine spätere ASPD (Mannuzza et al. 1998). Bei Männern, die im pränatalen Stadium im ersten und/oder zweiten Trimester der Schwangerschaft einem schweren Nährstoffmangel der Mutter ausgesetzt waren, besteht ein erhöhtes Risiko für ASPD (Neugebauer et al. 1999). Unter Anwendung der strukturellen Kernspintomografie stellten Raine et al. (2000) bei 11 % der Patienten mit einer dissozialen Persönlichkeit eine Verringerung der grauen Substanz im Vergleich zu gesunden Personen, psychiatrischen Kontrollpersonen und 26 drogenabhängigen Probanden fest. Sie schlossen daraus, dass dieses strukturelle

Defizit möglicherweise mit der niedrigen vegetativen Erregbarkeit, dem fehlenden Gewissen und den für dissoziale und psychopathische Menschen typischen problematischen Entscheidungen zusammenhängt.

Viele dieser Studien unterscheiden nicht zwischen Psychopathie und ASPD, eine zunehmende Anzahl von Erkenntnissen belegt jedoch, dass Psychopaths abweichende anatomische und funktionelle Merkmale aufweisen. 25 Psychopaths wurden mit 18 Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und 24 Kontrollpersonen verglichen (Herpertz et al. 2001). Die Psychopaths zeichneten sich durch verminderte elektrodermale Reaktivität, das Fehlen der Schreckreaktion und geringere Mimik aus. Die Forscher kamen zu dem Schluss, psychopathische Menschen haben eine deutlich verminderte Angstreaktion auf Ereignisse und ein allgemeines Defizit hinsichtlich der Verarbeitung affektiver Informationen. Die emotionale Hyporeaktivität war auffallend und in hohem Maße charakteristisch für Psychopaths. In einer weiteren Untersuchung von Raine und seinen Kollegen (2003) wurde das Corpus callosum von 15 Männern mit hohen Psychopathiescores mit dem von 25 entsprechenden Kontrollpersonen verglichen. Bei den Personen mit Psychopathie war sowohl das Volumen der kallösen weißen Substanz als auch die Länge des Corpus callosum in statistisch signifikantem Maße größer. Außerdem waren bei ihnen die Dicke des Corpus callosum um 15 % geringer und die funktionelle Interkonnektivität der Gehirnhälften größer. Die Forscher vermuteten, dass atypische neuronale Entwicklungen wie der Stillstand in einem frühen Stadium des axonalen Pruning oder eine verstärkte Myelinisation der weißen Substanz für diese Abweichungen des Corpus callosum bei Psychopathie verantwortlich sein könnten.

Eine elegant angelegte prospektive Studie (Johnson et al. 1999) hat gezeigt, dass sich aufgrund von Vernachlässigung und Misshandlung (jedoch nicht sexuellem Missbrauch) im Kindesalter eine höhere Prävalenz dissozialer Symptome im Erwachsenenalter voraussagen lässt. Obwohl es richtig ist, dass aufgrund von Misshandlung in der Kindheit möglicherweise Symptome der ASPD für das Erwachsenenalter vorausgesagt werden können, kann die Ätiologie nicht auf eine einfache Formel reduziert werden, laut welcher Opfer zu Tätern werden. 86 % der misshandelten und vernachlässigten Kinder in einer Studie (Luntz and Widom 1994) hatten als Erwachsene keine ASPD, während 7 % ohne eine solche Vorgeschichte ASPD hatten. Ebenso ging in einer Untersuchung mit 85 inhaftierten Frauen (Zlotnick 1999) Misshandlung in der Kindheit nicht mit ASPD einher.

Die erblichen Eigenschaften des Kindes, die häufig durch perinatale Hirnschädigungen verstärkt werden, können zu bestimmten Schwierigkeiten bei der elterlichen Fürsorge führen. Das Kind ist möglicherweise schwer zu beruhigen und zeigt eine geringere affektive Reaktivität als von den Eltern erwünscht. In manchen Fällen neigen die Eltern wegen ihrer eigenen Psychopathologie selbst zu Misshandlungen, oder sie werden immer

ungeduldiger und gereizter, weil das Kind nicht so reagiert, wie sie es möchten. Meloy (1988) beschrieb zwei getrennte Prozesse, die in der Entwicklung dissozialer Menschen häufig sind. Der eine ist eine völlige Distanzierung von allen Beziehungen und affektiven Erfahrungen im Allgemeinen. Der andere ist ein stärker objektbezogener Vorgang, gekennzeichnet durch sadistische Versuche, sich mit anderen zu verbünden, um Macht auszuüben und destruktiv zu sein. Außerdem treten wegen der genetischen / biologischen Defizite des Kindes und der ungünstigen häuslichen Umgebung, in die es hineingeboren wird, große Probleme bei der Internalisierung anderer auf.

Die schwere Schädigung der Internalisierung bei Psychopathen führt offensichtlich dazu, dass die Ausbildung des Über-Ichs scheitert – was, im dynamischen Sinne, das klassische Erkennungszeichen eines Psychopathen ist. Das Fehlen jeglicher Moralvorstellung bei diesen Menschen gehört zu den abschreckenden Eigenschaften, durch die sie kaum noch menschlich erscheinen. Das einzige Wertesystem, das für sie eine gewisse Bedeutung hat, ist das Ausüben aggressiver Macht, und die einzigen Anzeichen für ein Über-Ich sind wohl die sadistischen Über-Ich-Vorläufer (oder gewalttätig-sadistischen Objekte), die sich in ihrem sadistischen und grausamen Verhalten manifestieren (Kernberg 1984).

Patienten auf einem höheren Niveau, die nicht in die Kategorie des „reinen“ Psychopathen passen, können eine Über-Ich-Lücke aufweisen (Johnson 1949). Solche Menschen haben wegen ihrer relativ günstigeren Konstitution und Erfahrung mit der elterlichen Fürsorge so etwas wie ein Gewissen, wobei es jedoch abgegrenzte Bereiche gibt, in denen das Über-Ich nicht zu funktionieren scheint. Manche von ihnen wurden auf subtile oder weniger subtile Weise von einem oder von beiden Elternteilen zu ihrem dissozialen Verhalten ermuntert.

Allen war ein 10 jähriger Junge, den seine Eltern ins Krankenhaus gebracht hatten. Beim Aufnahmeinterview mit dem Psychotherapeuten und dem Sozialarbeiter berichteten seine Mutter und sein Vater von einer langen Vorgeschichte aggressiven Verhaltens. Allen hatte sich wiederholt in der Schule geprügelt, kleinere vandalistische Handlungen am Eigentum von Nachbarn vorgenommen und gehorchte seinen Eltern nicht. Allens Vater beschrieb den Vorfall, der schließlich zur Einweisung seines Sohnes ins Krankenhaus geführt hatte: „Da fuhr dieser alte Mann in seinem Auto an unserem Haus vorbei, und Allen war im Hof mit seinem Bogen und den Pfeilen. Obwohl der Mann mit 35 Meilen pro Stunde fuhr, schaffte Allen es, einen Pfeil durch die Windschutzscheibe zu schießen und den Mann am Auge zu treffen. Sie müssen zugeben, dass das ein ziemlich guter Schuss war.“ Als Allens Vater flüchtig lächelte, sah Allen verwirrt drein.

Schreibtischtäter passen häufig in diese Kategorie der Über-Ich-Lücke. Aufgrund ihrer narzisstischen Persönlichkeitsstruktur haben sie Erfolg, doch schließlich manifestieren sich bestimmte Defekte ihres Gewissens in dissozialen

Verhaltensweisen, die auch andere bemerken. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, zwischen dissozialem *Verhalten* und einer echten dissozialen Persönlichkeit zu unterscheiden. Dissoziales Verhalten kann die Folge von Gruppendruck, neurotischen Konflikten oder psychotischem Denken sein und hat in solchen Fällen nichts mit der ASPD zu tun.

Ein anderer Aspekt der Über-Ich-Pathologie, die eher für echte Psychopathen als für narzisstische Varianten der höheren Ebene charakteristisch ist, ist das völlige Fehlen jeglicher Bemühungen, das dissoziale Verhalten moralisch zu rechtfertigen oder zu rationalisieren (Meloy 1988). Wenn sie mit ihrem dissozialen Verhalten konfrontiert werden, legen Psychopathen mit großer Wahrscheinlichkeit Selbstgerechtigkeit an den Tag und erklären, die Opfer ihres dissozialen Verhaltens hätten verdient, was sie bekommen haben. Gegebenenfalls lügen sie auch, um keine Verantwortung für ihr Verhalten übernehmen zu müssen.

Herr HH war ein 23 jähriger Mann, den das Gericht zu einer stationären Langzeitbehandlung verurteilt hatte. Kurz nach seiner Aufnahme suchte ihn ein Facharzt auf, und es kam zu folgendem Dialog:

FACHARZT: Weshalb sind Sie im Krankenhaus?

HERR HH: Das Gericht hat mich geschickt.

FACHARZT: Wie kam es dazu?

HERR HH: Ich war an einem Autounfall beteiligt, und dabei wurde mein bester Freund getötet.

FACHARZT: Wie ist das passiert?

HERR HH: Ich fuhr die Straße entlang und war in Gedanken mit meinen Angelegenheiten beschäftigt, als der Typ vor mir plötzlich auf die Bremse trat. Ich krache in sein Heck, und die Kanone in meinem Handschuhfach geht los und schießt meinem Freund aus Versehen in den Kopf.

FACHARZT: Warum hatten Sie eine Kanone in Ihrem Handschuhfach?

HERR HH: In der Gegend, in der ich wohne, muss man eine Kanone haben. Ich muss mich schützen. Da laufen lauter Drogendealer rum.

FACHARZT: Warum hat das Gericht sie wegen eines Unfalls ins Krankenhaus eingewiesen?

HERR HH: Gute Frage.

FACHARZT: Haben sie irgendwelche emotionalen Probleme?

HERR HH: Nein, ich bin eigentlich ganz locker.

FACHARZT: Haben Sie noch andere Schwierigkeiten mit dem Gesetz gehabt?

HERR HH: Die einzige andere Sache, die da noch war, war auch nicht meine Schuld. Meine Kumpels haben einen Geldwechselautomaten

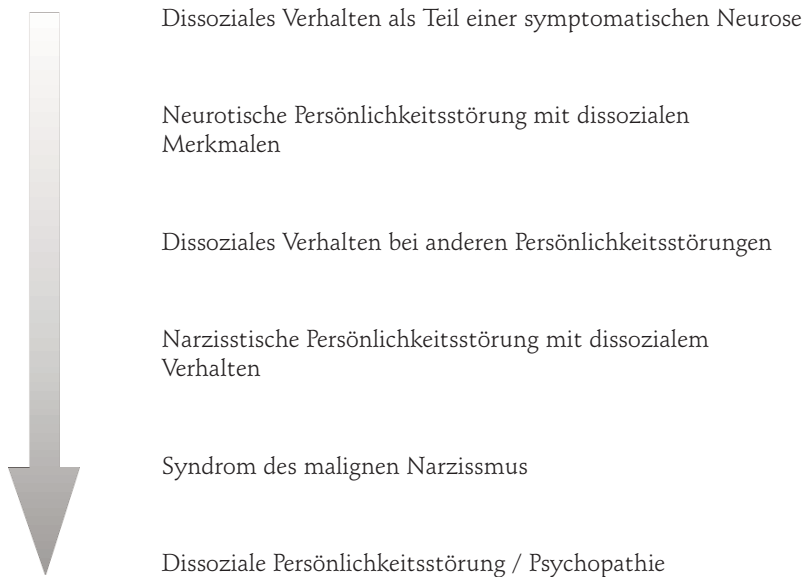
aus einem Waschsalon geklaut und ihn als Gag vor meiner Haustür abgestellt. Die Polizei dachte, ich wär es gewesen, und hat mich verhaftet.

Die Tatsache, dass Herr HH seine Verantwortung leugnet, zeigt, dass ihm sein „bester Freund“ nichts bedeutet, und dass er vollkommen unfähig ist, zuzugeben, dass er Probleme hat, die zu seiner Situation beigetragen haben könnten. Dieser Auszug veranschaulicht die Schwierigkeit, die die Behandlung von dissozialen Patienten für Therapeuten bedeuten kann, da diese alle Probleme externalisieren.

Dissoziales oder psychopathisches Verhalten lässt sich am besten als primitive Variante des Kontinuums der narzisstischen Persönlichkeitsstörung beschreiben (Kernberg 1984, 1998; Meloy 1988, 1995). Abbildung 17-1 zeigt dieses Kontinuum. An seinem unteren Ende stehen psychopathische Personen, die sich Altruismus bei anderen nicht vorstellen können und vollkommen unfähig sind, nichtausbeuterische Beziehungen einzugehen. Die nächsthöhere Stufe ist die des malignen Narzissmus, der durch ichsyntonen Sadismus und eine paranoide Orientierung gekennzeichnet ist. Menschen in dieser Kategorie unterscheiden sich von Psychopathen, indem sie zu einer gewissen Loyalität und Sorge gegenüber anderen fähig sind. Sie können sich auch vorstellen, dass andere moralische Sorgen und Überzeugungen haben. Die dritte Kategorie von unten umfasst Patienten mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung und dissozialem Verhalten. Bei ihnen fehlen die paranoiden und sadistischen Eigenschaften des malignen Narzissen, sie können andere jedoch im Interesse ihrer eigenen Ziele gnadenlos ausbeuten. Allerdings haben sie gelegentlich Schuldgefühle und machen sich Sorgen und sind gegebenenfalls auch zur realistischen Planung in der Lage. Die Schwierigkeiten, die es ihnen bereitet, tiefer gehende Objektbeziehungen einzugehen, kann sich in einem Verhalten äußern, das dissozial wirkt. Bewegt man sich auf dem Kontinuum weiter nach oben, trifft man auf gelegentliches dissoziales Verhalten bei anderen Persönlichkeitsstörungen wie der Borderline, der histrionischen oder der paranoiden

Persönlichkeitsstörung. Diese Merkmale treten bei Personen mit weitaus stärker entwickelten Über-Ich-Strukturen auf. Auf den beiden obersten Stufen des Kontinuums finden sich Menschen mit neurotischen Charaktereigenschaften, die sich möglicherweise wegen unbewusster Schuldgefühle und in der Hoffnung, erwischt und bestraft zu werden, dissozial verhalten. Alle Varianten der narzisstischen und der dissozialen Persönlichkeitsstörungen können bei Menschen vorkommen, die auf eine Art und Weise reizend und manipulativ sind, dass andere häufig auf sie hereinfliegen.

Die psychodynamische Unterscheidung zwischen behandelbaren narzisstischen Patienten der höheren Stufe mit dissozialen Eigenschaften und nicht behandelbaren reinen Psychopathen ist eine höchst komplizierte



**ABBILDUNG 17-1.** Ein Kontinuum des dissozialen und psychopathischen Verhaltens

*Quelle:* Nach Kernberg 1988

Angelegenheit, da alle dissozialen Patienten dazu neigen, die Kliniker zu täuschen. Es gibt nur wenige Studien, die dem Kliniker eine Anleitung für diese Unterscheidung bieten, ich bespreche jedoch im nächsten Abschnitt einige der Kriterien, die sich hinsichtlich der Entscheidung über die Behandelbarkeit als hilfreich erwiesen haben.

## Behandlungsansätze

### Stationäre Behandlung

Es herrscht eine breite Übereinstimmung darüber, dass Patienten mit schwerem dissozialem Verhalten höchstwahrscheinlich nicht von einem Behandlungsansatz profitieren, der ausschließlich auf einer ambulanten Psychotherapie basiert (Frosch 1983; Gabbard and Coyne 1987; Meloy 1995; Person 1986; Reid 1985). Selbst um eine geringfügige Besserung zu erzielen, ist eine institutionelle oder stationäre Umgebung erforderlich. Wenn eine

Psychotherapie durchgeführt wird, muss mit dieser begonnen werden, solange dem Patienten in einem 24-Stunden-Milieu Grenzen gesetzt werden. Diese handlungsorientierten Menschen werden sich niemals mit ihren Affekten auseinandersetzen, solange sie ihre Impulse durch ihr Verhalten abreagieren können. Erst wenn sie durch eine stationäre Umgebung außer Gefecht gesetzt werden, können die Behandelnden bei ihnen Gefühle wie Angst und Leere beobachten (Frosch 1983; Person 1986). Wurden solche Patienten in Tagesbehandlungsprogramme aufgenommen, waren hohe Abbruchraten zu verzeichnen (Karterud et al. 2003).

Die Entscheidung, einen dissozialen Patienten auf einer allgemeinen psychiatrischen Station unter Patienten mit den verschiedensten Diagnosen unterzubringen, bereut man gewöhnlich. Das störende Verhalten des Psychopathen kann die Behandlung anderer Patienten massiv behindern und alle therapeutischen Programme des Milieus blockieren. Solche Patienten bestehlen andere Patienten, beuten sie sexuell aus und greifen sie an; sie belügen das Personal und machen es lächerlich, schmuggeln Drogen und Alkohol auf die Station, machen sich über die Behandlungsweise lustig und verleiten das Personal zu unehrlichem und unmoralischem Verhalten. Manche zerstören systematisch jegliche therapeutischen Bündnisse, die andere Patienten mit den Behandelnden geschlossen haben.

Herr II war ein 46 jähriger Geistlicher, den seine Vorgesetzten in der Kirche zur stationären Behandlung gezwungen hatten, weil sein Verhalten ein Chaos in der Gemeinde verursacht hatte. Er hatte mehrere Frauen, die mit seiner Kirche in Verbindung standen, verführt und sich daran ergötzt, „ihren Glauben zu untergraben“, indem er die grundlegenden Sätze ihrer Überzeugung in Frage gestellt hatte. Sein Verhalten und seine Objektbeziehungen im Krankenhaus zeigten ähnliche Muster. Bei den Gruppensitzungen schwieg Herr II zumeist, „vergiftete“ jedoch auf heimtückische Weise das Milieu, indem er Mitglieder des Personals in Einzelgesprächen mit anderen Patienten abwertete und ihre Hoffnung, die Behandlung könnte erfolgreich sein, untergrub. Er betrachtete alle seine Beziehungen zu Patientinnen und weiblichen Behandelnden als Eroberungen sexueller Art und fand selbst dann noch Mittel und Wege, Frauen zu beherrschen und zu demütigen, als seine sexuellen Handlungen mithilfe der Struktur der Station unterbunden wurden. Er machte gegenüber anderen Patienten häufig Witze über die relativen sexuellen Qualitäten von Schwestern und Ärztinnen der Station und äußerte sich, unabhängig von ihrem Geschlecht, abwertend über den Sachverstand aller Mitglieder des Personals. Seine Behandlung endete, als er zusammen mit einer Patientin einen Ausbruch plante und durchführte. Sein Einfluss auf die Station war jedoch in Form der allgegenwärtigen Zweifel der Patienten über den Nutzen der Behandlung – den er mit seinen Bemerkungen und Handlungen geschürt hatte – noch Monate später zu spüren.

Raffinierte und intelligenter Psychopathen sind im Krankenhausmilieu häufig aus einem anderen Grund problematisch. Da sie wissen, dass ein Aufenthalt im Krankenhaus weitaus angenehmer ist als im Gefängnis, spiegeln sie den Behandelnden vor, dass die Behandlung sehr erfolgreich ist. Solche Patienten sind oft regelrechte Charmeure, die das Personal davon überzeugen, dass sie früher als geplant entlassen werden können. Die Änderungen im Verhalten dissozialer Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes eingetreten sind, bleiben jedoch nach der Entlassung gewöhnlich nicht bestehen (Frosch 1983). Oftmals durchlaufen sie die Behandlung nur, ohne von ihr berührt zu werden. Wenn sie nach der Entlassung zu ihrem dissozialen Verhalten zurückkehren, sind die Behandelnden nicht selten entrüstet, weil sie reingelegt wurden.

Um eine enorme Verschwendung von Zeit, Geld und Energie zu vermeiden, müssen Krankenhausärzte abwägen, bei welchen dissozialen Patienten der Versuch einer Einweisung in die Psychiatrie gerechtfertigt ist. Es herrscht allgemeine Übereinstimmung darüber, dass echte Psychopathen nicht auf eine allgemeine psychiatrische Station gehören, weil sie nicht in der Lage sind, von einer solchen Behandlung zu profitieren, und weil sie dies gewöhnlich ausnutzen und die Situation zu der des sprichwörtlichen „Fuchses im Hühnerstall“ machen. Spezialisierte Stationen wie solche in Gefängnissen (Kiger 1967; Sturup 1968), nichtmedizinische stationäre Gemeindeprogramme (Reid and Solomon 1981) und Wildnisprogramme haben sich bei psychopathischen Patienten als etwas erfolgreicher erwiesen und gelten im Allgemeinen als einzige Hoffnung für Menschen dieser diagnostischen Kategorie.

In spezialisierten Einrichtungen wie der Patuxent Institution in Maryland oder Herstedvester in Dänemark wird die Behandlung von Psychopathen durch die Homogenität des Milieus vorangetrieben. Ein wichtiger Bestandteil dieser Programme ist die Konfrontation durch die Gruppe Gleichgesinnter. Andere Psychopathen kennen die „Täuschungsmanöver“ ihrer Genossen, die, wenn die Betreffenden konsequent mit ihnen konfrontiert werden, ihre Wirkung verlieren. Außerdem haben solche Programme eine feste Struktur mit klaren Regeln, die hart durchgesetzt werden. Die Sanktionen für Regelverletzungen jeglicher Art werden schnell und ohne dass der Patient die Möglichkeit hat, zu handeln oder sich zu rechtfertigen, umgesetzt (Reid 1985; Yochelson and Samenow 1977). Dennoch konnte in Studien über die Behandlung von Psychopathen in Gefängnissen keineswegs ein eindeutiger Nutzen festgestellt werden (siehe D'Silva et al. 2004; Rice et al. 1992).

Sobald Einrichtungen dieser Art die Kontrolle über das Leben der Patienten erlangt und ihnen die Möglichkeit genommen haben, ihre unangenehmen Affekte auf die übliche Weise durch Handlungen auszuleben, arrangieren sich die Patienten möglicherweise mit ihrer Angst und ihrer Aggression. Die vorhersehbaren und konsequenten Reaktionen des Personals auf alle Verletzungen der Strukturen halten sie von den üblichen Versuchen, „das System“ auszutricksen, ab. Für solche Programme ist jedoch eine gerichtliche



Anordnung der Behandlung erforderlich, da die Patienten andernfalls die Einrichtung verlassen könnten, sobald sich unangenehme Gefühle einstellen.

Bei einem geringen Anteil der Patienten mit dissozialen Eigenschaften, und zwar gewöhnlich solchen mit einer Borderline oder einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung, kann auch ein freiwilliger Aufenthalt auf einer allgemeinen psychiatrischen Station von Nutzen sein (Gabbard and Coyne 1987). Sie von reinen Psychopathen zu unterscheiden, kann jedoch wegen der starken Gegenübertragungsreaktionen, die dissoziale Patienten auslösen, schwierig sein. Gerade weil sie diesen Beruf gewählt haben, neigen Psychologen und Psychiater dazu, sich gegenüber denen, die sie behandeln, großzügig und gütig zu verhalten. Sie sind bereit, im Zweifelsfall zugunsten des Patienten zu entscheiden und ihn, so groß sein Widerstand auch sein mag, doch irgendwie als behandelbar zu bewerten. Diese Einstellung kann dazu führen, dass Behandelnde das Ausmaß der Skrupellosigkeit psychopathischer Patienten herunterspielen und davon ausgehen, ihr dissoziales Verhalten sei eigentlich ein „Hilfeschrei“. Besonders das Krankenhauspersonal hat häufig ein tief verwurzeltes Bedürfnis, sich als Menschen zu sehen, die selbst unbehandelbare Patienten behandeln können. Sie unternehmen gegebenenfalls außerordentliche Anstrengungen, um an einen Patienten heranzukommen, der kein Interesse an tiefer gehenden zwischenmenschlichen Beziehungen hat. Indem sie solchen Patienten die Hand reichen, bestärken sie möglicherweise ihre Bemühungen, ihr dissoziales Verhalten und ihre Über-Ich-Pathologie zu minimieren. Eine mögliche Folge dieser Leugnung der Gegenübertragung besteht darin, dass Kliniker bei Psychopathen eine unangemessen leichte Diagnose stellen und sie aufgrund dieser als behandelbarer beurteilen, als sie es tatsächlich sind. In einer Studie beispielsweise wurde nur bei der Hälfte der Patienten, die die DSM II R-Kriterien (American Psychiatric Association, 1987) der ASPD erfüllten, diese Diagnose gestellt (Gabbard and Coyne 1987).

Eine zu leichte Diagnose kann dazu führen, dass der Patient statt als psychopathisch lediglich als narzisstisch, als unreif – mit einer Charakterstruktur, die „sich noch nicht herauskristallisiert hat“ – oder in erster Linie als Drogenmissbraucher eingestuft wird. Drogenmissbrauch wird sogar von Psychopathen selbst als Ausrede verwendet. In manchen Fällen schließen sich die Behandelnden dieser Sicht an, indem sie betonen, der Patient habe seine Straftaten unter dem Einfluss von Drogen und Alkohol begangen und solle deshalb nicht als dissozial betrachtet werden. Sie behaupten häufig, die Behandlung der Drogensucht des Patienten würde das dissoziale Verhalten beseitigen. Bei dieser Sichtweise bleibt die beträchtliche Überlappung von Psychopathie und Drogenmissbrauch unberücksichtigt, die weiter oben in diesem Kapitel beschrieben wurde. Zudem haben einige Studien gezeigt, dass die Diagnose eines komorbiden Drogenmissbrauchs die Aussichten auf psychologische Veränderungen bei Psychopathen nicht im Geringsten verbessert (Gabbard and Coyne 1987; Woody et al. 1985).

---

**TABELLE 17-2.** Faktoren, die auf ein positives beziehungsweise negatives Ergebnis einer Behandlung auf einer allgemeinen psychiatrischen Station schließen lassen

---

**Negatives Ergebnis**

Verhaftung wegen Schwerverbrechen in der Anamnese  
Vorgeschichte wiederholten Lügens, der wiederholten Verwendung von Decknamen und wiederholter Betrügereien  
Unklare rechtliche Situation bei der Aufnahme  
Verurteilung wegen Schwerverbrechen in der Anamnese  
Erzwungene Krankenhauseinweisung als Alternative einer Inhaftierung  
Vorgeschichte von Gewalt gegenüber anderen  
Diagnose einer organischen Gehirnschädigung der Achse I

**Positives Ergebnis**

Vorhandensein von Angst  
Diagnose einer Depression der Achse I  
Diagnose einer psychotischen Erkrankung der Achse I, jedoch nicht Depression oder hirnorganisches Psychosyndrom

---

*Quelle:* Nach Gabbard and Coyne 1987.

Wegen der Kontamination durch die Gegenübertragung sind objektive Kriterien für die Unterscheidung zwischen behandelbaren dissozialen Patienten und reinen Psychopathen unerlässlich. Auf das „Bauchgefühl“ kann man sich dabei keineswegs verlassen. In einer Studie über stationär behandelte Patienten mit dissozialen Merkmalen wurden drei Faktoren ermittelt, aufgrund welcher eine einigermaßen positive Prognose für die Behandlung solcher Patienten auf einer allgemeinen psychiatrischen Station gestellt werden kann (Gabbard and Coyne 1987) (Tabelle 17-2).

Wie weiter oben in diesem Kapitel dargelegt, schließt eine Diagnose einer größeren depressiven Episode der Achse I echte Psychopathie (per definitionem) aus. Patienten, die die Achse I-Kriterien der Depression erfüllen, haben ein bis zu einem gewissen Grad entwickeltes Über-Ich und eine gewisse, wenn auch gegebenenfalls nur minimale, Fähigkeit zu Reue. Ebenso zeigt das Vorhandensein von Angst eine gewisse Besorgnis um das eigene Verhalten und seine Folgen. Und schließlich kann man bei einer psychotischen Diagnose der Achse I, wie zum Beispiel einer Manie, davon ausgehen, dass eine medikamentöse Behandlung die Prognose verbessert. Es ist hinreichend bekannt, dass Menschen, die sich mitten in einer manischen Episode befinden, häufig dissoziales Verhalten an den Tag

legen. Die medikamentöse Behandlung hat sich bei echten Psychopathen als nicht besonders wirksam erwiesen (Halleck 1981). In derselben Studie wurden einige Faktoren herausgearbeitet, aufgrund welcher ein negatives Ergebnis der Behandlung dieser Population vorausgesagt werden kann (siehe Tabelle 17-2). Wenn es keine andere Möglichkeit gibt, zu gewährleisten, dass psychopathische Patienten die Behandlung fortsetzen, kann eine unfreiwillige stationäre Behandlung in einer Gefängnisumgebung von Nutzen sein. Psychopathen, die als Alternative zur Inhaftierung gezwungen werden, sich im Krankenhaus behandeln zu lassen, werden jedoch einfach die Gelegenheit nutzen, das Personal der Station auszutricksen, das ohnehin eher dazu neigt, solche Patienten als „krank“ oder „gestört“ und nicht als Kriminelle zu betrachten, die bestraft werden müssen. Unter diesen Umständen stören solche Patienten entweder den Betrieb der Station oder durchlaufen lediglich die Stufen der Behandlung. Viele benutzen das Krankenhaus, um vor ungeklärten rechtlichen Angelegenheiten „davonzulaufen“, deretwegen sie vor Gericht erscheinen müssten. Eine Vorgeschichte schwerer Gewalttätigkeit bedeutet eine schlechte Behandlungsprognose, da diese Patienten, wenn sie frustriert sind, Gewalt einsetzen können, entweder gegen das Personal oder gegen andere Patienten. Ebenso kann eine schwere organische Hirnschädigung dazu führen, dass der Patient nicht in der Lage ist, die konstruktiven Rückmeldungen im Krankenhausmilieu zu verstehen und von ihnen zu profitieren, was wiederum seine Frustration verstärken kann.

Es ist selten, dass bei dissozialen Patienten alle Faktoren für eine positive Prognose nach Tabelle 17-2 vorhanden sind und alle Faktoren für eine negative Prognose fehlen. Es gibt zwar keinen idealen dissozialen Patienten, jeder zusätzliche positive Faktor erhöht jedoch seine Eignung für eine Krankenhausbehandlung, während jeder negative Faktor sie mindert (Gabbard and Coyne 1987). Auch im Falle eines relativ günstigen Profils bereiten dissoziale Patienten in einem typischen psychiatrischen Milieu eine ganze Reihe von Problemen. Eine Aussicht auf dauerhafte Veränderungen bietet nur eine langfristige stationäre Behandlung. Die Patienten versuchen natürlich, ihre Gefühle auch weiterhin auf impulsive Weise in Taten umzusetzen. Der Grundstein einer Behandlung muss deshalb eine streng kontrollierte Struktur sein. Die Behandelnden müssen vom ersten Tag an wahrscheinliche Formen des Auslebens von Gefühlen vorhersehen und sich damit befassen. Beispielsweise muss dem Patienten mitgeteilt werden, dass Drogenmissbrauch, Gewalt, Diebstahl und sexuelle Beziehungen zu anderen Patienten nicht geduldet werden. Wenn der Patient drogenabhängig ist, muss seine gesamte Post in Anwesenheit des Personals geöffnet werden, um das Einschmuggeln von Drogen zu verhindern. Dem Patienten muss eindeutig mitgeteilt werden, dass er stets vom Personal begleitet wird, wenn er die Station verlässt, und dass dies für geraume Zeit so bleiben wird. Telefongespräche und der Zugang zu Bank und Kreditkarten müssen ebenfalls eingeschränkt werden. Dem Patienten muss

klargemacht werden, dass jegliche Verletzung der Regeln eindeutige Konsequenzen wie zum Beispiel Zimmerarrest nach sich zieht. Die Behandlung ist anfangs als Probe zu betrachten – als Bewertungsphase –, die der Feststellung dessen dient, ob der Patient für eine Behandlung geeignet ist. Diese Bedingungen können bei der Aufnahme als „Vertrag“ niedergeschrieben werden, damit der Patient sie jederzeit nachlesen kann.

Die Mitglieder des Personals müssen ihre Gegenübertragungsreaktionen, sowohl als Individuen als auch in der Gruppensituation, peinlich genau beobachten. Drei häufige Reaktionen bei den Behandelnden sind Ungläubigkeit, geheime Absprachen und Verurteilung (Symington 1980). *Ungläubigkeit* kann sich darin äußern, dass sie abstreiten, dass der Patient tatsächlich „so schlimm“ ist. Wenn sie dissoziales Verhalten dadurch entschuldigen, dass sie es auf Probleme wie Drogenmissbrauch oder Rebellion Heranwachsender zurückführen, leugnen sie gegebenenfalls, dass der Patient psychopathische Eigenschaften hat, und betrachten ihn als depressiv oder jemanden, der nur missverstanden wird.

Geheime Absprachen gehören zu den problematischsten Formen der Gegenübertragung. Bei der stationären Behandlung dissozialer Patienten kommt es häufig vor, dass sie ein oder mehrere Mitglieder des Personals bestechen. In dem Glauben, dem Patienten zu helfen, handeln die in solche Gegenübertragungshandlungen Verwickelten in solchen Fällen oftmals rechtswidrig oder verhalten sich auf andere Weise unmoralisch. Es ist schon vorgekommen, dass Mitglieder des Personals für solche Patienten gelogen und Aufzeichnungen gefälscht haben, zu sexuellen Beziehungen verführt wurden und den Patienten bei der Flucht aus dem Krankenhaus geholfen haben. Die Entstehung solcher Gegenübertragungen ist als Teil des Prozesses der projektiven Identifikation zu verstehen, bei dem ein korrupter Aspekt des Selbst des Patienten Teil des Behandelnden wird und so sein Verhalten verändert. Von solchen Gegenübertragungshandlungen betroffene Mitglieder des Personals berichten häufig: „Ich habe gehandelt, als wäre ich nicht ich selbst.“

Man kann diese auf Gegenübertragung basierenden geheimen Absprachen auch als das Ergebnis dessen betrachten, was Meloy (1988) *maligne Pseudoidentifikation* genannt hat. Dabei „imitiert der Psychopath bewusst ein bestimmtes Verhalten oder ahmt es unbewusst nach, um die Identifikation des Opfers mit sich zu befördern, und erhöht so die Anfälligkeit des Opfers für Ausbeutung“ (S. 139). Durch vorgetäuschte Weinerlichkeit, Reue oder Traurigkeit manipulieren dissoziale Patienten die Kliniker und erreichen so, dass diese mit ihnen fühlen. Wenn nur einer der Behandelnden diese vorgetäuschten Gefühle des Patienten erkennt, kann es zur Spaltung innerhalb des Personals kommen. Der von der malignen Pseudoidentifikation betroffene Behandelnde wird den Patienten mit aller Kraft gegen „Angriffe“ der übrigen Mitglieder des Personals verteidigen. Meloy hat darauf hingewiesen, dass solche simulierten Affekte des Patienten häufig anhand von sadistischen

Gegenübertragungsreaktionen angesichts seiner Ausbrüche von Traurigkeit und seiner offensichtlich raschen Erholung zu erkennen sind, was beim Beobachter den Eindruck hinterlässt, er sei Zeuge einer Vorstellung gewesen.

Die dritte häufige Gegenübertragungsreaktion ist *Verurteilung*. Sie manifestiert sich zumeist in Aussagen des Krankenhauspersonals, laut welchen der Patient vollkommen unbehandelbar ist und erst gar nicht versucht werden sollte, eine Behandlungsbeziehung aufzubauen. Eine solche Entscheidung kann aufgrund der rationalen Bewertung objektiver Faktoren getroffen werden, oftmals handelt es sich jedoch nur um eine unbedachte Reaktion auf eine vermeintliche Vorgeschichte dissozialen Verhaltens. Diese automatische Reaktion kann eine Gegenübertragung im engeren Sinne sein, da sie auf früheren Erfahrungen des Behandelnden mit ähnlichen Patienten beruht. Eine Verurteilung, die aus intensiver Arbeit mit dem Patienten resultiert, kann als projektive Identifikation mit dem aggressiven Introjekt des Patienten betrachtet werden.

Weitere häufige Gegenübertragungsreaktionen bei der Behandlung dissozialer Patienten sind unter anderem Gefühle von Hilflosigkeit und Unvermögen angesichts eines Patienten mit einer behandlungsresistenten Erkrankung, durch Ärger ausgelöste Wünsche, den Patienten zu vernichten, sowie Gefühle von Untauglichkeit und Identitätsverlust (Strasberger 1986). Die Behandelnden haben gegebenenfalls auch Angst, von diesen Patienten angegriffen zu werden, die sie oft bedrohen. (Patienten mit bestimmten psychopathischen Erkrankungen lösen bei den Behandelnden allein dadurch starke Angst davor aus, „erbeutet“ zu werden, indem sie sie ansehen {Meloy 1988}.) Die Angst vor Angriffen kann dazu führen, dass die Mitglieder des Personals die festen Strukturen, die der Patient so dringend braucht, nicht durchsetzen. Diese Lockerung und ihre Nachsichtigkeit gegenüber dem Patienten begründen sie dann damit, dass sie vermeiden wollen, Angst oder Gewalt beim Patienten auszulösen. Eine der problematischsten Gegenübertragungen besteht wohl darin, dem psychopathischen Menschen psychologische Komplexität zuzuschreiben (Meloy 1995). Den Behandelnden in den verschiedenen Einrichtungen fällt es oft ausgesprochen schwer, zu akzeptieren, dass der Psychopath grundlegend *anders* ist als sie selbst. Ihn kümmern die Gefühle und die Sicherheit anderer nicht, und seine Interaktion mit dem Personal dient nur seinen eigenen Interessen. Der Psychopath nutzt diesen blinden Fleck der Gegenübertragung möglicherweise aus, um sich so darzustellen, als wäre er den Behandelnden gleich. Diese *narzisstische Zwillingsübertragung* ist ein Trick, der oft angewandt wird, um sie zu korrumpieren. Indem er sie davon überzeugt, dass er und sie im Grunde gleich sind, gewinnt der Patient das Vertrauen der Behandelnden und erlangt dadurch Macht über sie. Dass sie sich auf diese Weise auf das Personal einstellen, ist ein Beweis für das ausgeprägte Mitgefühl, über das viele psychopathische Patienten trotz der herkömmlichen Ansicht, ihnen fehle jede Empathie, verfügen.

Ein wichtiger Aspekt der stationären Behandlung dissozialer Patienten ist es, das Augenmerk stets auf ihre fehlerhaften Denkprozesse zu richten (Yochelson and Samenow 1976). Wenn sie sich als Opfer darstellen, weil sie für ihr Verhalten verantwortlich gemacht werden, müssen sie damit konfrontiert werden, auf welche Weise sie für das verantwortlich sind, was mit ihnen geschieht. Außerdem müssen die Behandelnden in Bezug auf die Beurteilung als Hilfs-Ich fungieren. Sie müssen wieder und wieder aufzeigen, dass diese Patienten nicht in der Lage sind, die Folgen ihres Verhaltens abzusehen.

Beim dissozialen Patienten folgt auf den Impuls gewöhnlich gleich die Handlung. Deshalb müssen die Behandelnden ihm helfen, zwischen Impuls und Handlung den Schritt des *Denkens* einzufügen. Mit anderen Worten, sie müssen den Patienten jedes Mal, wenn er einen Impuls hat, dazu bewegen, über die möglichen Folgen seiner Handlung nachzudenken. Bei der Behandlung im Milieu muss er auch lernen, dass Impulse und Handlungen aus Gefühlen entstehen. Häufig ist dem Patienten das Vokabular der Gefühle so fremd, dass er seinen inneren Zustand nicht benennen kann. Die Impulsivität solcher Patienten muss auch unter dem Aspekt der daraus resultierenden Selbstmordgefährdung betrachtet werden. In einer in Colorado durchgeführten Studie mit 4745 Probanden konnte ein Zusammenhang zwischen dissozialem Verhalten und der Selbstmordgefährdung von Männern wie Frauen nachgewiesen werden (Verona et al. 2004). Die Verfasser wiesen darauf hin, dass suizidales Verhalten in dieser Gruppe nicht unbedingt mit einer komorbiden depressiven Störung zusammenhängt.

Bei all diesen Strategien steht das „Hier und Jetzt“ im Milieu im Vordergrund, da die Ergründung des Ursprungs solcher Probleme in der Kindheit bei dissozialen Patienten häufig vergeblich ist. Außerdem muss jeder Versuch des dissozialen Patienten, das Personal zu korrumpieren, *sofort* angesprochen werden. Wenn entsprechende Maßnahmen nicht unmittelbar nach dem unerwünschten Verhalten ergriffen werden, tut der Patient es möglicherweise ab oder vergisst es.

Fehlende Empathie gilt allgemein als Merkmal der ASPD, diese Sichtweise ist jedoch problematisch. Viele dissoziale Menschen haben eine gut entwickelte Fähigkeit, den inneren Zustand anderer zu erkennen, wenn es darum geht, sie auszunutzen. Somit lässt sich diese Untergruppe dissozialer Patienten mit den Begriffen fehlendes Mitgefühl oder fehlende emotionale Resonanz präziser beschreiben.

Herr JJ war ein 40 jähriger Mann, der bei seiner Aufnahme ins Krankenhaus behauptete, er habe Depressionen, weil seine Frau und seine Kinder bei einem Autounfall ums Leben gekommen waren. Gegenüber der Psychiaterin, die ihn aufnahm, präsentierte er sich als Trauernder, wohl wissend, dass seine tiefe Liebe zu seiner verstorbenen Frau sie berühren würde. Er sprach ausführlich darüber, dass ihre Beziehung alles für ihn gewesen sei. Unter anderem sagte er: „Wir

hatten nicht einfach nur Sex. Wir haben uns geliebt.“ Die Psychiaterin war tief bewegt von der Art und Weise, in der er ihre intime Beziehung beschrieb, und davon überzeugt, dass er die Wahrheit über seine Lage sagte. Nachdem er andere Patienten betrogen hatte, indem er ihnen Grundstücke verkauft hatte, die es gar nicht gab, verschwand er aus dem Krankenhaus. Später stellte sich heraus, dass Herr JJ den Tod seiner Familie erfunden und die Geschichte schon früher in einer Reihe von Krankenhäusern zum Besten gegeben hatte, um aufgenommen zu werden und seine Betrugsmasche bei den ahnungslosen Patienten einzusetzen. Seine Psychiaterin fühlte sich betrogen und gedemütigt.

## Einzelpsychotherapie

Eine ambulante Einzelpsychotherapie schwer dissozialer Patienten ist zum Scheitern verurteilt. Sie leben ihre Affekte in Handlungen aus, da keine strukturierte Umgebung vorhanden ist, in der sie kanalisiert werden könnten. Zudem sind die Lügen und Täuschungen des Patienten so beherrschend, dass der Therapeut keine Ahnung hat, wie dessen Leben tatsächlich aussieht. In einem institutionellen Rahmen oder einem Krankenhaus kann man die Psychotherapie einer ausgewählten Gruppe dissozialer Patienten mit vorsichtigem Optimismus betrachten. Wie bei der stationären Behandlung besteht die Aufgabe des Arztes auch hier darin, zu entscheiden, bei welchen Patienten sich der Aufwand an Zeit, Energie und Geld für eine Langzeittherapie mit ungewissem Ergebnis lohnt.

Zurzeit stehen keine systematischen kontrollierten empirischen Forschungen, die für eine Behandlung sprechen, zur Verfügung. Meloy (1995) hat den Grundsatz formuliert, laut welchem die Behandlungsversuche umgekehrt proportional zur Schwere der Psychopathie sein sollten. Außerdem meinte er, die Sicherheit des Arztes und die Gewährleistung der Supervision seien vorrangig.

Da reine Psychopathen im dynamischen Sinne nicht auf eine Psychotherapie ansprechen, sollte von einem solchen Behandlungsversuch abgesehen werden (Kernberg 1984; Meloy 1988, 1995; Woody et al. 1985). Was die übrigen Stufen des Kontinuums betrifft, so sind Patienten mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung und schweren dissozialen Merkmalen schon etwas besser für eine Psychotherapie geeignet. Sie können bei der Übertragung auf subtile Weise eine Abhängigkeit zeigen, ihr dissoziales Verhalten kann von einer gewissen Wut geprägt sein, und ihr inneres „idealisiertes Objekt“ ist möglicherweise etwas weniger aggressiv als das des reinen Psychopathen (Kernberg 1984; Meloy 1988). Sie versuchen gegebenenfalls, ihr Verhalten zu erklären oder zu rechtfertigen und zeigen so, dass sie über ein rudimentäres Wertesystem verfügen. Ihre Behandelbarkeit hängt entscheidend davon ab, ob sie in der Lage sind, so etwas wie eine emotionale Bindung zu anderen zu entwickeln und einfache Über-Ich-Funktionen auszuführen.

Das Vorliegen einer eindeutig nachgewiesenen Depression scheint ein Zeichen der Eignung für eine Psychotherapie zu sein, wie es auch ein positiver



---

**TABELLE 17-3.** Klinische Merkmale, bei denen jegliche Art einer Psychotherapie kontraindiziert ist

---

Vorgeschichte sadistischen, gewaltsamen Verhaltens gegenüber anderen, das zu schweren Verletzungen oder Tod geführt hat

Völliges Fehlen von Reue oder Erklärungen für ein solches Verhalten

Intelligenz sehr hoch oder im Bereich der leichten geistigen Behinderung

Vorgeschichte der Unfähigkeit, emotionale Bindungen zu anderen zu entwickeln

Starke Gegenübertragungsangst erfahrener Kliniker, zum Opfer zu werden, ohne eindeutiges auslösendes Verhalten des Patienten

---

*Quelle:* Nach Meloy 1988

Faktor bezüglich der Prognose bei einer Krankenhausbehandlung ist. Laut einer Studie mit opiatabhängigen Patienten mit einer ASPD scheint das Vorliegen einer Depression für die Eignung für eine Psychotherapie zu sprechen, auch wenn sich die Psychopathie weiterhin im Verhalten manifestiert (Woody et al. 1985). Die dissozialen Patienten der Studie, die keine Depression hatten, schnitten bei der Psychotherapie schlecht ab. Darüber hinaus war der ungünstigste Faktor bezüglich der Erfolgsprognose der Psychotherapie die fehlende Bezogenheit zu anderen.

Ärzte, die dissoziale Patienten beurteilen, müssen sich auch damit zufriedengeben können, den Verzicht auf eine Behandlung zu empfehlen. Eine solche Entscheidung kann durchaus eine rationale sein, die auf der Bewertung der Stärken und Schwächen des Patienten sowie der Wahrscheinlichkeit dessen, dass er den Behandelnden etwas vorspielen würde, beruht. Diese Art der Beurteilung der Behandelbarkeit ist etwas völlig anderes als die weiter oben beschriebene unbedachte Gegenübertragungsreaktion. Meloy (1988) ermittelte, unter Anwendung seiner umfassenden Erfahrungen im Bereich der Psychotherapie von Psychopathen, fünf klinische Merkmale, bei denen jeder Versuch einer Psychotherapie vollkommen kontraindiziert ist (Tabelle 17-3). Sadistische Grausamkeit gegenüber anderen, das völlige Fehlen von Reue und das Fehlen emotionaler Bindung sind drei grundlegende Merkmale, durch die sich der Psychopath vom eher für eine Behandlung geeigneten narzisstischen Patienten unterscheidet. Die erschreckenden Gegenübertragungsgefühle, die bei den Behandelnden gegebenenfalls Angst um ihre persönliche Sicherheit auslösen, können sie lähmen und jegliche Versuche einer konstruktiven Behandlung unmöglich machen. Das Paradoxon schließlich, dass eine Behandlung sowohl bei sehr hoher als auch bei geringer Intelligenz kontraindiziert ist, erklärt sich daraus, dass besonders intelligente Patienten in



der Lage sind, den Erfolg zu vereiteln, während geistig schwache nicht fähig sind, die Maßnahmen des Therapeuten kognitiv zu erfassen. Andere zu täuschen oder zu betrügen, gehört zur Lebensweise dissozialer Patienten. Sie empfinden jedes Mal große Freude oder sogar ein Hochgefühl, wenn sie ihren Therapeuten „auf den Arm genommen“ haben (Bursten 1972; Meloy 1988). Diese wiederholten Täuschungen resultieren oftmals aus unbewusstem Neid auf die positiven Eigenschaften des Therapeuten. Das berauschende Gefühl des Triumphes über einen gelungenen Schwindel geht mit Verachtung einher, die als Abwehrmechanismus gegen Neid dient. Auch die Vermeidung des Aufbaus einer tiefer gehenden Beziehung mit dem Therapeuten schützt gegen Neid, hinterlässt jedoch auch ein Gefühl der Leere beim Patienten.

Wenn ein Therapeut sich damit arrangieren kann, dass der Patient ihn täuschen wird, kann er anhand der Empfehlungen von Therapeuten, die umfangreiche Erfahrungen mit der Behandlung dieser Population haben (Adler and Shapiro 1969; Frosch 1983; Kernberg 1984; Lion 1978; Meloy 1988, 1995; Person 1986; Reid 1985; Strasberger 1986; Vaillant 1975), mit der Psychotherapie beginnen. Diese Empfehlungen können in den folgenden sieben Grundsätzen zur Behandlungstechnik zusammengefasst werden:

1. *Der Therapeut muss stabil, beharrlich und absolut unbestechlich sein.* Der Therapeut muss mehr als bei jeder anderen Patientengruppe peinlich genau darauf achten, das normale Prozedere der Therapie einzuhalten (Person 1986). Abweichungen von der Struktur und dem normalen Kontext der Stunden sind nicht ratsam. Diese Patienten sind zu allem bereit, um den Therapeuten zu unmoralischem oder unlauterem Verhalten zu verleiten. David Mamets Film *Haus der Spiele* (House of Games; 1987) zeigt die Gefahren, die es birgt, wenn der Therapeut versucht, einem dissozialen Patienten zu helfen, indem er die Grenzen seiner Rolle überschreitet und in das Leben des Patienten verwickelt wird.
2. *Der Therapeut muss das Leugnen und die Bagatellisierung des dissozialen Verhaltens durch den Patienten wiederholt ansprechen.* Beharrliches Leugnen schlägt sich sogar in der Wortwahl des dissozialen Patienten nieder. Wenn der Patient sagt: „Den Kerl habe ich übers Ohr gehauen“, muss der Therapeut klarstellen: „Also sind Sie ein Dieb.“ Wenn der Patient sagt: „Ich habe den Typen um die Ecke gebracht“, kann der Therapeut den Patienten konfrontieren, indem er antwortet: „Sie sind also ein Mörder.“ Diese Technik der wiederholten Konfrontation ermöglicht es dem Therapeuten, dem Patienten dazu zu verhelfen, dass er erkennt, dass er jegliche Verantwortung externalisiert, und dadurch anfangen kann, anzuerkennen, dass er für sein dissoziales Verhalten verantwortlich ist, und die Verantwortung dafür zu übernehmen.
3. *Der Therapeut muss dem Patienten helfen, Handlungen mit inneren*

- Zuständen in Verbindung zu bringen.* Ebenso wie dissoziale Patienten, die im Krankenhaus behandelt werden, müssen auch diejenigen, die eine Einzelpsychotherapie machen, diesbezüglich instruiert werden.
4. *Konfrontationen mit dem jeweils aktuellen Verhalten sind wirksamer als Interpretationen unbewussten Materials aus der Vergangenheit.* Insbesondere gegen die Verunglimpfung des Therapeuten und die verächtliche Abwertung der Behandlung seitens des Patienten muss wiederholt vorgegangen werden.
  5. *Die Gegenübertragung muss streng überwacht werden, um Entladungen seitens des Therapeuten zu verhindern.* Außerdem muss jegliche Art einer geheimen Absprache sorgfältig vermieden werden, auch wenn man dazu neigt, „den Weg des geringsten Widerstandes zu wählen“.
  6. *Der Therapeut darf keine übertriebenen Erwartungen bezüglich einer Besserung hegen.* Dissoziale Patienten bemerken diesen *Furor therapeuticus* und finden große Freude daran, zu verhindern, dass sich der Wunsch ihres Therapeuten, sie zu ändern, erfüllt. Therapeuten, deren Selbstwertgefühl von der Besserung ihrer Patienten abhängt, sollten keine dissozialen Patienten behandeln.
  7. *Behandelbare Erkrankungen wie Störungen der Achse I müssen festgestellt und behandelt werden.*

Hier ist noch eine Anmerkung zu machen. Therapeuten, die dissoziale Patienten behandeln, können nicht von sich erwarten, bezüglich der dissozialen Handlungen des Patienten eine neutrale Position einzunehmen. Dies zu versuchen, käme einer stillschweigenden Befürwortung der Handlungen des Patienten gleich oder würde bedeuten, dass der Therapeut mit ihm gemeinsame Sache macht. Um es etwas deutlicher zu formulieren: Da sich die moralische Empörung des Therapeuten in unzähligen nonverbalen Äußerungen zeigt, würde der Patient jeden seiner Versuche, neutral zu erscheinen, als Heuchelei betrachten. Wenn der Therapeut über das dissoziale Verhalten des Patienten schockiert ist, sollte er das einfach sagen (Gedo 1984). Die dem selbstpsychologischen Ansatz entsprechende Empathie ist dabei unangebracht und kommt einer geheimen Absprache gleich.

Selbst wenn es dem Therapeuten gelingt, die verschiedenen Hindernisse zu überwinden, vor die ihn der Patient stellt, können seine Versuche, etwas zu erreichen, nach hinten losgehen. Kompetente Therapeuten, die verhindern können, dass der Patient sie zerstört, erwecken am ehesten starken Neid, der als Hass gegenüber dem liebenden und idealisierten Objekt (d. h. dem Therapeuten) zutage treten kann und schließlich zu einer verhärteten negativen Reaktion des Therapeuten führt. Trotz dieser Stolpersteine sind viele erfahrene Kliniker davon überzeugt, dass sich die mit einer Psychotherapie dieser Patienten verbundenen Anstrengungen oft genug auszahlen, um einen solch heroischen Kampf zu rechtfertigen.

## Aussichten auf Vorbeugung

Die zunehmenden Kenntnisse über die Schnittstelle zwischen Genen und Umwelt bei der Pathogenese der ASPD eröffnen Möglichkeiten der Vorbeugung durch die Arbeit mit Eltern oder Betreuern gefährdeter Säuglinge oder Kleinkinder. Nagin and Tremblay (2001) beobachteten die Entwicklung der Aggression bei 1037 Jungen im Alter von 6 bis 15 Jahren in einer hochgradig gefährdeten Population. Bei Jungen im Kindergartenalter, die starke Hyperaktivität und starken Widerstand an den Tag legten, bestand die Gefahr einer dauerhaft hohen Aggressivität. Das Unterscheidungsmerkmal bei Jungen im Kindergartenalter mit ausgeprägter physischer Aggressivität bestand jedoch darin, dass ihre Mütter einen niedrigen Bildungsstand hatten und bereits als Teenager Mütter geworden waren. Das Bemerkenswerte in dieser Studie war, dass nur die Eigenschaften der Mutter für die Prognose relevant waren, die des Vaters dagegen nicht.

Reiss et al. (1995, 2000) betonten, dissoziales Verhalten sei zum Teil auf zu harte Reaktionen der Eltern auf erbliche Eigenschaften des Kindes zurückzuführen. Somit könnte man annehmen, dass frühe familientherapeutische oder eventuell einzeltherapeutische Maßnahmen für die Mütter hochgefährdeter Kinder zur Vorbeugung gegen dissoziales Verhalten oder sogar ASPD beitragen könnten. Es gibt zwar noch keine psychotherapeutischen Studien, die diese Hypothese bestätigen, die Ergebnisse einer Langzeitbeobachtungsstudie zur Wirkung von Hausbesuchen durch eine Gesundheitsfürsorgerin auf das dissoziale Verhalten von Kindern (Olds et al. 1998) sind jedoch vielversprechend. Die Forscher wiesen hochgefährdeten Erstgebärenden nach dem Zufallsprinzip Gesundheitsfürsorgerinnen zu. Die Besuche begannen während der Schwangerschaft und wurden bis zum zweiten Geburtstag des Kindes fortgesetzt. Die Kontrollgruppe erhielt die übliche pränatale Versorgung beziehungsweise Vorsorgeuntersuchungen in der Klinik. 85 % der Teilnehmer waren jung, ledig oder stammten aus Haushalten mit niedrigem sozioökonomischem Status. Die Fürsorgerinnen machten durchschnittlich 9 Besuche während der Schwangerschaft und 23 von der Geburt bis zum zweiten Geburtstag des Kindes. Die Schwerpunkte bildeten drei Aspekte der mütterlichen Funktion: Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der Gesundheit, kompetente Versorgung des Kindes und persönliche Entwicklung der Mutter. Bei einer Folgeuntersuchung im Alter von 15 Jahren zeigten die Kinder von Müttern, bei denen Besuche einer Fürsorgerin stattgefunden hatten, eine deutlich niedrigere Häufigkeit dissozialen Verhaltens als die Probanden der Kontrollgruppe. Außerdem war Drogenmissbrauch bei ihnen deutlich seltener, und sie hatten weniger Sexualpartner.

Diese Ergebnisse lassen auch darauf schließen, dass frühe psychotherapeutische Maßnahmen möglicherweise geeignet sind, die Expression von Genen, die zu dissozialem Verhalten führen, zu beeinflussen. Ein oft

vernachlässigter Nutzen der Einzelpsychotherapie liegt in ihrer positiven Wirkung auf die *Nachkommen* des Patienten. Angesichts des Pessimismus bezüglich der Behandlung der ASPD kommt den Präventionsstrategien aus der Sicht der öffentlichen Gesundheit eine entscheidende Bedeutung zu.

## Literaturhinweise

---

- Adler, G., Shapiro, L. N.: Psychotherapy with prisoners. *Curr Psychiatr Ther* 9: 99–105, 1969.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2nd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1968.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2nd Edition, Revised. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- Brennan, P. A., Raine, A., Schulsinger, F., et al.: Psychophysiological protective factors for male subjects at high risk for criminal behavior. *Am J Psychiatry* 154: 853–855, 1997.
- Bursten, B.: The manipulative personality. *Arch Gen Psychiatry* 26: 318–321, 1972.
- Cadoret, R. J.: Psychopathology in the adopted-away offspring of biologic parents with antisocial behavior. *Arch Gen Psychiatry* 35: 176–184, 1978.
- Cadoret, R. J.: Epidemiology of antisocial personality, in: *Unmasking the Psychopath: Antisocial Personality and Related Syndromes*. Edited by Reid, W. H., Dorr, D., Walker, J. I., et al. New York, WW Norton, 1986, S. 28–44.
- Cadoret, R. J., Yates, W. R., Troughton, E., et al.: Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders. *Arch Gen Psychiatry* 52: 916–924, 1995.
- Cale, E. M., Lilienfeld, S. O.: Histrionic personality disorder and antisocial personality disorder: sex-differentiated manifestations of psychopathy? *J Personal Disord* 16: 52–72, 2002.
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., et al.: Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *J Sci* 297: 851–854, 2002.

- Christiansen, K. O.: A preliminary study of criminality among twins, in: *Biosocial Bases of Criminal Behavior*. Edited by Mednick, S. A., Christiansen, K. O. New York, Gardner, 1977, S. 89–108.
- Cleckley, H. M.: *The Mask of Sanity: An Attempt to Clarify Some Issues About the So-Called Psychopathic Personality*. 5th Edition. St. Louis, MO, CV Mosby, 1976.
- Cloninger, C. R., Guze, S. B.: Hysteria and parental psychiatric illness. *Psychol Med* 5: 27–31, 1975.
- Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., von Knorring, A L., et al.: An adoption study of somatoform disorders, II: identification of two discrete somatoform disorders. *Arch Gen Psychiatry* 41: 863–871, 1984.
- Constantino, J. N., Morris, J. A., Murphy, D. L.: CSF 5 HIAA and family history of antisocial personality disorder in newborns. *Am J Psychiatry* 154: 1771–1773, 1997.
- D'Silva, K., Duggan, C., McCarthy, L.: Does treatment really make psychopaths worse? A review of the evidence. *J Personal Disord* 18: 163–177, 2004.
- Foley, D. L., Eaves, L. J., Wormley, B., et al.: Childhood adversity, monoamine oxidase A genotype, and risk for conduct disorder. *Arch Gen Psychiatry* 61: 738–744, 2004.
- Frosch, J. P.: The treatment of antisocial and borderline personality disorders. *Hosp Community Psychiatry* 34: 243–248, 1983.
- Gabbard, G. O., Coyne, L.: Predictors of response of antisocial patients to hospital treatment. *Hosp Community Psychiatry* 38: 1181–1185, 1987.
- Gedo, J. E.: *Psychoanalysis and Its Discontents*. New York, Guilford, 1984.
- Halleck, S. L.: Sociopathy: ethical aspects of diagnosis and treatment. *Curr Psychiatr Ther* 20: 167–176, 1981.
- Hare, R. D.: Diagnosis of antisocial personality disorder in two prison populations. *Am J Psychiatry* 140: 887–890, 1983.
- Hare, R. D.: *The Hare Psychopathy Checklist—Revised*. Toronto, Ontario, Multi-Health Systems, 1991.
- Hare, R. D., Har, S. D., Harpur, T. J.: Psychopathy and the DSM IV criteria for antisocial personality disorder. *J Abnorm Psychol* 100: 391–398, 1991.
- Hart, S. D., Hare, R. D.: Association between psychopathy and narcissism: theoretical views and empirical evidence, in: *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*. Edited by Ronningstam, E. F. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, S. 415–436.
- Herpertz, S. C., Werth, U., Lukas, G., et al.: Emotion in criminal offenders with psychopathy and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 58: 737–745, 2001.
- Hodgins, S., Kratzer, L., McNeil, T. F.: Obstetric complications, parenting, and risk of criminal behavior. *Arch Gen Psychiatry* 58: 746–752, 2001.
- Holden, C.: Growing focus on criminal careers. *Science* 233: 1377–1378, 1986.

- Johnson, A. M.: Sanctions for superego lacunae of adolescents, in: *Searchlights on Delinquency: New Psychoanalytic Studies*. Edited by Eissler, K. R. New York, International Universities Press, 1949, S. 225–245.
- Johnson, J. G., Cohen, P. A., Brown, J., et al.: Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early childhood. *Arch Gen Psychiatry* 56: 600–606, 1999.
- Karterud, S., Pedersen, G., Bjordal, E., et al.: Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norwegian treatment research network. *J Personal Disord* 17: 243–262, 2003.
- Kernberg, O. F.: *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, CT, Yale University Press, 1984.
- Kernberg, O. F.: Pathological narcissism and narcissistic personality disorder: theoretical background and diagnostic classification, in: *Disorders of narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*. Edited by Ronningstam, E. F. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, S. 29–51.
- Kiger, R. S.: Treating the psychopathic patient in a therapeutic community. *Hosp Community Psychiatry* 18: 191–196, 1967.
- Klonsky, E. D., Jane, J. S., Turkheimer, E., et al.: Gender role in personality disorders. *J Personal Disord* 16: 464–476, 2002.
- Lilienfeld, S. O., Van Valkenburg, C., Larntz, K., et al.: The relationship of histrionic personality disorder to antisocial personality and somatization disorders. *Am J Psychiatry* 143: 718–722, 1986.
- Lion, J. R.: Outpatient treatment of psychopaths, in: *The Psychopath: A Comprehensive Study of Antisocial Disorders and Behaviors*. Edited by Reid, W. H. New York, Brunner / Mazel, 1978, S. 286–300.
- Livesley, W. J.: *Practical Management of Personality Disorder*. New York, Guilford, 2003.
- Luntz, B. K., Widom, C. S.: Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry* 151: 670–674, 1994.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., et al.: Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiatry* 155: 493–498, 1998.
- Meloy, J. R.: *The Psychopathic Mind: Origins, Dynamics, and Treatment*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1988.
- Meloy, J. R.: Antisocial personality disorder, in: *Treatments of Psychiatric Disorders*. Vol. 2, 2nd Edition. Edited by Gabbard, G. O. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, S. 2273–2290.
- Modlin, H. C.: The antisocial personality. *Bull Menninger Clin* 47: 129–144, 1983.
- Nagin, D. S., Tremblay, R. E.: Parental and early childhood predictors of persistent physical aggression in boys from kindergarten to high school. *Arch Gen Psychiatry* 58: 389–394, 2001.
- Neugebauer, R., Hoek, H., Susser, E.: Prenatal exposure to wartime famine and development of antisocial personality disorder in early adulthood. *JAMA* 282: 455–462, 1999.

- Olds, D., Henderson, C. R., Cole, R., et al.: Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15 year follow-up of randomized controlled trial. *JAMA* 280: 1238–1244, 1998.
- Paris, J.: Personality disorders over time: precursors, course and outcome. *J Personal Disord* 17: 479–488, 2003.
- Person, E. S.: Manipulativeness in entrepreneurs and psychopaths, in: *Unmasking the Psychopath: Antisocial Personality and Related Syndromes*. Edited by Reid, W. H., Dorr, D., Walker, J. I., et al. New York, WW Norton, 1986, S. 256–273.
- Raine, A., Venables, P. H., Williams, M.: Relationships between central and autonomic measures of arousal at age 15 years and criminality at age 24 years. *Arch Gen Psychiatry* 47: 1003–1007, 1990.
- Raine, A., Venables, P. H., Williams, M.: High autonomic arousal and electrodermal orienting at age 15 years as protective factors against criminal behavior at age 29 years. *Am J Psychiatry* 152: 1595–1600, 1995.
- Raine, A., Brennan, P., Mednick, B., et al.: High rates of violence, crime, academic problems, and behavioral problems in males with both early neuromotor deficits and unstable family environments. *Arch Gen Psychiatry* 53: 544–549, 1996.
- Raine, A., Brennan, P., Mednick, S. A.: Interactions between birth complications and early maternal rejection in predisposing individuals to adult violence: specificity to serious, early onset violence. *Am J Psychiatry* 154: 1265–1271, 1997.
- Raine, A., Lencz, T., Bihrl, S., et al.: Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 57: 119–127, 2000.
- Raine, A., Lencz, T., Taylor, K., et al.: Corpus callosum abnormalities in psychopathic antisocial individuals. *Arch Gen Psychiatry* 60: 1134–1142, 2003.
- Reid, W. H.: The antisocial personality: a review. *Hosp Community Psychiatry* 36: 831–837, 1985.
- Reid, W. H., Solomon, G.: Community-based offender programs, in: *Treatment of Antisocial Syndromes*. Edited by Reid, W. H. New York, Van Nostrand Reinhold, 1981, S. 76–94.
- Reid, W. H., Dorr, D., Walker, J. I., et al. (Hrsg.): *Unmasking the Psychopath: Antisocial Personality and Related Syndromes*. New York, WW Norton, 1986.
- Reiss, D., Hetherington, E. M., Plomin, R., et al.: Genetic questions for environmental studies: differential parenting and psychopathology in adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 52: 925–936, 1995.
- Reiss, D., Neiderhiser, J. M., Hetherington, E. M., et al.: *The Relationship Code: Deciphering Genetic and Social Influences on Adolescent Development*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 2000.

- Rice, M. E., Harris, G. T., Cormier, C. A.: An evaluation of a maximum-security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders. *Law Hum Behav* 16: 399–412, 1992.
- Rutherford, M. J., Cacciola, J. S., Alterman, A. I.: Antisocial personality disorder and psychopathy in cocaine-dependent women. *Am J Psychiatry* 156: 849–856, 1999.
- Strasberger, L. H.: The treatment of antisocial syndromes: the therapist's feelings, in: *Unmasking the Psychopath: Antisocial Personality and Related Syndromes*. Edited by Reid, W. H., Dorr, D., Walker, J. I., et al. New York, WW Norton, 1986, S. 191–207.
- Sturup, G. K.: *Treating the Untreatable: Chronic Criminals at Herstedvester*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1968.
- Symington, N.: The response aroused by the psychopath. *International Review of Psychoanalysis* 7: 291–298, 1980.
- Vaillant, G. E.: Sociopathy as a human process: a viewpoint. *Arch Gen Psychiatry* 32: 178–183, 1975.
- Vaillant, G. E.: Natural history of male alcoholism, V: is alcoholism the cart or the horse to sociopathy? *Br J Addict* 78: 317–326, 1983.
- Verona, E., Sachs Ericsson, N., Joiner, T. E.: Suicide attempts associated with externalizing psychopathology in an epidemiological sample. *Am J Psychiatry* 161: 444–451, 2004.
- Wilson, J. Q., Herrnstein, R. J.: *Crime and Human Nature*. New York, Simon and Schuster, 1985.
- Woerner, P. I., Guze, S. B.: A family and marital study of hysteria. *Br J Psychiatry* 114: 161–168, 1968.
- Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L., et al.: Sociopathy and psychotherapy outcome. *Arch Gen Psychiatry* 42: 1081–1086, 1985.
- Yochelson, S., Samenow, S. E.: *The Criminal Personality. Vol. 1: A Profile for Change*. New York, Jason Aronson, 1976.
- Yochelson, S., Samenow, S. E.: *The Criminal Personality. Vol. 2: The Treatment Process*. New York, Jason Aronson, 1977.
- Zlotnick, C.: Antisocial personality disorder, affect dysregulation and childhood abuse among incarcerated women. *J Personal Disord* 13: 90–95, 1999.





## KAPITEL 18

# CLUSTER-B— PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

## *Hysterische und histrionische Persönlichkeitsstörungen*

**D**ie DSM IV TR-Kriterien (American Psychiatric Association, 2000) der histrionischen Persönlichkeitsstörung (Tabelle 18-1) sind nicht zur Erfassung der gut integrierten und auf einem höheren Niveau funktionierenden hysterischen Persönlichkeit geeignet. Die letztere Erkrankung hat eine lange Tradition unter dynamischen Klinikern. Unglücklicherweise liegen die Kriterien der histrionischen Persönlichkeitsstörung so nahe am klinischen Erscheinungsbild von narzisstischen und Borderline-Patienten, dass sie sich nicht wirklich für den herkömmlichen hysterischen Patienten eignen. Da in der klinischen Praxis sowohl die ein höheres Niveau darstellende hysterische Persönlichkeitsstörung und die primitivere histrionische Persönlichkeitsstörung häufig vorkommt, soll in diesem Kapitel versucht werden, sie auf eine für die Praxis brauchbare Art und Weise zu unterscheiden.

### Hysterisch versus histrionisch

---

Der Umstand, dass die DSM IV TR-Kriterien der Persönlichkeitsstörungen vollkommen atheoretisch sind, bereitet besonders bei Patienten mit hysterischen oder histrionischen Merkmalen große Probleme. Für die

---

**TABELLE 18-1.** DSM-IV-TR Kriterien der histrionischen Persönlichkeitsstörung

---

Es besteht ein tief greifendes Muster übermäßiger Emotionalität oder übermäßigen Strebens nach Aufmerksamkeit, das im frühen Erwachsenenalter in verschiedenen Situationen auftritt und sich in fünf (oder mehr) der nachstehenden Kriterien zeigt:

- (1) Der/die Betreffende fühlt sich unwohl in Situationen, in denen er/sie nicht im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht
  - (2) Die Interaktion des/der Betreffende/n ist oft durch ein unangemessen sexuell verführerisches oder provozierendes Verhalten gekennzeichnet.
  - (3) Der/die Betreffende zeigt rasch wechselnde und oberflächliche Gefühle.
  - (4) Der/die Betreffende setzt durchweg seine körperliche Erscheinung ein, um die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken.
  - (5) Der/die Betreffende hat einen übertrieben impressionistischen, wenig detaillierten Sprachstil.
  - (6) Der/die Betreffende zeigt Selbstdramatisierung, Theatralik und übertriebenen Gefühlsausdruck.
  - (7) Der/die Betreffende ist suggestibel, d. h. leicht beeinflussbar durch andere Personen oder Umstände.
  - (8) Der/die Betreffende bewertet Beziehungen als enger, als sie es tatsächlich sind.
- 

*Quelle:* Nachgedruckt aus American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition, Text Revision. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000. Copyright 2000, American Psychiatric Association. Verwendung mit Genehmigung.

Bestimmung der angemessenen Behandlung für diese vielfältige Gruppe von Patienten ist eine sorgfältige psychodynamische Bewertung weitaus wichtiger als die deskriptive Katalogisierung offen gezeigter Verhaltensweisen. Ein Hauptgrund für das Durcheinander in der diesbezüglichen Literatur liegt darin, dass eher von Verhaltensmerkmalen als von einem dynamischen Verständnis ausgegangen wird.

Eine weitere Ursache für die Verwirrung liegt darin, dass der Begriff hysterisch nicht nur zur Bezeichnung einer Persönlichkeitsstörung, sondern auch als Benennung einer Krankheit, die überwiegend bei Frauen auftritt und durch häufige Operationen und vielfältige somatische Beschwerden gekennzeichnet ist, sowie verschiedener Konversionssymptome wie Lähmung oder Blindheit, die keine organische Grundlage haben, verwendet wird. Das erstere Krankheitsbild, bekannt als Briquet-Hysterie oder Briquet-Syndrom, wird im DSM IV TR (American Psychiatric Association, 2000) zurzeit als somatoforme Störung klassifiziert. Konversionssymptome werden mittlerweile unter der Überschrift Konversionsstörung der Achse I zugeordnet. Es war die

hysterische Konversionssymptomatik, die Freud das Tor zum Unbewussten öffnete und zur Entstehung der Psychoanalyse führte. Freud bewertete Konversionssymptome als symbolische physische Symptome, die verdrängte und unterdrückte Triebwünsche ersetzen. In der modernen Psychiatrie herrscht jedoch allgemeine Übereinstimmung darüber, dass hysterische Konversionssymptome und hysterische Persönlichkeitsstörung weder in klinischer noch in dynamischer Hinsicht zusammenhängen (Chodoff 1974). Zwar können Konversionssymptome im Kontext einer hysterischen Persönlichkeitsstörung auftreten, dies gilt jedoch auch für zahlreiche andere charakterliche Diagnosen. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts war man der Ansicht, die mit der hysterischen Persönlichkeit verbundenen intrapsychischen Konflikte rührten von Problemen bezüglich der genital-ödipalen Entwicklung her. Zum Vermächtnis von Freuds Schaffen auf dem Gebiet der hysterischen Konversionssymptome gehört auch die etwas allgemeinere Ansicht, unterdrückte Sexualität spiele sowohl bei Charakterneurosen als auch bei neurotischen Symptomen eine herausragende Rolle. Angesichts fehlgeschlagener Psychoanalysen solcher Patienten wurde Freuds Formulierung dann infrage gestellt. Marmors klassischer Artikel aus dem Jahr 1953 leitete eine Änderung der Auffassung in der psychiatrischen Literatur ein, die nunmehr Problemen in der prägenitalen Phase eine zentrale Bedeutung hinsichtlich der Pathogenese der hysterischen Persönlichkeitsstörung zuschrieb (Chodoff 1974).

In der Literatur der letzten drei oder vier Jahrzehnte war eine Annäherung der Meinungen bezüglich „gesunder“ und „kranker“ hysterischer Patienten zu beobachten (Baumbacher and Amini 1980–1981; Blacker and Tupin 1977; Chodoff 1974; Easser and Lesser 1965; Horowitz 1997, 2001; Kernberg 1975; Lazare 1971; Sugarman 1979; Wallerstein 1980–1981; Zetzel 1968). Für „gesunde“ hysterische Patienten gibt es eine Reihe von Bezeichnungen wie „gut“, „phallisch“ oder „redlich“. Eine noch größere Vielfalt von Bezeichnungen gibt es für die letztere Gruppe, so zum Beispiel „oraler Hysteriker“, „sogenannter guter Hysteriker“, „Hysteroid“ und „infantile Persönlichkeit“. Um der Klarheit willen bezeichne ich in diesem Kapitel Menschen der gesünderen Gruppe als solche mit einer hysterischen Persönlichkeitsstörung und die Gruppe der schwerer gestörten Menschen als solche mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung.

Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen der hysterischen und der histrionischen Persönlichkeit gibt es unterschiedliche Meinungen. Manche sind der Ansicht, es handle sich lediglich um verschiedene Stufen auf einem Kontinuum (Blacker and Tupin 1977; Lazare 1971; Wallerstein 1980–1981; Zetzel 1968), andere halten die beiden Gruppen für so verschieden, dass sie sie als gesonderte Krankheitsbilder einordnen (Baumbacher and Amini 1980–1981; Sugarman 1979). Horowitz (1997, 2001) hat beobachtet, dass Patienten mit einem für die histrionische Persönlichkeitsstörung charakteristischen interpersonellen Stil in psychiatrischer Hinsicht in Bezug auf die Kohärenz ihrer Identität und die Kontinuität ihrer Rücksicht auf wichtige andere Menschen

gesund, neurotisch, narzisstisch oder Borderline-Patienten sein können. Diese Grade werden anhand des Maßes der Integration des Selbst und anderer in die Personenschemata des Betreffenden unterschieden. Voneinander abgespaltene „nur gute“ und „nur schlechte“ Personenschemata gehören zum Borderline-Niveau. Ein histrionischer Patient mit einer narzisstisch verletzlichen Organisation hat ein stärker zusammenhängendes Selbst-Schema, neigt jedoch dazu, sich grandios oder extrem erschöpft zu fühlen. Auch diese Menschen betrachten andere als Erweiterungen ihrer selbst. Neurotisch organisierte histrionische Patienten des Horowitzschen Modells haben lange bestehende ungelöste innere Konflikte, die in sich wiederholenden Zyklen gestörter Beziehungen im intimen und im Arbeitsbereich zum Ausdruck kommen. In der vorliegenden Abhandlung setze ich neurotisch organisierte histrionische Patienten mit solchen mit einer hysterischen Persönlichkeitsstörung gleich und ordne Menschen mit einer auf dem narzisstischen oder Borderline-Niveau organisierten Persönlichkeit in die Gruppe derer mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung ein.

Die Gemeinsamkeit hysterischer und histrionischer Menschen scheint in einer Überlappung offener Verhaltensmerkmale wie Labilität und oberflächliche Emotionen, Streben nach Aufmerksamkeit, gestörte Sexualfunktionen, Abhängigkeit und Hilflosigkeit sowie Dramatisierung der eigenen Person zu bestehen. Diese Eigenschaften werden von Laien mit dem Begriff „hysterisch“ assoziiert und bedeuten eine dramatische Überreaktion. Paradoxerweise handelt es sich dabei um Merkmale, die viel eher für histrionische als für hysterische Patienten typisch sind, was Wallerstein (1980–1981) so ausgedrückt hat: „Menschen, die hinsichtlich ihres Verhaltens eher hysterisch im Sinne von dramatischen und auffälligen Charaktermerkmalen wirken, sind diejenigen, die im Sinne des ‚guten‘ oder ‚echten‘ Hysterikers weniger hysterisch erscheinen“ (S. 540). Zetzel (1968) hat ebenfalls beobachtet, dass die „sogenannten guten Hysteriker“, die als floride Hysteriker erscheinen, oftmals fälschlicherweise als analysierbare hochgradig hysterische Patienten eingeschätzt werden, obwohl sie tatsächlich primitiv organisiert und schwer zu analysieren sind. Das sind diejenigen, die ich hier als Menschen mit einer histrionischen Persönlichkeit bezeichne.

Die Literatur zur Unterscheidung der beiden Gruppen kann durch eine Auflistung der Merkmale zusammengefasst werden, die die hysterische von der histrionischen Persönlichkeitsstörung abgrenzen (Easser and Lesser 1965; Kernberg 1975; Lazare 1971; Sugarman 1979; Zetzel 1968; Tabelle 18-2). Die histrionische Persönlichkeit ist praktisch in jeder Hinsicht florider als die hysterische. Alle Symptome der DSM IV TR-Kriterien sind bei histrionischen Menschen stärker ausgeprägt. Eckpunkte sind eine größere affektive Labilität, eine höhere Impulsivität und ein offeneres verführerisches Verhalten. Die Sexualität dieser Patienten ist häufig so direkt und unmoduliert, dass sie die Mitglieder des anderen Geschlechts abstößt. Ihr anstrengendes

**TABELLE 18-2.** Unterscheidung zwischen hysterischer und histrionischer Persönlichkeitsstörung

<b>Hysterische Persönlichkeitsstörung</b>	<b>Histrionische Persönlichkeitsstörung</b>
Verhaltene und eingeschränkte Emotionalität	Floride und umfassende Emotionalität
Sexualisierter Exhibitionismus und Bedürfnis nach Liebe	Gieriger Exhibitionismus fordernder, oraler Art, der „kalt“ und weniger ansprechend ist
Gute Impulskontrolle	Allgemeine Impulsivität
Subtile und ansprechende verführerische Art	Grobe, unangemessene und abstoßende verführerische Art
Ehrgeiz und Konkurrenzgeist	Ziel- und Hilflosigkeit
Reife Dreiecksobjektbeziehungen	Primitive dyadische, durch Klammern, Masochismus und Paranoia gekennzeichnete Objektbeziehungen
Erträgt Trennung von Liebesobjekten	Überwältigende Trennungsangst im Falle des Verlassen-Werdens durch Liebesobjekte
Strenges Über-Ich und einige zwanghafte Abwehrmechanismen	Schwaches Über-Ich und Vorherrschen primitiver Abwehrmechanismen wie Abspaltung und Idealisierung
Sexualisierte Übertragungswünsche entstehen nach und nach und werden als unrealistisch bewertet	Intensive sexualisierte Übertragungswünsche entstehen schnell und werden als realistisch betrachtet

exhibitionistisches Bedürfnis, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen, kann wegen seiner Rücksichtslosigkeit auch dazu führen, dass andere ihre Aufmerksamkeit versagen. In dieser Hinsicht haben solche Patienten eindeutig sehr viel mit Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung gemein.

Demgegenüber können Menschen mit einer echten hysterischen Persönlichkeit auf weitaus subtilere Weise dramatisch und exhibitionistisch sein, und ihre Sexualität kann verhaltener und auf ansprechendere Art und Weise zum Ausdruck kommen. Wallerstein (1980–1981) hat außerdem darauf hingewiesen, dass ein beträchtlicher Teil der hochgradig hysterischen Menschen überhaupt nicht dramatisch oder auffällig ist. Er bezeichnete sie als „verlegene Mauerblümchen, die bei persönlichen Begegnungen schüchtern sind und kein Wort herausbekommen, im Extremfall unscheinbar sind und ein völlig gehemmtes Verhalten an den Tag legen“ (S. 540). Er hat überzeugend dargelegt, dass es zu einer Fehldiagnose führen kann, wenn man sich statt der zugrundeliegenden Dynamik auf das offene Verhalten konzentriert.

Patienten mit einer hysterischen Persönlichkeitsstörung haben oft passable Erfolge im Beruf vorzuweisen und zeigen sowohl Ehrgeiz als auch konstruktiven Konkurrenzgeist. Dieser aktiven Kompetenz kann eine ziel und hilflose Abhängigkeit gegenüberstehen, die verhindert, dass histrionische Patienten Erfolg haben, mit Ausnahme der passiven Manipulation anderer, die der Befriedigung ihrer Bedürfnisse dient. Während echte Hysteriker über reife Ganzobjektbeziehungen verfügen, die durch Inhalte des ödipalen Dreiecks gekennzeichnet sind, und bedeutungsvolle Beziehungen zu beiden Elternteilen aufgebaut haben, ist der histrionische Patient auf einer primitiveren dyadischen Stufe der Objektbeziehungen stehen geblieben, die häufig durch Klammern, Masochismus und Paranoia charakterisiert sind.

Hysterische Patienten können die Trennung von ihren Liebesobjekten ertragen, auch wenn die betreffenden Beziehungen ihrer Meinung nach ihr größtes Problem darstellen. Histrionische Patienten dagegen werden oft von Trennungsangst überwältigt, wenn sie von ihren Liebesobjekten getrennt sind. Das strenge Über-Ich und andere zwanghafte Abwehrmechanismen des hysterischen Patienten stehen im Gegensatz zu dem typischerweise schwachen Über-Ich und den überwiegend primitiven Abwehrmechanismen wie Abspaltung und Idealisierung beim histrionischen Patienten.

Wenn sich hysterische Patienten in eine Psychotherapie oder Psychoanalyse begeben, entstehen sexualisierte Übertragungswünsche nach und nach über einen längeren Zeitraum und werden von den Patienten selbst gewöhnlich als unrealistisch bewertet. Bei histrionischen Patienten hingegen entstehen fast sofort erotische Übertragungswünsche, die sie häufig als realistische Erwartungen betrachten. Wenn die Wünsche nicht erfüllt werden, werden die Patienten möglicherweise wütend auf den Therapeuten, weil dieser ihnen nicht nachkommt. Zetzel (1968) hat darauf hingewiesen, dass die Fähigkeit des hysterischen Patienten, zwischen therapeutischem Bündnis und Übertragungsgefühlen zu unterscheiden, eng mit der Fähigkeit zur Unterscheidung von innerer und äußerer Realität zusammenhängt, einer Ichfunktion, die beim histrionischen Patienten geschädigt ist.

Die spezifischen Merkmale der histrionischen Persönlichkeitsstörung unterstreichen ihre enge Verwandtschaft mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Kernberg (1975) bezeichnete die infantile Persönlichkeit explizit als eine, der eine Borderline-Persönlichkeitsorganisation zugrunde liegt. Es ist weniger genitale Sexualität als vielmehr eine primitive Oralität, gegen die sich diese Patienten wehren (Lazare 1971).

Patienten mit einer hysterischen Persönlichkeitsstörung hingegen haben gewöhnlich Probleme, die entweder mit der genitalen Sexualität als solcher oder mit ihren Sexualobjekten zusammenhängen. Hysterische Frauen werden herkömmlicherweise als „frigide“ oder anorgasmisch beschrieben, sie können jedoch auch promisk und voll orgasmusfähig, jedoch mit ihren sexuellen Beziehungen unzufrieden sein. Es kommt vor, dass sie keine romantische oder

sexuelle Bindung zu Männern eingehen können, die zu ihnen passen, und sich statt dessen hoffnungslos in solche verlieben, die sie nicht haben können. Ein anderes wiederkehrendes Problem hysterischer Patientinnen ist, dass Männer ihre Handlungen oft als sexuelle Annäherungsversuche missverstehen, und die Frauen sich dann wieder und wieder über dieses Missverständnis wundern – was zeigt, dass sie sich ihres verführerischen Verhaltens nicht bewusst sind.

## Geschlecht und Diagnose

---

Im Verlauf der Geschichte der Psychiatrie wurde die hysterische Persönlichkeit stets mit dem weiblichen Geschlecht verbunden. Die Tendenz, diese Diagnose nur bei Frauen in Betracht zu ziehen, ist wohl eher auf kulturell bedingte Geschlechterrollenklischees als auf die Psychodynamik zurückzuführen. Halleck (1967) hat darauf hingewiesen, dass unterprivilegierte Männer in unserer Gesellschaft dazu neigen, ihre eigenen Bedürfnisse zu leugnen und diejenigen anzugreifen, von denen sie meinen, abgewiesen worden zu sein. Von Frauen wird in unserer Gesellschaft hingegen nicht erwartet, dass sie ihr Bedürfnis nach Abhängigkeit leugnen, und sie haben „wenig Gelegenheit, ihre Aggression unmittelbar zum Ausdruck zu bringen“ (S. 753). Mädchen „passen sich einer Benachteiligung mit größerer Wahrscheinlichkeit an, indem sie versuchen, Menschen durch Beziehungen an sich zu binden, in denen [die Frauen] eine ausgesprochen beherrschende Rolle [einnehmen]“ (S. 753). Andere (Hollender 1971; Lerner 1974) haben festgestellt, dass hysterische Persönlichkeitsmerkmale kulturelle Erwartungen hinsichtlich der Anpassung von Frauen in der amerikanischen Gesellschaft widerspiegeln. Dazu, dass die hysterische Persönlichkeit von einer überwiegenden Mehrheit als eine Erkrankung der Frau betrachtet wird, hat auch der Umstand beigetragen, dass die Literatur über diese Störung mit wenigen Ausnahmen von Männern geschrieben wurde (Chodoff and Lyons 1958; Luisada et al. 1974).

Obwohl die hysterische Persönlichkeit überwiegend mit dem weiblichen Geschlecht in Verbindung gebracht wird, gibt es eine Fülle dokumentierter Fälle einer hysterischen Persönlichkeitsstörung bei Männern (Blacker and Tupin 1977; Bollas 2000; Cleghorn 1969; Halleck 1967; Kolb 1968; Lubbe 2003; Luisada et al. 1974; MacKinnon and Michels 1971; Malmquist 1971). Es werden zwei allgemeine Subtypen männlicher hysterischer Patienten beschrieben: der hypermaskuline und der passive / effeminierte. Die des hypermaskulinen Subtyps stehen insofern in unmittelbarer Analogie zur klassischen Hysterikerin, als sie Karikaturen der Männlichkeit sind. Wie in Kapitel 16 erwähnt, hat eine Studie mit 655 Collegestudenten (Klonsky et al. 2002) ergeben, dass sowohl narzisstische als auch histrionische Merkmale bei Männern und Frauen auftreten, die sich ihrem Geschlecht entsprechend



verhalten. Es kann sich um „Don Juans“ handeln, die allen Frauen gegenüber verführerisch auftreten und sogar dissoziales Verhalten an den Tag legen. Männer des passiven / effeminierten Subtyps können „dandyhafte“ (MacKinnon and Michels 1971), extravagante Homosexuelle oder passive impotente Heterosexuelle sein, die Angst vor Frauen haben. Die Unterscheidung zwischen der hysterischen Persönlichkeit der höheren Stufe und der histrionischen Persönlichkeit der niedrigeren Stufe kann im Großen und Ganzen anhand derselben Kriterien erfolgen wie bei den entsprechenden Gruppen von Frauen.

In einer Studie mit 27 Patienten mit einer hysterischen Persönlichkeitsstörung haben Luisada et al. (1974) festgestellt, dass sie überwiegend heterosexuell waren, jedoch alle auf die eine oder andere Weise gestörte sexuelle Beziehungen hatten. Dissoziales Verhalten wie Lügen und Unzuverlässigkeit waren häufige Probleme in der Gruppe, ebenso Alkohol und Drogenmissbrauch. Die Forscher identifizierten sowohl Patienten des passiven / effeminierten als auch solche des hypermaskulinen Subtyps, wobei instabile Beziehungen für beide Gruppen charakteristisch waren. Bei vielen dieser Patienten hätte man wahrscheinlich eine narzisstische Persönlichkeitsstörung – bei manchen mit dissozialen Merkmalen – diagnostiziert, doch als Gruppe zeigten sie mehr Wärme und Empathie gegenüber anderen als echte Narzissten. Einige Forscher haben versucht, einen Zusammenhang zwischen Psychopathie und histrionischer Persönlichkeitsstörung herzustellen (Hamburger et al. 1996), die Literatur enthält jedoch kaum Belege für die Auffassung, die histrionische Persönlichkeitsstörung sei eine weibliche Variante der Psychopathie oder der dissozialen Persönlichkeitsstörung (Cale and Lilienfeld 2002). Mitchell (2000) hat festgestellt, dass hysterische Männer dadurch, dass die Symptome der Hysterie mit der Zeit feminisiert wurden, in der Theorie und Praxis der Psychoanalyse marginalisiert worden sind. Dennoch treten bei beiden Geschlechtern mit einer hysterischen oder einer histrionischen Persönlichkeitsstörung viele identische Merkmale auf, unter anderem verführerisches Verhalten, Promiskuität, sexuelle Eifersucht, Sehnsucht nach idealer Liebe, Launenhaftigkeit und Sexualisierung.

## Kognitiver Stil und Abwehrmechanismen

---

Ein Aspekt der intrapsychischen Funktion, der die hysterische und die histrionische Persönlichkeitsstörung verbindet, ist der *kognitive Stil*. Shapiro (1965) hat den für Patienten mit diesen Persönlichkeitsstörungen typischen kognitiven Stil wie folgt beschrieben: „global, relativ diffus, von mangelndem Scharfsinn, insbesondere bei kleinen Details. Kurz gesagt, er ist impressionistisch“ (S. 111). Wenn ein Therapeut einen Patienten mit diesem

kognitiven Stil fragt: „Wie war Ihr Wochenende?“, erhält er wahrscheinlich eine Antwort wie „richtig gut“ oder „einfach schrecklich“, ohne weitere Einzelheiten. Auf ähnliche Art wird er sich auch über wichtige Personen in seinem Leben äußern. Eine hysterische Patientin erwiderte auf die Aufforderung, ihren Vater zu beschreiben: „Er ist einfach klasse!“ Und wenn Patienten mit diesem kognitiven Stil eine Aufgabe wie beispielsweise einen psychologischen Test in Angriff nehmen, vermeiden sie es gewöhnlich, sich auf Fakten zu konzentrieren und antworten mit einem Gefühl. Als ein äußerst erfolgreicher und intelligenter Akademiker gebeten wurde, die Einwohnerzahl der Vereinigten Staaten zu schätzen, antwortete er hastig: „Ich weiß es nicht. Es müssen so um die 5 Milliarden sein.“ Als der Psychologe ihn drängte, etwas genauer über die Frage nachzudenken, bemerkte er, dass er statt der Bevölkerungszahl des Landes die der Welt genannt hatte. Es fehlte ihm nicht an Wissen, doch wegen seines histrionischen kognitiven Stils hasste er es, auf solche Einzelheiten achten zu müssen. So kann es für den Therapeuten zum Beispiel sehr frustrierend sein, wenn er versucht, Einzelheiten über den familiären Hintergrund des Patienten zu erfahren.

Dieser impressionistische kognitive Stil hängt eng mit dem Einsatz von Abwehrmechanismen bei hysterischen und histrionischen Menschen zusammen (Horowitz 1977a, 1997, 2001). Sie unterdrücken die Verarbeitung von Informationen, um starke Gefühle abzuschwächen. Verdrängung, Leugnen, Dissoziation und Unterdrückung sind Abwehrstrategien, die auch die emotionale Erregung verringern. Solche Patienten sagen „Ich weiß es nicht“, wenn sie „Ich darf es nicht wissen“ meinen (Horowitz 1997). In der frühen Literatur zur Hysterie wurde diese Abschwächung anhand der scheinbaren Gleichgültigkeit von Patientinnen gegenüber ihren Konversionssymptomen häufig als *la belle indifférence* (schöne Gleichgültigkeit) bezeichnet. Möglicherweise ist der hysterische oder histrionische kognitive Stil für diese Unfähigkeit, Implikationen, Konsequenzen und Einzelheiten des Erlebten zu integrieren und anzuerkennen, verantwortlich.

Andererseits wechselt diese Unterdrückung emotionaler Erregung im Allgemeinen mit dem übertriebenen Ausdruck von Gefühlen, der dazu dient, Reaktionen bei anderen auszulösen. Die Aufmerksamkeit hysterischer / histrionischer Patienten ist umfassend und diffus, sie achten jedoch darauf, ob andere ihnen Beachtung schenken.

*Dissoziative Zustände* wie Konversionssymptome werden oft als hysterische Merkmale eingestuft, obwohl sie auch bei Menschen mit einer Reihe anderer Diagnosen auftreten. Die extremste Manifestierung der Dissoziation ist die dissoziative Identitätsstörung, die sowohl mit Abspaltung – bei der verschiedene Selbstrepräsentationen voneinander getrennt bleiben – als auch mit Verdrängung – bei der die primäre Persönlichkeit gewöhnlich keine Erinnerung an die übrigen hat – einhergeht. Die Reaktionen histrionischer Patienten auf ihre emotionalen Ausbrüche ähneln der Dissoziation und der

dissoziativen Identitätsstörung, wenn auch in milderer Form. Solche Patienten erinnern sich oft nur unvollständig an ihre Handlungen, von denen sie sagen, sie erscheinen ihnen, als seien sie die Handlungen „von jemand anderem“.

Eine histrionische Patientin, die auch dissoziative Symptome hatte, entdeckte Schnitte an ihrer linken Brust, konnte jedoch nicht erklären, wo diese herkamen. Kurz nach dieser Entdeckung fand ihr Mann sie um 3 Uhr morgens im Badezimmer, wo sie sich mit einer Rasierklinge leichte Schnitte an der linken Brust zufügte. Als sie zu diagnostischen Zwecken hypnotisiert wurde, sagte sie: „Ich muss genau so leiden wie meine Mutter.“ Ihre Mutter war kurz zuvor wegen Brustkrebs operiert worden. Diese Patientin ist auch ein gutes Beispiel für den Abwehrmechanismus der Identifikation, der bei hysterischen Menschen ebenfalls häufig ist (MacKinnon and Michels 1971).

Als letzter gemeinsamer Abwehrmechanismus, der sowohl bei hysterischen als auch bei histrionischen Patienten vorkommt, ist die *Emotionalität* selbst zu nennen. Intensive, aber zugleich oberflächliche Emotionen zu entwickeln, kann tiefere Affekte abwehren, die die Patienten meiden wollen (MacKinnon and Michels 1971). Zusammen dienen die reflexartige Emotionalität und der impressionistische kognitive Stil dazu, echte affektive Zustände oder Attitüden gegenüber sich selbst oder anderen vom histrionischen Patienten fernzuhalten.

## Die psychodynamische Auffassung

---

Da verschiedene offene Verhaltensweisen beider Geschlechter in die Kategorien der hysterischen und der histrionischen Persönlichkeitsstörung eingeordnet werden, ist eine sorgfältige psychodynamische Beurteilung für die Bestimmung der geeigneten Psychotherapie unerlässlich. Patientinnen mit einer hysterischen oder histrionischen Persönlichkeit haben gewöhnlich in zwei der klassischen psychosexuellen Stadien Probleme: Sie erleben während der oralen Phase eine relative Vernachlässigung durch die Mutter und haben Schwierigkeiten, die ödipale Situation zu lösen und eine klare sexuelle Identität zu entwickeln (Blacker and Tupin 1977). Hysterische und histrionische Patienten haben sowohl mit der oralen als auch mit der phallisch-ödipalen Phase Probleme, bei histrionischen sind jedoch die in der früheren Phase größer, während hysterische in erster Linie eine Fixierung in der späteren aufweisen.

Bei histrionischen Patientinnen führt mangelnde mütterliche Fürsorge dazu, dass sie die Befriedigung ihrer Abhängigkeitsbedürfnisse beim Vater suchen (Blacker and Tupin 1977; Hollender 1971; MacKinnon and Michels 1971). Sie lernen schnell, dass Flirtverhalten und auf exhibitionistische Art und Weise gezeigte dramatische Gefühle erforderlich sind, um die Aufmerksamkeit des Vaters zu erlangen. Mit der Reifung lernen sie, dass sie ihre genitale Sexualität unterdrücken müssen, um „Papas kleines Mädchen“ zu bleiben. Die primitive

Bedürftigkeit aller sexuellen Beziehungen des erwachsen gewordenen kleinen Mädchens kann als „Gleichsetzung von Brust und Penis“ bezeichnet werden. Solche Frauen zeigen oft ein promiskues Sexualverhalten, das letztendlich unbefriedigend ist, weil der Penis lediglich als Ersatz für die Brust der Mutter dient, nach der sie sich unbewusst sehnen.

Frauen mit einer hysterischen Persönlichkeitsstörung haben die orale Phase der Entwicklung mehr oder weniger erfolgreich abgeschlossen. Sie sind ebenfalls enttäuscht von der Mutter, doch diese Enttäuschung erfolgt in einer fortgeschritteneren Phase. In der phallischen Phase, die der voll ausgeprägten ödipalen Situation unmittelbar vorausgeht, müssen sie sich damit abfinden, dass sie ihre Mutter nicht auf dieselbe Art und Weise physisch besitzen können wie der Vater. Das Ziel hysterischer Menschen besteht darin, von anderen begehrt zu werden (Bollas 2000). Kleine Mädchen haben zum Beispiel das Gefühl, sie haben gegenüber ihrer Mutter den Kürzeren gezogen, und tun deshalb alles, um von ihrem Vater begehrt zu werden. Das führt häufig zu einer fehlerhaften Selbstadaptation, bei der sie ihren wahren Charakter unterdrücken, um so zu sein, wie andere es erwarten. Viele hysterische Frauen nähern sich Männern, indem sie versuchen, so zu sein, wie der betreffende Mann sie ihrer Meinung nach gerne hätte, mit dem Ergebnis, dass die Männer schließlich über ihr aufgesetztes Verhalten enttäuscht sind.

Bollas (2000) hat beobachtet, dass hysterische Menschen dazu neigen, ihre Lebensgeschichte zu erotisieren, indem sie sich als erotisches Objekt einer anderen Person darstellen. Sie verbringen einen großen Teil ihres Lebens mit der Suche nach einem „Hofobjekt“ (object in waiting) (S. 12), das sie erneut zum Gegenstand des Begehrens der betreffenden Person macht. Mehrere Liebespartner zu haben, ist typisch für Menschen mit einer histrionischen oder hysterischen Persönlichkeitsstörung, und dabei zeigt sich häufig ein festes Muster: Der jeweilige Mann ist nie der Richtige und deshalb entbehrlich. Auf diese Weise heben sich solche Frauen für ihren Vater auf. Als kleine Mädchen haben sie ihren Vater oft idealisiert, möglicherweise als den einzigen Mann, der es wert ist, „besessen“ zu werden. Diese intensive Bindung hat zu Gefühlen der Rivalität gegenüber der Mutter und dem aktiven Wunsch, ihren Platz einzunehmen, geführt. Viele hysterische Patienten erinnern sich im Laufe der Therapie oder Analyse an Fantasien dieser Art. Wenn sie den Eindruck haben, dass ihre Brüder aufgrund ihres Geschlechts beim Vater eine besondere Stellung einnehmen, entwickeln sie möglicherweise auch eine tiefe Abneigung und konkurrieren intensiv mit Männern.

Mit Hysterie wird herkömmlicherweise auch Anorgasmie in Verbindung gebracht, die sexuellen Symptome von Patienten mit einer hysterischen oder histrionischen Persönlichkeitsstörung sind jedoch weitaus vielfältiger. Manche haben eine relativ asymptotische Sexualfunktion, erleben jedoch keine authentische Liebe oder Intimität in ihren sexuellen Beziehungen. Sexuelle Reize werden gegebenenfalls durch provozierende Kleidung zur Schau gestellt, auch

wenn das provozierende Verhalten nur mit einer geringen sexuellen Erregung einhergeht. Hysterische und histrionische Patientinnen sind sogar oft überrascht, wenn andere so auf sie reagieren, als seien sie verführerisch oder sexuell provozierend. Mit anderen Worten, es besteht eine Dissoziation zwischen dem offen sexualisierten Verhalten, das Aufmerksamkeit erregen soll, und der empathischen Vorstellung darüber, wie es auf andere wirkt. Jegliche Sexualität kann wegen der ödipalen Bindung an den Vater auch inzestuöse Bedeutungskomponenten haben. Im Sinne eines weiteren Abwehrmechanismus, der dazu dient, die ödipalen Sehnsüchte nicht aufgeben zu müssen, wählen solche Frauen häufig ungeeignete Partner. Hierbei handelt es sich jedoch zumeist um eine verborgene Dynamik, die erst nach einer sorgfältigen Bewertung erkannt wird. Manche hysterischen Patienten haben eine offene, bewusste Bindung an ihren Vater, andere dagegen haben diese Dimension der Entwicklung unterdrückt. In ihre bewusste Erfahrung in Bezug auf den Vater kann sich als Abwehrmechanismus gegen die tiefer liegende Sehnsucht auch Ärger mischen. Ebenso sind sie sich ihrer Rivalitätsgefühle gegenüber der Mutter, die sie auf der bewussten Ebene lieben, möglicherweise nicht bewusst. Statt dessen kann die hysterische Dynamik einer Patientin in tief greifenden Mustern von Dreiecksbeziehungen zum Ausdruck kommen, beispielsweise darin, dass sie sich in verheiratete Männer verliebt, oder in nach und nach zutage tretenden Entwicklungen bei der Übertragung wie zum Beispiel starker Rivalität mit anderen Patientinnen. Ob die Dynamik unterdrückt wird, kann von der Reaktion des Vaters auf die ödipalen Sehnsüchte der Tochter abhängen. Wenn solche Gefühle für ihn inakzeptabel sind, vermittelt er dies seiner Tochter, die dann erkennt, dass sie sie unterdrücken muss.

Das übertriebene, theatralische Verhalten dieser Patienten hängt häufig mit einer Schlüsselerfahrung der Nichtbeachtung in der frühen Kindheit zusammen. Mit anderen Worten, Eltern, die zu sehr mit sich selbst beschäftigt oder zu depressiv waren oder sich zu sehr über die Entwicklungsbedürfnisse des Kindes geärgert haben, haben es möglicherweise ausgeblendet und seine inneren affektiven Erfahrungen nicht bemerkt. In dieser Hinsicht haben die Betreuer ihre Aufgabe, Grenzen zu setzen und dem Kind bei der Verarbeitung überwältigender und beängstigender Affektzustände zu helfen, möglicherweise nicht erfüllt. Wie Riesenberg Malcolm (1996) betont hat, ist die Übertreibung möglicherweise ein Versuch der Patienten, sich von dem zu distanzieren, was sich in ihrem Inneren abspielt, und zugleich andere auf nicht wahrgenommene Gefühle aufmerksam zu machen.

Ein Großteil der auf Frauen zutreffenden Entwicklungsdynamik trifft auch auf männliche Patienten zu. Während hysterische Frauen häufig „Papas Mädchen“ sind, sind hysterische Männer oft „Mamas Sohn“. Auf Probleme der Separation-Individuation in der Kindheit reagieren sie möglicherweise mit der Erotisierung des abwesenden Objekts (Bollas 2000). Sobald das mütterliche Objekt nicht anwesend ist, stellen sie sich ihre Mutter mit einem anderen

Mann vor, den sie ihnen vorzieht. Deshalb quält viele hysterische Männer vom Don-Juan-Typ eine Kombination von Trennungsangst und Angst vor dem Ausgeschlossen-Werden (Lubbe 2003). Das kann sie zu hypermaskulinem Verhalten veranlassen, mit dem sie die Bezwingung sexueller Rivalen demonstrieren, indem sie systematisch Frauen verführen, von denen viele bereits mit einem anderen Mann liiert sind. Wie sein weibliches Pendant möchte auch der hysterische Mann begehrt werden, weshalb er auf der Suche nach seinem „Hofobjekt“ eine Beziehung nach der anderen eingeht, um dann festzustellen, dass er in keiner die besondere Bestätigung erhält, die er braucht.

Auch andere Adaptationen sind möglich. Manche Männer mit dieser hysterischen Konfiguration entscheiden sich für ein zölibatäres Leben, beispielsweise als Priester, um unbewusst die absolute Loyalität zur Mutter zu bewahren. Andere bewältigen ihre vermeintliche genitale Unzulänglichkeit, indem sie hypermaskulinen Einzelbeschäftigungen wie Bodybuilding nachgehen. So können sie sich selbst bestätigen, dass sie „echte Männer“ sind, die keinen Grund haben, sich minderwertig zu fühlen.

Eine Besprechung der Hysterie wäre unvollständig, wenn nicht auch Inzest und Verführung in der Kindheit angesprochen würden. Freud dachte ursprünglich, viele seiner hysterischen Patienten seien von ihren Vätern verführt worden, da viele von ihnen über derartige Erfahrungen berichteten. Später gelangte er zu der Überzeugung, dass viele dieser Berichte ödipalen Wünschen entspringende Fantasien waren. In der Diskussion darum, ob Freud recht hatte, haben viele Kliniker eine Entweder-oder-Haltung eingenommen. Entweder kleine Mädchen werden tatsächlich verführt, oder sie stellen sich die Verführung nur vor. Diese Dichotomie wird durch den Umstand, dass viele Frauen, die zu Opfern von Inzest geworden sind, dennoch starke Fantasien in Bezug auf und ein Verlangen nach dem Täter haben, noch komplizierter. Selbst Frauen, die nicht von ihrem Vater geschändet wurden, können ein starkes bewusstes oder unbewusstes sexuelles Verlangen nach ihm empfinden. Und schließlich gibt es einen großen Bereich, in dem es zu erotisierten Interaktionen kommt, die *nicht* zu offenem Inzest führen, aber *sehr wohl* derartige Fantasien begünstigen.

Was die Pathogenese der histrionischen und der hysterischen Persönlichkeitsstörung betrifft, so ist ein tatsächlicher Inzest in der Vorgeschichte bei histrionischen Patienten weitaus wahrscheinlicher. Solche Patienten wiederholen das ursprüngliche Trauma gegebenenfalls während ihres gesamten Erwachsenenlebens, indem sie sich Männer aussuchen, die aus irgendeinem Grund verboten sind, wie Therapeuten, verheiratete Männer oder Vorgesetzte. Sie versuchen unbewusst, ein passiv erlittenes Trauma aktiv zu bewältigen, indem sie es aktiv initiieren, statt sich passiv zu unterwerfen.

Bei hysterischen Patientinnen der höheren Stufe ist die Wahrscheinlichkeit einer Vorgeschichte offenen Inzests wesentlich geringer, sie können jedoch eine Beziehung zu ihrem Vater gehabt haben, die sie als besonders empfunden haben. Hysterische Patientinnen haben häufig Väter, die mit ihrer Frau

unzufrieden sind und sich der Patientin zugewandt haben, um die Erfüllung und Bestätigung zu finden, die in der Ehe nicht möglich ist. Solchen Patientinnen wird oft signalisiert, sie müssten ihrem Vater für immer treu bleiben, um ihn aus seiner unglücklichen Ehe zu retten. Väter äußern ihren Töchtern gegenüber in solchen Fällen häufig auf subtile Weise oder offen ihre Missbilligung über deren Interesse an anderen Männern. In dieser Situation befindet sich die hysterische Patientin im Bannkreis einer Dynamik, die der des Inzests ähnelt, nur eben in abgeschwächter Form. Diese Familienkonstellation führt häufig dazu, dass sie nicht in der Lage sind, sich aus der Abhängigkeit vom Vater zu lösen und ihr eigenes Leben zu leben.

## Behandlungsansätze

---

### Einzels psychotherapie

Patienten mit einer hysterischen Persönlichkeitsstörung sprechen in der Regel gut auf eine expressive Einzels psychotherapie oder eine Psychoanalyse an. Ich beschränke meine Ausführungen hier auf diese Patienten, da die für histrionische Patienten der unteren Stufe geeigneten Therapiestrategien ähnlich sind wie die für die bereits besprochene (siehe Kapitel 15) Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Allen 1977). Soweit erforderlich, nenne ich für die Behandlung histrionischer Persönlichkeitsstörungen erforderliche Änderungen der Technik.

Manche Patienten mit einer hysterischen Persönlichkeitsstörung zeigen diskrete Symptome wie eine sexuelle Dysfunktion, die meisten begeben sich jedoch in eine Psychotherapie, weil sie mit dem Muster ihrer Beziehungen insgesamt unzufrieden sind. Der Auslöser hierfür kann eine gescheiterte Ehe oder Liebesbeziehung sein. Gegebenenfalls haben sie ein vages Gefühl der Depression oder Angst, weil sie von ihrem aktuellen Partner enttäuscht sind (MacKinnon and Michels 1971). Anders als viele Patienten mit anderen zum Cluster A oder B des DSM IV TR gehörenden Persönlichkeitsstörungen gehen solche mit einer hysterischen Persönlichkeitsstörung bereitwillig eine Bindung zu ihrem Therapeuten ein und schließen schnell ein therapeutisches Bündnis, in dem der Therapeut als Helfer empfunden wird. Die Psychotherapie verläuft in der Regel gut, wenn der Therapeut einige allgemeine Grundsätze befolgt.

### *Grundsätze der Behandlungstechnik*

Eine Faustregel für die expressive Arbeit besteht darin, zunächst den Widerstand anzusprechen und erst dann eine Interpretation des tiefer liegenden Inhalts zu versuchen. Bei hysterischen Patienten bedeutet dieses Axiom, dass



sich der Therapeut zuerst mit ihrem kognitivem Stil beschäftigen muss, weil dieser so eng mit seinen Abwehrmechanismen zusammenhängt. Hysterische Patienten begeben sich häufig mit der unbewussten Erwartung in die Psychotherapie, der Therapeut müsse in der Lage sein, sie intuitiv, auf nonverbale Weise, und umfassend zu verstehen, ohne Einzelheiten ihres intrapsychischen Lebens zu erfahren (Allen 1977). Diese Erwartung hängt oft damit zusammen, dass sie wünschten, ihre Mutter und/oder ihr Vater hätte sie als Kind anerkannt und verstanden. Somit geht die Erwartung, gesehen, gehört und verstanden zu werden, mit einer Mischung aus Hoffnung und Enttäuschung einher (Riesenberg Malcolm 1996). Diese Patienten befürchten, der Therapeut könnte ihre Leistung abtun oder gering schätzen. In der Tat besteht eine häufige Gegenübertragungsreaktion auf übertriebene Gefühlsäußerungen gerade in dieser Art der Verachtung. Der Therapeut muss sich dessen bewusst sein, dass ihm durch diese übertriebenen Gefühlsäußerungen etwas Wichtiges mitgeteilt wird, und dass die überzogenen Gefühle auch ein Körnchen Wahrheit enthalten. Der Therapeut erhält eine verzweifelte Mitteilung im Sinne von „Bitte bemerken Sie mich! Bitte erkennen Sie meinen Schmerz!“

Auch wenn sich der Therapeut in die affektive Kommunikation einfühlt, muss er dem Patienten klar machen, dass er mehr Einzelheiten braucht, um ihn wirklich verstehen zu können. Dieser Ansatz ermutigt den Patienten, das, was er durch Gefühle ausdrückt, in Worte zu fassen. Dies wird durch sorgfältig vorbereitete Fragen erleichtert: Wovor hat der Patient Angst? Was will der Patient? Welche Konflikte hat der Patient? (Horowitz 1997) Der Therapeut kann auch versuchen, die Gefühle des Patienten aufgrund seiner Beobachtungen in Worte zu fassen. Diese externe Perspektive (Gabbard 1997) kann dem Patienten helfen, sich selbst besser zu beurteilen, indem er internalisiert, wie der Therapeut ihn sieht.

Im Inneren erlebt sich der hysterische Patient häufig als ein Blatt im Wind, das von starken Emotionen hin und her gerissen wird. Die Vorstellungen, die die einzelnen Gefühle miteinander verbinden, können völlig unterdrückt sein. Indem der Therapeut den Patienten drängt, die interne und externe Realität zu reflektieren und sich im Einzelnen mit ihr zu befassen, hilft er ihm, die gedanklichen Verbindungen zwischen den Gefühlen zu erfassen. Wie Allen (1977) festgestellt hat, besteht ein Teil dieses Prozesses darin, dem Patienten beizubringen, tiefer und aufrichtiger zu fühlen. Oberflächliche Gefühle wehren tiefer empfundene Affekte ab. Sobald sich die Toleranz des Patienten für diese tieferen Gefühlszustände erhöht, kann er sich auch besser mit Einzelheiten befassen (Horowitz 1977b).

Sowie hysterische Patienten ihre Gefühle, Einstellungen und gedanklichen Zustände identifizieren können, empfinden sie sich selbst eher als Handelnde in einer wirkungsvollen Interaktion mit der Umgebung denn als passive Opfer dieser Umgebung (Horowitz 1977b). Hysterische Patienten sehen oft lebhaft



visuelle Bilder und haben lebhaftes Fantasien, formulieren diese jedoch nicht in Worten, wenn der Therapeut ihnen nicht dabei hilft. Somit hilft der Therapeut ihnen, zu erkennen, was sie wollen und fühlen. Außerdem lernen die Patienten, dass es nicht gefährlich ist, bestimmte Gedanken oder Gefühle zu haben.

Wenn bedrohliche Gedanken und Gefühle aufkommen, äußern hysterische Patienten oft den Wunsch, so viel wie möglich über das Leben des Therapeuten zu erfahren. Da sie sehr leicht zu beeinflussen sind, werden sie sich, wenn der Therapeut ihnen viel über sein Leben und seine Überzeugungen mitteilt, sehr schnell ähnliche Merkmale zu eigen machen, um dem Therapeuten zu gefallen und dadurch der mühsamen Aufgabe der Beschäftigung mit ihren eigenen Gefühlen und Überzeugungen zu entgehen. Ebenso sollte es der Therapeut vermeiden, hysterischen Patienten zu viele Ratschläge zu geben, da sie lernen müssen, dass sie selbst über beträchtliche Ressourcen verfügen, mit denen sie ihre Probleme angehen können.

Patienten, die eine Langzeittherapie machen, werden feststellen, dass die Änderung ihres kognitiven Stils auch eine Änderung ihrer Objektbezogenheit bewirkt. Sowie sie anfangen, Einzelheiten in Bezug auf sich selbst und auf andere in interpersonellen Situationen mehr Beachtung zu schenken, entwickeln sie neue Muster der Wahrnehmung von Beziehungen (Horowitz 1977b). Statt sich stets als Opfer anderer zu sehen, beginnen sie zu verstehen, dass sie selbst aktiv an der Aufrechterhaltung bestimmter Muster der Beziehungen zu anderen beteiligt sind. Sie entwickeln die Fähigkeit, die tatsächlichen Fakten bezüglich einer interpersonellen Situation mit den inneren Mustern zu vergleichen, von denen externe Situationen häufig überlagert werden. Schließlich wird die für hysterische Patienten so typische Selbstrepräsentation als passives Kind durch eine reifere Repräsentation von Aktivität und Sexualität ersetzt. Für diese Veränderung braucht es jedoch oft Jahre, da die Patienten den Verlust des hysterischen kognitiven Stils häufig als Bedrohung für ihr Identitätsgefühl erleben.

Ein wichtiges Mittel zur Veränderung bei der Psychotherapie der hysterischen Persönlichkeitsstörung ist die Arbeit innerhalb der Übertragung. Die Probleme, auf die der Patient in seinen Beziehungen außerhalb der Therapie stößt, werden innerhalb der Übertragung reproduziert. Die Psychotherapie hysterischer Patienten kann erfolgreich und befriedigend sein, die falsche Handhabung der Übertragung, insbesondere der erotischen Übertragung, führt jedoch häufig zu ihrem Scheitern.

### *Handhabung der erotischen Übertragung*

Trotz der Intensität der erotischen Übertragung nicht nur bei hysterischen, sondern auch bei anderen Patienten, werden Therapeuten im Bereich der wirksamen und therapeutischen Handhabung von Übertragungsgefühlen nicht angemessen geschult. Eine Psychiaterin im Praktikum, die mit den sexuellen

Gefühlen eines Patienten ihr gegenüber zu kämpfen hatte, wandte sich mit dem Problem an ihren Psychotherapiesupervisor, einen Analytiker. Er kratzte sich am Kopf und sagte: „Ich weiß nicht, wie ihr Frauen mit diesem Problem umgeht.“ Psychotherapeutische Schulungsprogramme sind traditionell auf subtile (oder weniger subtile) Weise sexistisch. Da es in der Literatur von Freud bis zur Gegenwart in der überwiegenden Mehrzahl der Berichte über erotische Übertragung um Patientinnen geht, die sich in ihren männlichen Therapeuten oder Analytiker verliebt haben, haben männliche Supervisoren im Kreise ihrer männlichen Supervisanden aus Unachtsamkeit gelegentlich einer lässigen, abschätzigen Einstellung gegenüber Patientinnen mit einer erotischen Übertragung Vorschub geleistet. Ein Psychiater im Praktikum, der am Anfang seiner psychotherapeutischen Ausbildung stand, teilte seinem Supervisor mit, er wisse nicht, wie er sich gegenüber seiner ersten Psychotherapiepatientin verhalten solle. Der Supervisorklärte ihn auf: „Das ist ganz einfach. Wissen Sie, wie man eine Frau verführt?“ Dann zog der Supervisor eine Parallele zwischen dem „Festnageln“ von Patienten in der Therapie und der Verführung einer Frau. Diese unprofessionelle Einstellung ist typisch für eine bedauernswerte Tradition, nach der der Therapeut die erotische Übertragung „genießt“, statt sie zu analysieren und zu verstehen.

Da der Begriff großzügig zur Bezeichnung einer Reihe verschiedener Übertragungen verwendet wird, ist eine klare Definition des Phänomens für eine Besprechung seiner Handhabung unerlässlich. Person (1985) hat eine prägnante Definition formuliert, die sowohl auf die Psychotherapie als auch auf die Psychoanalyse zutrifft:

Der Begriff *erotische Übertragung* wird gleichbedeutend mit dem Terminus *Übertragungsliebe* verwendet. Er bezeichnet eine Mischung aus zärtlichen, erotischen und sexuellen Gefühlen, die Patienten und Patientinnen bei der Übertragung gegenüber dem Analytiker empfinden, die als solche einen positiven Teil der Übertragung darstellen. Sexuelle Übertragung alleine ist eine unvollständige erotische Übertragung, die nicht voll ausgeprägt ist oder nicht vollständig erlebt wird. (S. 16)

Bei hysterischen Patienten entwickelt sich die erotische Übertragung gewöhnlich nach und nach und in Begleitung beträchtlicher Scham und Verlegenheit. Sexuelles Verlangen gegenüber dem Therapeuten wird häufig als ichdyston erlebt, und der Patient weiß, dass die Erfüllung dieser Wünsche unangemessen wäre.

Histrionische und Borderline-Patienten können eine Unterart der erotischen Übertragung zeigen, die häufig als *erotisierte Übertragung* bezeichnet wird (Blum 1973). Im Gegensatz zur gewöhnlichen Übertragungsliebe fordert der Patient bei erotisierter Übertragung beharrlich und auf ichsyntone Weise sexuelle Befriedigung. Wegen der Ichschädigung bei diesen Patienten sind ihre

innere und äußere Realität verschwommen, und sie betrachten den Vollzug der Sexualität mit ihrem Therapeuten als vernünftig und wünschenswert. Der Umstand, dass sie sich scheinbar nicht im Klaren über die Überschreitung symbolisch inzestuöser Grenzen sind, kann die Folge einer Viktimisierung in der Kindheit durch eine tatsächliche sexuelle Verführung durch die Eltern oder Elternfiguren sein (Blum 1973; Kumin 1985–1986).

Da Abwesenheit bei hysterischen Patienten erotisiert wird, ist die Psychotherapie eine von vorneherein stimulierende Situation. Das Fehlen körperlicher Intimität in der therapeutischen Situation, gepaart mit der wiederholten Trennung am Ende jeder Sitzung, bedeutet für viele hysterische Patienten eine permanente Stimulierung. Bei manchen kann sogar das entstehen, was Bollas (2000) als Übertragungsabhängigkeit bezeichnet hat, weil die Therapie als exklusive Beziehung erlebt wird. Diese Patienten wünschen sich gegebenenfalls, dass die Therapie ewig dauert, und haben kein Interesse daran, sie zu beenden. Selbstverständlich werden sie in ihrem Therapeuten ein potenzielles „Hofobjekt“ sehen, für das sie zum Objekt der Begierde werden können. Deshalb erwarten sie, dass er von ihnen verzaubert und hingerissen ist, und scheuen in Bezug auf Kleidung und Verhalten keine Mühe, um dieses Ziel zu erreichen.

Das Spektrum der Übertragungen, das von der erotischen zur erotisierten reicht, hat Person (1985) treffend „sowohl eine Goldmine als auch ein Minenfeld“ (S. 163) genannt. Diese Übertragungen können den Weg für ein verheerendes Ausleben von Gegenübertragungen ebnen. Sex zwischen Therapeut und Patient hat dem Ruf des Berufsstandes der Psychologen und Psychotherapeuten sehr geschadet, die Karrieren zahlreicher Psychotherapeuten zerstört und den Patienten, die die Opfer solcher Handlungen waren, schweren psychologischen Schaden zugefügt (Gabbard 1989; Gabbard and Lester 2003; Pope and Bouhoutsos 1986). Erhebungen haben gezeigt, dass sich bis zu 10 % aller männlichen Therapeuten zu einem solchen Verhalten haben hinreißen lassen, sodass es nicht als gelegentliche Verirrung abgetan werden kann, die ausschließlich bei schwer gestörten Therapeuten vorkommt. Viele dieser unglückseligen Therapeuten scheinen sowohl Heilung für sich selbst zu suchen als auch verzweifelt zu versuchen, ihre Patienten zu heilen (Twemlow and Gabbard 1989).

Der „Goldminen“-Aspekt erotischer Übertragungen besteht darin, dass sie dem Therapeuten in der Gegenwart der Übertragungsbeziehung eine Live-Zusammenfassung einer früheren Beziehung liefern. Solche Patienten zeigen ihrem Therapeuten, womit sie zu ähnlichen Beziehungen außerhalb der Therapie beitragen. Auf diese Weise können die Probleme des Patienten mit Liebe und Sexualität untersucht und verstanden werden, während sie sich in einer sicheren Beziehung zeigen, in der der Patient nicht ausgebeutet oder missbraucht wird. Um das Gold der Erfahrung zu fördern, ohne durch das Minenfeld vernichtet zu werden, müssen Therapeuten vier Grundsätze der

---

**TABELLE 18-3.** Handhabung der erotischen Übertragung in der Therapie

---

1. Prüfen der Gegenübertragungsgefühle
  2. Akzeptieren erotischer Übertragung auf nicht ausbeuterische Art und Weise als wichtiges therapeutisches Material, das es zu verstehen gilt
  3. Beurteilung der vielfältigen Bedeutungen der Übertragung in ihrer Funktion als Widerstand gegen eine Vertiefung des therapeutischen Prozesses
  4. Interpretation der Verbindungen zwischen Übertragung und gegenwärtiger wie früherer Beziehungen
- 

Behandlungstechnik beachten (Tabelle 18-3). Obwohl es in der Art, in der die erotische Übertragung zum Ausdruck gebracht wird, je nach dem Geschlecht des Patienten eindeutig Unterschiede gibt, bespreche ich zunächst die Handhabung der erotischen Übertragung im Allgemeinen und wende mich dann den geschlechtsabhängigen Aspekten des Phänomens zu.

**Prüfen der Gegenübertragungsgefühle.** Die Gegenübertragungsreaktionen des Therapeuten auf die erotische Übertragung des Patienten können im engen Sinne in Form des Wachrufens der Erinnerung an eine frühere Beziehung des Therapeuten, im weiten Sinne als Identifikation mit einem projizierten Aspekt des Patienten oder als Mischung der beiden erfolgen (Kumin 1985–1986; Sandler 1976). Obwohl der Patient durchaus ein verbotenes, aber sexuell erregendes Objekt aus der Vergangenheit des Therapeuten repräsentieren kann, kann das Verlangen des Therapeuten gegenüber dem Patienten auch mit dem tatsächlichen inzestuösen Verlangen einer Elternfigur aus dessen ödipaler Phase verbunden sein. Deshalb besteht der erste Schritt der Prüfung der Gegenübertragung, der Einhaltung der in der dynamischen Psychiatrie üblichen Praxis, für den Therapeuten darin, das relative Gewicht seines eigenen Beitrags im Vergleich zu dem des Patienten zu beurteilen. Therapeuten, die ohne persönliche Behandlungserfahrung versuchen, die erotische Übertragung in einer intensiven Psychotherapie zu handhaben, sind hierbei jedoch deutlich im Nachteil.

Mehrere häufige Gegenübertragungsmuster hängen mit der erotischen Übertragung zusammen. Das erste, das bei Krankenhauspsychiatern, die attraktive Patientinnen behandeln, häufig ist, besteht darin, eine erotische Übertragung wahrzunehmen, wo keine vorliegt. Männliche Therapeuten reagieren zum Beispiel auf ihre eigene sexuelle Erregung, indem sie sie projektiv leugnen und bei ihren Patientinnen entdecken, die sie als „verführerisch“ bezeichnen. In solchen Fällen kann der Krankenhauspsychiater, wenn er nach Einzelheiten gefragt wird, die zeigen, inwiefern die Patientin seiner Meinung nach verführerisch oder sexuell an ihm interessiert ist, häufig keine

überzeugenden Beweise anführen. Wegen der Ängste bezüglich seiner eigenen sexuellen Gefühle hat er diese unterdrückt, ebenso wie die hysterische Patientin versucht, ihre sexuellen Gefühle zu unterdrücken. Auch wenn diese Unterdrückung schlicht die Angst des Anfängers davor sein kann, in der Psychotherapie sexuelle Gefühle zu entwickeln, kann es sich auch um die Wiederholung der Reaktion des Vaters der Patientin auf sein sexuelles Verlangen gegenüber seiner Tochter handeln (Gorkin 1985).

Eine andere Möglichkeit ist, dass der Umstand, dass der Therapeut seine sexuellen Gefühle gegenüber dem Patienten leugnet, diesen auf subtile Weise zu einer erotischen Übertragung veranlasst. In der konstruktivistischen Sichtweise wird der kontinuierliche Einfluss der Subjektivität des Therapeuten auf die Übertragung des Patienten betont. Insbesondere eine erotische Übertragung kann auf einen bedeutenden Beitrag seitens des Therapeuten hindeuten (Gabbard 1996). Solche Beiträge können aus verschiedenen Faktoren, einschließlich der Erwartungen, der Bedürfnisse, des theoretischen Standpunktes, der Gegenübertragung des Therapeuten, und sogar aus alltäglichen Elementen wie Geschlecht, körperliche Erscheinung und Alter des Therapeuten resultieren. All diese Faktoren können eine Rolle dabei spielen, wie der Patient den Therapeuten sieht, und durch ständige Selbstprüfung kann der Therapeut leichter ermitteln, was vom Patienten kommt und was auf seinen Einfluss auf den Patienten zurückzuführen ist. Patienten mit einer hysterischen oder histrionischen Persönlichkeit sind sehr leicht zu beeinflussen, und wenn sie meinen, der Therapeut wolle, dass sie sich bei der Übertragung verlieben, tun sie das bereitwillig.

Eine zweite häufige Gegenübertragung ist kühle Zurückhaltung als Reaktion darauf, dass der Patient zugibt, dass er erotisches Verlangen für den Therapeuten empfindet (MacKinnon and Michels 1971). Um sexuelle Gegenübertragungsreaktionen auf die Gefühle des Patienten zu kontrollieren, wird der Therapeut möglicherweise stiller, weniger empathisch und distanzierter. Alle Emotionen einzuschränken, kann ihm helfen, die Kontrolle über als bedrohlich empfundene sexuelle Impulse zu behalten.

Eine dritte häufige Gegenübertragungsreaktion ist die Angst davor, dass sexuelle Gefühle – des Patienten oder des Therapeuten – außer Kontrolle geraten könnten. Diese Angst kann dazu führen, dass der Therapeut das Gespräch bei Ausdrücken von Liebe oder sexueller Erregung seitens des Patienten auf ein anderes Thema lenkt oder solche Gefühle vorzeitig als „Widerstand“, als Abweichung von der therapeutischen Aufgabe wertet. Wenn ein männlicher Therapeut seiner Patientin auf unangemessene Weise mitteilt, er werde nicht zulassen, dass die Therapie durch ihre Gefühle für ihn auf eine andere Bahn gelenkt wird, zwingt er sie, bei den Problemen außerhalb der Therapie zu bleiben, deretwegen sie sich in Behandlung begeben hat. Solche ängstlichen Bemühungen, erotische Übertragungsgefühle zu eliminieren, können Patienten den Eindruck vermitteln, sexuelle Gefühle seien inakzeptabel und

möglicherweise abstoßend, was häufig der Ansicht dieser Patienten entspricht. Die tiefer liegende Abscheu des Therapeuten selbst hängt mit der verdeckten Botschaft der intensiven erotischen Übertragung zusammen, dass die Therapie nutzlos ist – dass nur Sex oder „Liebe“ heilen kann (Gorkin 1985).

Beim vierten Gegenübertragungsmuster, das sich als kniffliger erweisen kann als die übrigen, begünstigt und fördert der Therapeut erotische Gefühle um seiner eigenen Genugtuung willen. Therapeuten, die voyeuristische Freude empfinden, während sie sich die Einzelheiten der sexuellen Fantasien ihrer Patienten anhören, haben diesen Beruf möglicherweise deshalb gewählt, weil sie sich danach sehnen, idealisiert und geliebt zu werden. Hinter diesem Wunsch verbirgt sich eventuell auch die sadistische Freude daran, vergebliche sexuelle Wünsche bei ihren Patienten auszulösen. Dieses Muster kann häufig auf Interaktionen in der Kindheit dieser Therapeuten zurückgeführt werden, in denen sie das Gefühl hatten, der Elternteil des anderen Geschlechts habe sie nur erregt, um sie zu frustrieren. Möglicherweise versuchen sie, diese Situation aus ihrer Kindheit durch ihre Tätigkeit als Psychotherapeuten umzukehren. Deshalb müssen sich Therapeuten ihrer eigenen Wünsche in der therapeutischen Beziehung bewusst sein. Wie Kumin (1985–1986) gesagt hat: „Sowohl die Fähigkeit als auch die Unfähigkeit des Analytikers, die Wünsche des Patienten bei der Übertragung präzise zu interpretieren, erfordert nicht nur die Einschätzung dessen, was und wen der Patient will, sondern auch dessen, was und wen der Analytiker will“ (S. 13). Kumin meinte außerdem, das Verlangen des Therapeuten gegenüber dem Patienten könne einen stärkeren Widerstand darstellen als das Verlangen des Patienten gegenüber dem Therapeuten. Zahlreiche Psychotherapieprozesse sind im Stadium der intensiven erotischen Übertragung zum Stillstand gekommen, weil der Therapeut zu sehr damit beschäftigt war, sich im Glanz sexueller Gefühle zu sonnen.

**Akzeptieren erotischer Übertragung auf nicht ausbeuterische Art und Weise als wichtiges therapeutisches Material, das es zu verstehen gilt.** Der Therapeut möchte dem Patienten zu verstehen geben, dass sexuelle Gefühle oder Zuneigung akzeptable Aspekte der therapeutischen Erfahrung sind. Er macht zum Beispiel eine belehrende Bemerkung wie: „Bei der Psychotherapie werden Sie wahrscheinlich eine Vielfalt von Gefühlen – Hass, Liebe, Neid, sexuelle Erregung, Angst, Wut und Freude – erleben, die alle geeignete Diskussionsthemen und Träger wichtiger Informationen für die Therapie sind und als solche bearbeitet werden müssen.“ Auch wenn es zutrifft, dass die erotische Übertragung verhindern kann, dass in der Therapie andere Themen zur Sprache kommen, ist es gewöhnlich ein technischer Fehler, solche Gefühle sofort als Widerstand zu deuten. Damit man verstehen kann, was eine Wiederholung aus der Vergangenheit ist, muss man zulassen, dass sich die erotische Übertragung voll entfaltet.

Freud (1914/1958) benutzte das Wort *ausleben* erstmals, um zu umschreiben, dass ein Patient etwas aus der Vergangenheit durch Handlungen wiederholt, statt sich daran zu erinnern und es in Worte zu fassen. Man kann den Patienten sagen, dass die Gefühle, die sie in der Therapie entwickeln, wichtige Informationen über ihre Gefühle in anderen, früheren wie aktuellen, Beziehungen liefern. Wenn ein Patient darauf besteht, dass seine Übertragungswünsche erfüllt werden, kann der Therapeut ihn darauf hinweisen, dass die Nichterfüllung dieser Wünsche zu einem besseren Verständnis dessen führen kann, was in anderen Beziehungen geschieht. Der Therapeut sollte sich vor Augen halten, dass eine erotische Übertragung für den Patienten äußerst unangenehm sein kann (ebenso wie für den Therapeuten), nicht nur wegen der aus ihr resultierenden Frustration, sondern auch, weil sie peinlich sein kann. Der Therapeut kann dem Patienten auf empathische Weise mitteilen, dass er seine Scham versteht: „Ich weiß, dass es für Sie schwierig und schmerzhaft ist, dass sie diese Gefühle haben, die nicht erwidert werden können, aber wenn wir ihnen gemeinsam auf den Grund gehen, können wir vielleicht erreichen, dass Sie die Probleme, deretwegen Sie hier sind, besser verstehen.“

**Beurteilung der vielfältigen Bedeutungen der Übertragung in ihrer Funktion als Widerstand gegen eine Vertiefung des therapeutischen Prozesses.** Die erotische Übertragung ist in dem Sinne ein Widerstand, dass der Patient etwas wiederholt, statt sich daran zu erinnern und es in Worte zu fassen. Widerstand sollte jedoch nicht „als etwas Schlechtes, das sofort beseitigt werden muss“ betrachtet werden, wie es Therapeuten am Anfang ihrer Praxis oft tun. Wie soeben dargelegt, ist die erotische Übertragung auch eine wichtige Mitteilung, die es zu verstehen gilt. Wie viele andere seelische Phänomene wird sie durch das Prinzip der vielfältigen Funktion bestimmt. Sie sollte nicht einfach für bare Münze genommen werden, sondern mittels der Assoziationen, der Träume und der Erinnerungen des Patienten auf all ihre vielen Bedeutungen hin untersucht werden, von denen einige unbewusst sein können. Im Kontext der Psychotherapie besteht eine beträchtliche Veränderlichkeit der geschlechtlichen und sexuellen Orientierung (Gabbard and Wilkinson 1996). So kann beispielsweise die erotische Übertragung auf eine weibliche Therapeutin passives homosexuelles Begehren repräsentieren, obwohl die Therapeutin dem anderen Geschlecht angehört (Torrás de Bea 1987). Da die erotische Übertragung auch im Hinblick auf ihre Funktion an einem bestimmten Punkt der Therapie verstanden werden muss, muss der Therapeut feststellen, was ihrer Entstehung vorausgegangen ist und was ihrer Blüte folgt.

Ein Patient teilte seinem männlichen Therapeuten zu Beginn der Therapiesitzung mit, die Erklärung des Therapeuten in der vorangegangenen Sitzung habe ihm enorm geholfen. Nachdem er erläutert hatte, wie hilfreich die Deutung des Therapeuten für ihn am Arbeitsplatz gewesen war, widersprach er dem, was er gerade gesagt



hatte, indem er erklärte, seine Beziehungen verschlechterten sich. In seinen weiteren Ausführungen offenbarte er, dass er sexuelle Fantasien über den Therapeuten gehabt habe und davon überzeugt sei, dass der Therapeut ihm nur helfen könne, indem er in sein Rektum ejakulierte, damit er sich männlicher fühle. Der Therapeut wies den Patienten darauf hin, dass er die Hilfe, die die in der vorangegangenen Sitzung gewonnenen Einsichten bedeuteten, abwerte, indem er an der magischen Vorstellung festhalte, dass ihm nur eine sexuelle Beziehung helfen könne. Der Patient gab zu, die vom Therapeuten erhaltene Hilfe abwerten zu müssen, da er sich dem Therapeuten, der, wie er sagte, „auf dem Olymp“ stehe, so unterlegen fühle. Daraufhin erklärte der Therapeut, dass sich der Neid des Patienten durch die erhaltene Hilfe verstärkt habe und er deshalb die Übertragung sexualisiert habe, um die Hilfe abzuwerten. (Wenn die Erklärungen des Therapeuten nicht besonders wirksam oder nützlich waren, gibt es weniger, um das man ihn beneiden kann.) Darauf erwiderte der Patient, das befreiende Gefühl, Hilfe erhalten zu haben, habe sich mit dem Gefühl der Demütigung abgewechselt, weil er hatte zugeben müssen, dass der Therapeut etwas weiß, was er selbst nicht weiß, und deshalb habe er sich schwach gefühlt.

In diesem Fall diene die erotische Übertragung des Patienten dazu, seinen Neid auf die Kompetenz des Therapeuten abzuwehren, indem er sie abwertete. Die Sexualisierung der Übertragung kann auch als Abwehrmechanismus gegen andere Gefühle eingesetzt werden.

Ein Patient traf seine Therapeutin zum letzten Mal, bevor sie mit der Beendigung ihres Krankenhauspraktikums abreiste. Er erzählte ihr, er habe am Abend zuvor einen Film gesehen, in dem eine Psychiaterin einen ihrer männlichen Patienten geküsst habe. Für ihn habe es so ausgesehen, dass die Zuneigung der Psychiaterin dem Patienten gut getan habe, und er fragte seine Psychiaterin, ob sie dasselbe mit ihm tun würde. Nachdem sie zunächst mit Angst reagiert hatte, fragte die Therapeutin, ob die überraschende Anfrage eventuell mit dem Ende der Therapie zu tun haben könnte. Der Patient erwiderte, daran wolle er am liebsten gar nicht denken. Die Therapeutin erklärte dem Patienten, dass sein Wunsch, die Beziehung zu sexualisieren, möglicherweise eine Abwehrreaktion gegen die Trauer wegen der Beendigung der Therapie sei.

Die Sexualisierung des Endes einer Beziehung kommt häufig vor (in der Therapie und im Leben überhaupt). Sie dient dazu, die Trauer über den Verlust einer wichtigen Person zu vermeiden. Im obigen Auszug diene der Wunsch des Patienten nach einer körperlichen Beziehung zu seiner Therapeutin auch dazu, die Endgültigkeit des Endes zu leugnen: Ein Kuss könnte statt eines Endes einen Anfang bedeuten. Tatsächlich erfolgen Überschreitungen der sexuellen Grenzen zwischen Therapeut und Patient oftmals gegen Ende der Behandlung (Gabbard and Lester 2003). Sexualisierung kann ein manischer Abwehrmechanismus



gegen einen Verlust sein, die zu einem Leugnen durch beide Beteiligten der therapeutischen Dyade führt.

Therapeuten, die Übertragungsliebe als normale und verständliche Reaktion auf ihre enorme sexuelle Anziehungskraft betrachten, übersehen die dunkle Seite der erotischen Übertragung. Dieses Dilemma veranschaulicht eine der vielen Geschichten, die über Dr. Karl Menninger erzählt werden:

Eine leicht depressive und hysterische 40 jährige Frau wurde in der Menninger Clinic über ein Jahr lang stationär behandelt, ohne dass eine nennenswerte Veränderung ihres Zustands eintrat. Sie hatte eine intensive und unlösbare erotische Übertragung gegenüber ihrem männlichen Psychotherapeuten entwickelt. Da die Therapie zum Stillstand gekommen war, wurde Dr. Menninger als Berater hinzugezogen. Während des gesamten Interviews kam die Patientin wiederholt auf ihre große Liebe zu ihrem Therapeuten zu sprechen. Nachdem er sich ihre Liebesbeteuerungen mehrere Minuten lang angehört hatte, sagte Dr. Menninger angeblich: „Sie wissen sicher, dass sich Ihr Zustand um seinetwillen bessern würde, wenn Sie ihn wirklich lieben würden.“

Dr. Menninger hatte die Feindseligkeit angesprochen, die sich häufig unter der Oberfläche der Übertragungsliebe des Patienten verbirgt. Erotische Übertragungen verschleiern oftmals beträchtliche Aggressionen und einen beträchtlichen Sadismus, was sogar so weit gehen kann, dass eine erotische Übertragung als eine Form der negativen Übertragung zu werten ist (Kumin 1985–1986). Bei der näheren Untersuchung von Übertragungswünschen stellt sich oft heraus, dass es sich um den Wunsch handelt, den Therapeuten zu verletzen, in Verlegenheit zu bringen oder zu vernichten. Wenn ein Patient die Überschreitung sexueller Grenzen fordert, kann das, besonders im Falle der für histrionische und Borderline-Patienten typischen erotisierten Variante, für den Therapeuten so quälend sein, dass ihm vor jeder Sitzung graut. Er hat gegebenenfalls das Gefühl, benutzt und zu einem Objekt zur Erfüllung von Bedürfnissen gemacht zu werden, dessen einzige Funktion darin besteht, den unangemessenen Forderungen des Patienten zu entsprechen (Frayn and Silberfeld 1986).

Frau KK war eine 24 jährige homosexuelle histrionische Patientin mit einer Ichorganisation auf Borderline-Niveau, die von ihren männlichen Verwandten sexuell missbraucht worden war. Sie entwickelte praktisch sofort eine intensive erotisierte Übertragung gegenüber ihrer Therapeutin. Während der Sitzungen flirtete sie auf herausfordernde Weise mit der Therapeutin, indem sie deren Fuß leicht mit ihrem berührte und sie fragte: „Macht Sie das nervös?“ Frau KK behauptete standhaft, ihre Therapeutin könne sie nur kennenlernen, wenn sie mit ihr schlafe. Außerdem wollte sie wissen, welche sexuelle Orientierung

die Therapeutin habe. Obwohl die Therapeutin dem Wunsch der Patientin, ihre professionelle Beziehung durch die Umwandlung in eine sexuelle zu zerstören, nicht nachkam, versuchte die Patientin auch weiterhin, sie zu verführen. Sie gab regelmäßig explizite sexuelle Fantasien über ihre Therapeutin wieder:

„Ich streichele Ihren Körper – Ihren Rücken, Ihre Hüften, Ihre Oberschenkel. Mit meiner Hand streiche ich sanft und schnell über Ihre Muschi. Sie stöhnen leise und packen mich fester am Rücken. Ich küsse Sie und flüstere Ihnen leise ins Ohr, dass ich mit Ihnen schlafen werde. Ich massiere sanft Ihre Brüste und küsse sie. Ich küsse Sie auf den Bauch und nähere mich Ihrer Muschi. Ich küsse die Innenseiten Ihrer Schenkel, während ich mit meiner Zunge Ihre Klitoris streichele. Ich küsse und sauge weiter und liebe Sie mit meiner Zunge. Sie stöhnen vor Lust, wenn Sie einen Orgasmus haben. Ich küsse wieder Ihre Schenkel und drücke sachte Ihre Brüste zusammen und lasse meine Finger bis zu Ihren Hüften nach unten gleiten. Ich lecke wieder an Ihrer Klitoris und stecke meine Zunge in Sie. Dann lecke und sauge ich an Ihrer Klitoris, und dabei führe ich Ihnen sanft erst einen und dann zwei Finger ein. Sie haben einen langen, mehrfachen und befriedigenden Orgasmus, und danach streichen Sie mir über das Haar, und ich küsse sanft Ihre Muschi.“

Natürlich fühlte sich die Therapeutin angesichts solcher Fantasien unbehaglich und so, als würde sie kontrolliert. Wenn sie die Patientin bei der Beschreibung ihrer Fantasien unterbrach, hatte sie das Gefühl, sie zeige ihr Unbehagen und ihre Missbilligung über die Übertragungsgefühle der Patientin. Wenn sie schwieg, hatte sie das Gefühl, sie beteilige sich an dem exhibitionistisch-voyeuristischen Spiel.

Schließlich gab die Patientin einige ihrer tiefer liegenden Aggressionen zu, die als erotisierte Übertragung getarnt waren. Ihrer Therapeutin erklärte sie: „Wissen Sie, ich bin mir bewusst, dass ich Ihnen immer noch auf die Nerven gehen will. Sie wahrscheinlich zwingen will, mich abzuweisen. Mich zu hassen. Gelingt mir das? Eigentlich will ich, dass Sie mich mögen. Aber seit ich weiß, dass das nicht infrage kommt, vertreibe ich Sie eben. Scheiße, was? Wissen Sie, ich sehe zwei Möglichkeiten für unsere Beziehung: Entweder wir ficken, oder ich Sorge dafür, dass Sie mich hassen.“

Im Großen und Ganzen hatte Frau KK die Therapeutin gelähmt; diese empfand sich als grausam und sadistisch, weil sie die Wünsche ihrer Patientin nicht erfüllte. In einer Konsultation erkannte die Therapeutin, dass sie durch einen projektiven Identifikationsprozess kontrolliert wurde, wodurch die normalen professionellen Grenzen der Psychotherapie erbarmungslos und sinnlos erschienen. Mit anderen Worten, die Patientin hatte ein kaltes, vorenthaltendes Objekt aus ihrer Vergangenheit auf die Therapeutin projiziert, die sich unbewusst mit dieser Projektion identifiziert hatte. Außerdem hatte der Umstand, dass sie wütend auf die Patientin war, weil diese ständig die Kontrolle über die Therapie übernahm, dazu beigetragen, dass sie alle möglichen Maßnahmen als kalt und erbarmungslos empfunden hatte.

Im weiteren Verlauf der Psychotherapie stellte sich heraus, dass die offenen sexuellen Wünsche nur die Spitze des Eisbergs waren. In einer Sitzung berichtete Frau KK über ein Traum, in dem sie sich in einem Hightechbüro befand. Dort stand eine Maschine, die ihre Gedanken übersetzen konnte, sodass sie sie ihrer Therapeutin nicht mitzuteilen brauchte. Als sie ihre Assoziationen zu diesem Traum schilderte, gab sie zu, dass ihr Verlangen nach der Therapeutin eigentlich kein sexuelles war, sondern der Wunsch, die Therapeutin möge sie genau kennen. Die Therapeutin konnte der Patientin schließlich klarmachen, dass ihr Wunsch nach Sex eigentlich ein Wunsch nach Verschmelzung war – dass sie sich wünschte, die Therapeutin wüsste, was sie dachte, ohne dass sie ihre Gedanken zu artikulieren brauchte. Das regressive Verlangen nach einer Rückkehr zum symbiotischen Zustand zwischen Mutter und Säugling spielt häufig eine wichtige Rolle bei der erotischen oder erotisierten Übertragung zwischen Patientin und Therapeutin. Der sexualisierte Wunsch scheint besser zu sein als der bedrohlichere Wunsch nach Verschmelzung.

**Interpretation der Verbindungen zwischen Übertragung und gegenwärtiger wie früherer Beziehungen.** Die korrekte Interpretation der erotischen Übertragung verringert häufig das Verlangen und den Widerstand, die die Übertragungsliebe birgt (Kumin 1985–1986). Um eine verfrühte Interpretation zu vermeiden, muss der Therapeut die Interpretation möglicherweise zunächst nur für sich formulieren, um die Handhabung von Gegenübertragungswünschen zu erleichtern, noch bevor er dem Patienten die Interpretation mitteilt. Wann der richtige Zeitpunkt für die Interpretation von Übertragungen gekommen ist, ist Ansichtssache. Auf jeden Fall zu vermeiden ist eine Interpretation, bevor die tiefer liegenden Zusammenhänge mit früheren Beziehungen und aktuellen Beziehungen außerhalb der Übertragung nahezu bewusst geworden sind. Der Therapeut kann das in Kapitel 4 beschriebene Dreieck der Einsicht verwenden, um Verbindungen zwischen den Übertragungsgefühlen und früheren Beziehungen sowie zwischen Übertragungsbeziehungen und aktuellen Beziehungen außerhalb der Übertragung herzustellen. Indem er darauf hinweist, dass Übertragungsliebe die Wiederholung von etwas aus der Vergangenheit ist, und den Patienten fragt, ob ihn die Situation an frühere Situationen erinnert, kann der Therapeut den Grundstein für interpretative Maßnahmen legen. Dabei ist jedoch ein wichtiger Aspekt zu beachten: Der Therapeut sollte einem Patienten mit einer hysterischen Persönlichkeitsstörung normalerweise nicht sagen, dass seine Liebe zu ihm „nicht echt“ ist. Aus der Sicht des Patienten ist sie nämlich absolut echt. Es ist viel besser – und einfühlsamer –, dem Patienten dazu zu verhelfen, dass er versteht, dass seine Liebe zum Therapeuten sowohl echt als, insofern, als sie zum Teil aus für Objekte aus der Vergangenheit empfundenen Gefühlen resultiert, auch fehl am Platze ist (Gabbard 1996).

Die folgende Niederschrift einer Psychotherapiesitzung soll einige der technischen Ansätze für die Interpretation erotischer Übertragungen veranschaulichen.

Frau LL war eine 26 jährige verheiratete Patientin, bei der eine hysterische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden war. Sie besuchte zweimal pro Woche expressiv-supportive Psychotherapiesitzungen mit expressivem Schwerpunkt bei einem männlichen Therapeuten. Zu Beginn der Psychotherapie klagte sie über Anorgasmie, Kopfschmerzen, ständige Eheprobleme, Angst davor, „auf eigenen Füßen zu stehen“, das Gefühl, nicht geliebt zu werden und unerwünscht zu sein, und die allgemeine Sorge, zu abhängig zu sein. Als sie bereits eineinhalb Jahre in Behandlung war, kam es in einer Sitzung zu folgendem Dialog:

FRAU LL: Mein Mann und ich kommen nicht gut miteinander aus. Wir sehen uns nicht oft, und wenn, dann streiten wir. Heute wollte ich Sie wieder zu meinem Kumpel machen, aber als ich reinkam, hat sich etwas verändert. Ich weiß nicht, was ich heute sagen soll. Ich möchte furchtbar wütend auf Sie werden, aber ich weiß nicht, warum. Wahrscheinlich, weil ich Aufmerksamkeit brauche, und von meinem Mann keine kriege. Wenn ich nichts zu sagen habe, liegt das normalerweise daran, dass ich Gefühle für Sie habe – ich hatte Schmetterlinge im Bauch, als ich das gerade gesagt habe. Wenn ich hier drin bin, habe ich zwei Arten von Gefühlen. Das eine ist, wenn ich finde, dass Sie wie mein Vater sind, und ich möchte, dass Sie mich sanft in den Arm nehmen und mir den Rücken tätscheln. Das andere ist, wenn ich möchte, dass Sie mich ganz fest halten ... (*Die Patientin verstummt.*)

THERAPEUT: Sie hatten gerade ein Gefühl und haben deshalb mitten im Satz abgebrochen. Was war das?

FRAU LL: Das will ich nicht sagen. Es ist lächerlich. (*Sehr zögerlich:*) Ich kann nicht einfach hier reinkommen ... Sie ansehen ... und denken: „Ich will mit Ihnen schlafen.“ Das kann ich doch nicht fühlen. Das bin nicht ich.

THERAPEUT: Finden Sie den Gedanken, dass sie sexuelle Gefühle haben könnten, so inakzeptabel, dass Sie diese Gefühle nicht als Ihre eigenen annehmen können?

FRAU LL: Ich bin einfach nicht so. Nicht mal mit meinem Mann. Mein Unterbewusstsein will sich an Sie klammern und Sie fest umarmen, aber mein Kopf will, dass ich so tue, als hätte ich keine Gefühle. Ich hätte lieber wieder das Gefühl, dass Sie wie mein Vater sind und ich ein Rückentätscheln brauche.

THERAPEUT: Sie finden es besonders inakzeptabel, dass Sie sexuelle Gefühle für jemanden haben, den Sie auch als Vater betrachten. Ist so etwas vielleicht auch in Ihrer Beziehung zu ihrem Vater vorgekommen, als sei ein kleines Mädchen waren?

FRAU LL: Ich war immer etwas ganz Besonderes für meinen Vater. Als er mich bei meiner Hochzeit den Gang entlang geleitet und dann

losgelassen hat, hat er gesagt, dass ich von seinen drei Töchtern schon immer seine Lieblingstochter war. Ich sollte das alles nicht sagen. Ich muss rausgehen und zu meinem Mann ins Auto steigen und den Abend mit ihm verbringen, aber meine Gedanken sind bei Ihnen.

THERAPEUT: Das hört sich so an, als gäbe es eine Ähnlichkeit zwischen Ihrer Bindung an mich und Ihrer Bindung an Ihren Vater, durch die es Ihnen schwerfällt, Gefühle für Ihren Mann aufzubringen.

In diesem Auszug stellt der Therapeut eine Verbindung zwischen der erotischen Übertragung der Patientin und ihren Gefühlen für ihren Vater her. Sexuelle Gefühle sind in beiden Beziehungen verboten, weil diese ihrer Meinung nach nicht mit dem väterlichen Bild zu vereinbaren sind, das sie von ihrem Therapeuten und von ihrem Vater hat. Nachdem er die Übertragungsgefühle mit der früheren Beziehung der Patientin zu ihrem Vater in Zusammenhang gebracht hat, verbindet der Therapeut diese Wünsche mit den Problemen, die sie mit ihrem Mann hat, also mit einer aktuellen Beziehung außerhalb der Übertragung.

Diese vier Grundsätze der Behandlungstechnik können dem Psychotherapeuten die Behandlung von Patienten erleichtern, die mit erotischer Übertragung zu kämpfen haben. Die Einhaltung dieser Grundsätze erfordert jedoch ein rationales, vernünftiges Denken. Wie Dichter schon lange wissen, trübt Leidenschaft das Urteilsvermögen. Es liegt in der Natur der Sache, dass Gefühle von Liebe und/oder Lust sowohl den Patienten als auch den Therapeuten zu Handlungen verleiten können (Gabbard 1994). Mit anderen Worten, bei beiden kann es durchaus vorkommen, dass sie sich des Übertragungs- und Gegenübertragungscharakters der Gefühle nicht mehr bewusst sind, weil diese so real und unwiderstehlich zu sein scheinen. Der Therapeut muss sorgfältig darauf achten, ob er von seiner üblichen Praxis abweicht, um ein etwaiges Ausleben von Gegenübertragungen zu bemerken. Besonders hilfreich sind dabei folgende Warnzeichen einer Grenzüberschreitung (Gabbard 2003): Sitzungen dauern länger als gewöhnlich; der Therapeut reduziert das Honorar oder verzichtet ganz darauf; er teilt dem Patienten Einzelheiten aus seinem Privatleben mit; er denkt ständig an den Patienten; er achtet an dem Tag, an dem die Sitzung mit dem Patienten stattfindet, besonders auf sein Äußeres; er umarmt den Patienten oder praktiziert andere Formen des Körperkontakts; er wünscht sich, den Patienten auch außerhalb der Therapiesituation zu treffen; er bildet sich ein, den Patienten aus seinem Elend befreien zu können (Gabbard and Wilkinson 1994; Gutheil and Gabbard 1993). Wenn ein Therapeut merkt, dass er im Sinne des oben Gesagten anfängt, von der üblichen Praxis abzuweichen, ist er gut beraten, einen angesehenen Kollegen um eine Konsultation oder Supervision zu ersuchen. Am besten sollten alle Therapeuten, die Patienten mit einer erotischen Übertragung behandeln oder eine erotische Gegenübertragung bemerken, regelmäßig Konsultationen in

Anspruch nehmen (Gabbard 1996, 2003; Gabbard and Lester 2003). Die sexuellen Gefühle der beiden Beteiligten sind häufig nicht gleich stark, einmal empfindet der Therapeut ein Verlangen, dann wieder der Patient, und es besteht nur selten bei beiden gleichzeitig.

Therapeuten müssen sich auch dessen bewusst sein, dass nicht alle Patienten mit sexuellen Gefühlen für den Therapeuten auf Interpretationsangebote ansprechen. Manche histrionischen und Borderline-Patienten drücken ihre Gefühle durch Handlungen aus und werfen sich dem Therapeuten zu Füßen, setzen sich auf seinen Schoß oder umarmen ihn auf dem Weg zur Tür stürmisch. In solchen Fällen muss der Therapeut klare Grenzen setzen. Gegebenenfalls ist es nötig, den Patienten aufzufordern, sich wieder auf seinen Platz zu setzen, und ihm mitzuteilen, dass Körperkontakt nicht erlaubt ist. Manchmal hilft auch eine belehrende Aussage: „Psychotherapie ist eine verbale Behandlung, die nur unter bestimmten Bedingungen funktioniert. Eine dieser Bedingungen ist, dass Sie auf Ihrem Stuhl sitzen und ich auf meinem.“

### *Geschlechterunterschiede bei der erotischen Übertragung*

In den meisten Berichten in der Literatur über Fälle von erotischer oder erotisierter Übertragung geht es um Patientinnen und männliche Therapeuten. Lester (1985) meinte, das Fehlen von Berichten über männliche Patienten und Therapeutinnen könne bedeuten, dass Übertragungsliebe in solchen Konstellationen selten ist. Sie vermutete, dass die Angst des männlichen Patienten vor der Analytikerin als starker präöidipaler Mutter, die „penetrierende“ Interpretationen von sich gibt, ihn daran hindert, seine sexuellen Gefühle für die Analytikerin als ödipale Mutter zum Ausdruck zu bringen. Außerdem wies sie darauf hin, dass die regressive Passivität in der analytischen Therapie dem Kern der traditionellen aktiven Rolle des Mannes widerspricht.

Nicht alle Therapeutinnen haben Lesters Erfahrung bestätigt. Gornick (1986) meinte, Lesters Szenario der phallischen Mutter gelte nur für einen Teil der von Therapeutinnen behandelten männlichen Patienten. Andere männliche Patienten finden es ihrer Ansicht nach viel eher inakzeptabel, sich gegenüber einer Frau passiv und abhängig zu zeigen, als sexuelle Gefühle zum Ausdruck zu bringen. Die Schande der Abhängigkeit könne bei manchen Patienten dazu führen, dass sie sich gegen solche Gefühle wehren, indem sie „den Spieß umdrehen“ und sexuelle Gefühle bei der Übertragung benutzen, um ein Gefühl männlicher Dominanz wiederherzustellen.

Wenn eine Therapeutin einen Mann behandelt, tritt ein anderer geschlechtsspezifischer Unterschied zutage, und zwar die Gefahr des tätlichen Angriffs. Wenn der Patient eine schwere dissoziale oder Borderline-Persönlichkeitsstörung und eine schwache Impulskontrolle hat, kann eine

Therapeutin in einem abgeschlossenen Raum in Gefahr sein. Einem aggressiven und impulsiven Patienten die Übertragung zu erklären, kann völlig nutzlos sein, und es müssen klare Grenzen gesetzt werden. In manchen Fällen kann sogar ein Abbruch der Behandlung erforderlich werden, weil es nicht möglich ist, in einem Kontext zu arbeiten, in dem die Gefahr eines Angriffs besteht. Therapeutinnen müssen eine gut durchdachte Entscheidung treffen, wenn es bei einem männlichen Patienten zu einer erotischen oder erotisierten Übertragung kommt (Gabbard 2004). Ist dieser Patient in der Lage, produktiv mit der sexuellen Fantasie umzugehen, indem er sie auf den Bereich der Fantasie beschränkt und ihre Bedeutung zu ergründen versucht? Oder ist zu erwarten, dass das Sprechen über die sexuelle Fantasie zu einer Handlung führt, bei der der Patient denkt, die Therapeutin ermutige ihn zu tatsächlichem sexuellem Kontakt?

Da sich in der Literatur so viele Berichte über Patientinnen mit einer erotischen Übertragung finden, meinte Person (1985), die Kliniker könnten den Eindruck bekommen, sexuelle Gefühle in der Therapie seien ein besonderes und ausschließliches Merkmal der Psychologie der Frau. Doch obwohl viele männliche Patienten, die von einem Mann behandelt werden, die erotische Übertragung unterdrücken oder leugnen, weil sie befürchten, als homosexuell zu gelten, kommt es in einigen Fällen auch zu einer voll ausgeprägten erotischen oder erotisierten Übertragung gegenüber einem Therapeuten, die systematisch ergründet und interpretiert werden muss. In vielen Fällen ist die sexualisierte Übertragung ein Abwehrmechanismus gegen unangenehmere Gefühle von Liebe und Sehnsucht, die zu artikulieren schwerfällt (Gabbard 1994).

## Gruppenpsychotherapie

Klinker haben oft beobachtet, dass Patienten, die sich für eine dynamische Einzelpsychotherapie eignen, auch gute Kandidaten für eine dynamische Gruppenpsychotherapie sind. Das gilt für hysterische Patienten, die in ihrer Gruppe häufig zu „Stars“ werden. Andere Gruppenmitglieder schätzen ihre Fähigkeit, Gefühle direkt auszudrücken, und dass sie sich um andere in der Gruppe kümmern, sehr. Der kognitive Stil hysterischer Patienten und die damit zusammenhängenden Abwehrmechanismen der Unterdrückung und des Leugnens lassen sich in einer Gruppenpsychotherapie gut aufarbeiten. Die übrigen Patienten in der Gruppe helfen hysterischen Patienten, zu erkennen, wie sie ihre Ansichten über sich selbst und andere verfälschen, indem sie Einzelheiten der Interaktionssituationen auslassen. Als zum Beispiel eine hysterische Patientin beschrieb, wie man sie fälschlicherweise für verführerisch gehalten hatte, als sie einfach nett zu einem Arbeitskollegen gewesen sei, wiesen männliche Patienten aus der Gruppe sie darauf hin, dass sie möglicherweise nicht berücksichtige, was sie in der Interaktion gesagt habe

(oder wie sie es gesagt habe). Außerdem machten sie sie darauf aufmerksam, dass sie sich in der Gruppe ähnlich verhalte und gar nicht zu bemerken scheine, dass sie auch an die Männer in der Gruppe Flirtsignale sende.

Bei hysterischen Patienten kommt es im Allgemeinen zu einer positiven mütterlichen Übertragung in Bezug auf die Gruppe als Ganzes. Sie nutzen die Gruppentherapie als Gelegenheit, etwas von der mütterlichen Fürsorge zu bekommen, die ihnen in der Kindheit ihrer Meinung nach gefehlt hat. Deshalb nehmen sie gerne an der Gruppentherapie teil und raten auch anderen, diese als wertvolle Ressource zu betrachten. Histrionische Patienten dagegen sind in der Gruppe schon problematischer, weil sie anderen Patienten dadurch, dass sie sich durch übertriebene Gefühlsäußerungen stets in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit spielen, „die Schau stehlen“. Diese Patienten können nur dann mit Erfolg in einer Gruppenpsychotherapie behandelt werden, wenn sie auch an einer Einzelpsychotherapie teilnehmen, ähnlich wie im Fall der Gruppenpsychotherapie von Borderline-Patienten (siehe Kapitel 15).

## Abschließende Bemerkungen

---

Das Kontinuum von histrionisch bis hysterisch umfasst ein Spektrum der Charakterpathologie mit einer Vielfalt von Stärken und Schwächen der betroffenen Patienten. Bevor ein Behandlungsplan aufgestellt wird, muss der Patient hinsichtlich seiner hysterischen beziehungsweise histrionischen Merkmale und anhand dessen hinsichtlich seiner Eignung für eine expressive beziehungsweise eine supportive Therapie sorgfältig beurteilt werden. Solche Patienten können dem Therapeuten Genugtuung bereiten, und man muss darauf achten, dass man die negative Übertragung, die sich hinter dem Wunsch, es dem Therapeuten recht zu machen, verbirgt, nicht übersieht. Wie Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung legen auch manche histrionischen Patienten großes Gewicht auf ihre äußere Erscheinung und ihre Fähigkeit, für andere attraktiv zu sein. Deshalb kann es bei ihnen, wenn sie andere nicht mehr so stark faszinieren können, zu Depressionen kommen, oder ihre Affektäußerungen werden dadurch authentischer. Allerdings kann der Verlust der Jugendlichkeit und des Sex-Appeals auch bewirken, dass sie noch verzweifelter versuchen, die therapeutische Beziehung zu sexualisieren. Therapeuten müssen sensibel auf diese mit dieser Entwicklungskrise einhergehende narzisstische Verletzlichkeit reagieren und ihnen helfen, zu erkennen, dass sie außer ihrer physischen Erscheinung und ihrer sexuellen Attraktivität auch noch andere Qualitäten haben.



## Literaturhinweise

---

- Allen, D. W.: Basic treatment issues, in: *Hysterical Personality*. Edited by Horowitz, M. J. New York, Jason Aronson, 1977, S. 283–328.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- Baumbacher, G., Amini, F.: The hysterical personality disorder: a proposed clarification of a diagnostic dilemma. *Int J Psychoanal Psychother* 8: 501–532, 1980–1981.
- Blacker, K. H., Tupin, J. P.: Hysteria and hysterical structures: developmental and social theories, in: *Hysterical Personality*. Edited by Horowitz, M. J. New York, Jason Aronson, 1977, S. 95–141.
- Blum, H. P.: The concept of erotized transference. *J Am Psychoanal Assoc* 21: 61–76, 1973.
- Bollas, C.: *Hysteria*. London, Routledge, 2000.
- Cale, E. M., Lilienfeld, S. O.: Histrionic personality disorder and antisocial personality disorder: sex-differential manifestations of psychopathy? *J Personal Disord* 16: 52–72, 2002.
- Chodoff, P.: The diagnosis of hysteria: an overview. *Am J Psychiatry* 131: 1073–1078, 1974.
- Chodoff, P., Lyons, H.: Hysteria, the hysterical personality and „hysterical“ conversion. *Am J Psychiatry* 114: 734–740, 1958.
- Cleghorn, R. A.: Hysteria: multiple manifestations of semantic confusion. *Can Psychiatr Assoc J* 14: 539–551, 1969.
- Easser, B. R., Lesser, S. R.: Hysterical personality: a re-evaluation. *Psychoanal Q* 34: 390–405, 1965.
- Frayn, D. H., Silberfeld, M.: Erotic transferences. *Can J Psychiatry* 31: 323–327, 1986.
- Freud, S.: Remembering, repeating and working-through (further recommendations on the technique of psycho-analysis II) (1914), in: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. 12. Translated and edited by Strachey, J. London Hogarth Press, 1958, S. 145–156.
- Gabbard, G. O. (Hrsg.): *Sexual Exploitation in Professional Relationships*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1989.
- Gabbard, G. O.: On love and lust in erotic transference. *J Am Psychoanal Assoc* 42: 385–403, 1994.
- Gabbard, G. O.: *Love and Hate in the Analytic Setting*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1996.
- Gabbard, G. O.: A reconsideration of objectivity in the analyst. *Int J Psychoanal* 78: 15–26, 1997.

- Gabbard, G. O.: Miscarriages of psychoanalytic treatment with suicidal patients. *Int J Psychoanal* 84: 249–261, 2003.
- Gabbard, G. O.: *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2004.
- Gabbard, G. O., Lester, E. P.: *Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2003.
- Gabbard, G. O., Wilkinson, S. M.: *Management of Countertransference With Borderline Patients*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994.
- Gabbard, G. O., Wilkinson, S. M.: Nominal gender and gender fluidity in the psychoanalytic situation. *Gender and Psychoanalysis* 1: 463–481, 1996.
- Gorkin, M.: Varieties of sexualized countertransference. *Psychoanal Rev* 72: 421–440, 1985.
- Gornick, M.: Developing a new narrative: the woman therapist and the male patient. *Psychoanalytic Psychology* 3: 299–325, 1986.
- Gutheil, T. H., Gabbard, G. O.: The concept of boundaries in clinical practice: theoretical and risk management dimensions. *Am J Psychiatry* 150: 188–196, 1993.
- Halleck, S. L.: Hysterical personality traits: psychological, social, and iatrogenic determinants. *Arch Gen Psychiatry* 16: 750–757, 1967.
- Hamburger, M. E., Lilienfeld, S. O., Hogben, M.: Psychopathy, gender, and gender roles: implications for antisocial and histrionic personality disorders. *J Psychother Pract Res* 10: 41–55, 1996.
- Hollender, M.: Hysterical personality. Comment on Contemporary Psychiatry 1: 17–24, 1971.
- Horowitz, M. J.: The core characteristics of hysterical personality (Introduction), in: *Hysterical Personality*. Edited by Horowitz, M. J. New York, Jason Aronson, 1977a, S. 3–6.
- Horowitz, M. J.: Structure and the processes of change, in: *Hysterical Personality*. Edited by Horowitz, M. J. New York, Jason Aronson, 1977b, S. 329–399.
- Horowitz, M. J.: Psychotherapy for histrionic personality disorder. *J Psychother Pract Res* 6: 93–107, 1997.
- Horowitz, M. J.: Histrionic personality disorder, in: *Treatments of Psychiatric Disorders*. Vol. 2. 3<sup>rd</sup> Edition. Edited by Gabbard, G. O. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2001, S. 2293–2307.
- Kernberg, O. F.: *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York, Jason Aronson, 1975.
- Kolb, L. C.: *Noyes' Modern Clinical Psychiatry*. 7<sup>th</sup> Edition. Philadelphia, PA, WB Saunders, 1968.
- Klonsky, E. D., Jane, J. S., Turkheimer, E., et al.: Gender role and personality disorders. *J Personal Disord* 16: 464–476, 2002.
- Kumin, I.: Erotic horror: desire and resistance in the psychoanalytic situation. *Int J Psychoanal Psychother* 11: 3–20, 1985–1986.

- Lazare, A.: The hysterical character in psychoanalytic theory: evolution and confusion. *Arch Gen Psychiatry* 25: 131–137, 1971.
- Lerner, H. E.: The hysterical personality: a “woman’s disease”. *Compr Psychiatry* 15: 157–164, 1974.
- Lester, E. P.: The female analyst and the erotized transference. *Int J Psychoanal* 66: 283–293, 1985.
- Lubbe, T.: Diagnosing a male hysteric: Don Juan-type. *Int J Psychoanal* 84: 1043–1059, 2003.
- Luisada, P. V., Peele, R., Pitard, E. A.: The hysterical personality in men. *Am J Psychiatry* 131: 518–521, 1974.
- MacKinnon, R. A., Michels, R.: *The Psychiatric Interview in Clinical Practice*. Philadelphia, PA, WB Saunders, 1971.
- Malmquist, C.: Hysteria in childhood. *Postgrad Med* 50: 112–117, 1971.
- Marmor, J.: Orality in the hysterical personality. *J Am Psychoanal Assoc* 1: 656–671, 1953.
- Mitchell, J.: *Madmen and Medusas*. London, Penguin, 2000.
- Person, E. S.: The erotic transference in women and men: differences and consequences. *J Am Acad Psychoanal* 13: 159–180, 1985.
- Pfohl, B.: Histrionic personality disorder: a review of available data and recommendations for DSMIV. *J Personal Disord* 5: 150–166, 1991.
- Pope, K. S., Bouhoutsos, J. C.: *Sexual intimacy between therapists and patients*. New York, Praeger, 1986.
- Riesenberg–Malcolm, R.: “How can we know the dancer from the dance?” Hyperbole in hysteria. *Int J Psychoanal* 77: 679–688, 1996.
- Sandler, J.: Countertransference and role-responsiveness. *International Review of Psychoanalysis* 3: 43–47, 1976.
- Shapiro, D.: *Neurotic Styles*. New York, Basic Books, 1965.
- Sugarman, A.: The infantile personality: orality in the hysteric revisited. *Int J Psychoanal* 60: 501–513, 1979.
- Torras de Bea, E.: A contribution to the papers on transference by Eva Lester and Marianne Goldberger and Dorothy Evans. *Int J Psychoanal* 68: 63–67, 1987.
- Twemlow, S. W., Gabbard, G. O.: The lovesick therapist, in: *Sexual Exploitation in Professional Relationships*. Edited by Gabbard, G. O. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1989, S. 71–87.
- Wallerstein, R. S.: Diagnosis revisited (and revisited): the case of hysteria and the hysterical personality. *Int J Psychoanal Psychother* 8: 533–547, 1980–1981.
- Zetzel, E. R.: The so called good hysteric. *Int J Psychoanal* 49: 256–260, 1968.

## **KAPITEL 19**

### **CLUSTER-C— PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN**

#### *Obsessiv-kompulsive, ängstlich-vermeidende und dependente Persönlichkeitsstörungen*

Die drei Persönlichkeitsstörungen in Cluster C des DSM IV TR (American Psychiatric Association, 2000), die obsessiv-kompulsive, die ängstlich-vermeidende und die dependente, wurden in eine Gruppe eingeordnet, weil Menschen mit diesen Persönlichkeitsstörungen als auffälliges Merkmal Angst oder Furcht gemeinsam haben. Die Beschäftigung mit der obsessiv-kompulsiven Persönlichkeitsstörung (OCPD) hat eine lange klinisch-psychoanalytische Tradition, bei den anderen beiden Störungen in Cluster C ist dies jedoch nicht der Fall. Dass alle drei Persönlichkeitsstörungen hier in einem Kapitel besprochen werden, liegt daran, dass es sehr wenig psychodynamische Literatur zur ängstlich-vermeidenden und zur dependenten Persönlichkeitsstörung gibt.

#### **Obsessiv-kompulsive Persönlichkeitsstörung**

---

Die OCPD ist eine häufige Störung. Die 2001 und 2002 durchgeführte National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (Grant et al. 2004) hat ergeben, dass die OCPD mit 7,88 % die in der Bevölkerung am weitesten

verbreitete Persönlichkeitsstörung ist. Allerdings wird sie häufig mit der obsessiv-kompulsiven Störung (OCD) verwechselt.

Zwischen OCD (oder obsessiv-kompulsiver Neurose) und OCPD wird anhand der unterschiedlichen Symptome und der unterschiedlichen Charaktereigenschaften unterschieden. Wie in Kapitel 9 beschrieben, wird der Patient mit OCD von wiederkehrenden unangenehmen Gedanken geplagt und vollzieht ritualistische Handlungen. Diese symptomatischen Manifestationen sind gewöhnlich insofern ichdyston, als der Patient sie als Probleme erkennt und sie in der Regel loswerden möchte. Im Gegensatz dazu sind die Eigenschaften, anhand welcher nach DSM IV TR die Diagnose OCPD (Tabelle 19-1) gestellt wird, ein Leben lang bestehende Verhaltensmuster, die ichsynton sein können. Sie müssen dem Patienten nicht unbedingt Sorge bereiten und können sogar als hochgradig adaptiv betrachtet werden. Studien über Ärzte deuten sogar darauf hin, dass bestimmte obsessiv-kompulsive Merkmale bedeutend zu ihrem beruflichen Erfolg beitragen (Gabbard 1985; Krakowski 1982; Vaillant et al. 1972). Das für obsessiv-kompulsive Menschen typische unerschütterliche Engagement für ihre Arbeit führt auch in anderen Berufsfeldern als der Medizin, bei der es auf Einzelheiten ankommt, zu großen Leistungen. Allerdings zahlen sie oft einen hohen Preis für den beruflichen Erfolg. Menschen, die ihnen wichtig sind, finden es oft schwer, mit ihnen zu leben, und initiieren oft einen Besuch beim Psychiater.

Auch wenn die Unterscheidung zwischen OCD und OCPD im DSM IV TR klar und sinnvoll ist, gibt es Meinungsverschiedenheiten über das Ausmaß der Überlappung zwischen den beiden Störungen. Es wurde auch über vorübergehend auftretende obsessiv-kompulsive Symptome bei der psychoanalytischen Behandlung von Patienten mit OCPD berichtet (Munich 1986). Empirische Studien deuten jedoch darauf hin, dass bei Menschen mit einer OCD eine Vielfalt von Persönlichkeitsstörungen auftreten kann. In einer Studie erfüllte weniger als die Hälfte der Patienten mit OCD die Kriterien der OCPD (Rasmussen and Tsuang 1986). Die häufigste charakterbezogene Diagnose in dieser Stichprobe war eine gemischte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden, dependenten und passiv-aggressiven Merkmalen. In einer Studie, in der 96 Patienten mit OCD bewertet wurden (Baer et al. 1990), wurde nur bei 6 % eine OCPD der Achse II diagnostiziert. Andere Untersuchungen ergaben, dass die OCPD bei Patienten mit einer OCD wesentlich häufiger ist als bei solchen mit einer panischen oder schweren depressiven Störung (Diaferia et al. 1997) und obsessive Symptome mit größerer Wahrscheinlichkeit zusammen mit den Merkmalen der OCPD auftreten als mit denen anderer Persönlichkeitsstörungen (Rosen and Tallis 1995). In einer skandinavischen Studie zur Komorbidität der OCD mit Persönlichkeitsstörungen (Bejerot et al. 1998) wurde bei 36 % der OCD-Patienten auch eine OCPD diagnostiziert. In einer kontrollierten Studie mit 72

---

**TABELLE 19-1.** DSM-IV-TR Kriterien der obsessiv-kompulsiven Persönlichkeitsstörung

---

Es besteht ein tief greifendes Muster der ständigen Beschäftigung mit Ordnung, Perfektion und mentaler und interpersoneller Kontrolle zulasten von Flexibilität, Offenheit und Effizienz, das im frühen Erwachsenenalter in verschiedenen Situationen auftritt und sich in vier (oder mehr) der nachstehenden Kriterien zeigt:

- (1) Der/die Betreffende beschäftigt sich in einem Maße mit Einzelheiten, Regeln, Listen, Organisieren oder Planen, dass der Zweck der Aktivität verfehlt wird.
  - (2) Der/die Betreffende legt einen Perfektionismus an den Tag, der die Erfüllung der Aufgabe verhindert. (Er/sie kann z. B. ein Projekt nicht durchführen, weil seine/ihre übermäßig strengen Standards nicht erfüllt werden.)
  - (3) Der/die Betreffende verschreibt sich seiner/ihrer Arbeit und der Produktivität in einem Maße, das Freizeitaktivitäten und Freundschaften ausschließt (ohne dass eine offensichtliche wirtschaftliche Notwendigkeit vorliegt).
  - (4) Der/die Betreffende ist über die Maßen gewissenhaft und gründlich sowie unflexibel in Fragen von Moral, Ethik oder Werten (ohne dass dies einer kulturellen oder religiösen Identifikation zuzuschreiben wäre).
  - (5) Der/die Betreffende ist nicht in der Lage, abgenutzte oder wertlose Gegenstände wegzwerfen, auch wenn diese keinen sentimental Wert haben.
  - (6) Der/die Betreffende delegiert nicht gerne Aufgaben und arbeitet nicht gerne mit anderen zusammen, es sei denn, die anderen machen alles genau so, wie er/sie es wünscht.
  - (7) Der/die Betreffende legt bei Ausgaben für sich selbst und andere Geiz an den Tag; er/sie betrachtet Geld als etwas, das für zukünftige Katastrophen gehortet werden muss.
  - (8) Der/die Betreffende ist unbeugsam und stur.
- 

*Quelle:* Nachgedruckt aus American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition, Text Revision. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000. Copyright 2000, American Psychiatric Association. Verwendung mit Genehmigung.

OCD-Patienten und 198 Verwandten ersten Grades (Samuels et al. 2000) wurde eine relativ hohe Prävalenz der OCPD in Familien von OCD-Patienten festgestellt, was darauf hindeutet, dass es möglicherweise eine gemeinsame familiäre Ätiologie der OCPD und der OCD gibt. Ungeachtet der Unsicherheit darüber, ob diese beiden Erkrankungen tatsächlich zusammenhängen, werden OCPD und OCD gewöhnlich gesondert besprochen, weil ihre Behandlung sehr unterschiedlich ist.

## Die psychodynamische Auffassung

---

In frühen Beiträgen zur Psychoanalyse (Abraham 1921 / 1942; Freud 1908 / 1959; Jones 1948; Menninger 1943) wurden bestimmte Charaktereigenschaften – insbesondere Hartnäckigkeit, übertriebene Sparsamkeit und Ordnungsliebe – mit der analen Phase der psychosexuellen Entwicklung in Verbindung gebracht. Man war der Ansicht, Patienten mit diesen Persönlichkeitsmerkmalen seien von der mit der ödipalen Phase einhergehenden Kastrationsangst in die relative Sicherheit der analen Phase zurückgefallen. Sie setzen, so hieß es, auf Veranlassung des strafenden Über-Ich vermutlich charakteristische Abwehrreaktionen des Ich ein, so unter anderem Isolierung von Affekten, Intellektualisierung, Reaktionsbildung, Neutralisierung (undoing) und Verlagerung (displacement) (siehe Kapitel 2). Ihre obsessive Ordnungsliebe beispielsweise wurde als Reaktionsbildung gegen einen tiefer liegenden Wunsch nach analer Unordnung und ihren Derivaten gedeutet. Die beträchtlichen Schwierigkeiten, die es einem Menschen mit einer obsessiv-kompulsiven Persönlichkeit bereitet, Aggression zum Ausdruck zu bringen, hänge mit frühen Machtkämpfen mit Mutterfiguren beim Toilettentraining zusammen. Die Sturheit der obsessiven Person könne auch als Auswuchs eben dieser Kämpfe betrachtet werden.

Neuere Beiträge (Gabbard 1985; Gabbard and Menninger 1988; Gabbard and Newman 2005; Horowitz 1988; Josephs 1992; McCullough and Maltzberger 2001; Salzman 1968, 1980, 1983; Shapiro 1965) sind über die Launen der analen Phase hinausgegangen und haben interpersonelle Elemente, Selbstwertgefühl, Handhabung von Wut und Abhängigkeit, den kognitiven Stil und die Probleme des Gleichgewichts zwischen Arbeit und emotionalen Beziehungen in den Mittelpunkt gestellt. Menschen mit OCPD haben beträchtliche Selbstzweifel. Als Kinder haben sie sich von ihren Eltern nicht ausreichend geschätzt oder geliebt gefühlt. In manchen Fällen ist diese Einschätzung auf tatsächliche Kälte oder Distanziertheit von Elternfiguren zurückzuführen, in anderen hätte das Kind mehr Bestärkung und Zuneigung gebraucht als durchschnittliche Kinder, um sich von den Eltern bestätigt zu fühlen. Bei der psychodynamischen Behandlung solcher Patienten treten eine starke unerfüllte Sehnsucht nach Abhängigkeit und eine gehörige Wut auf die Eltern, weil diese emotional nicht zugänglicher waren, zutage. Da sowohl Wut als auch Abhängigkeit für obsessiv-kompulsive Patienten auf der bewussten Ebene inakzeptabel sind, wehren sie diese Gefühle durch Reaktionsbildung und die Isolierung von Affekten ab. Um zu zeigen, dass sie von niemandem abhängig sind, scheuen viele obsessiv-kompulsive Menschen keine Mühe, ihre Unabhängigkeit und ihren „unbeugsamen Individualismus“ zur Schau zu stellen. Ebenso bemühen sie sich, jeglichen Ärger zu kontrollieren, und geben sich eventuell sogar respektvoll und unterwürfig, um den Eindruck zu vermeiden, dass sie Wut empfinden könnten.

Intime Beziehungen stellen für obsessiv-kompulsive Patienten ein großes Problem dar. Die Intimität birgt die Möglichkeit, von starken Wünschen nach Fürsorge durch den anderen übermannt zu werden, zugleich aber auch das Risiko, dass diese Wünsche nicht erfüllt werden, was dann zu Hass und Groll und dem Wunsch nach Rache führt. Die mit intimen Beziehungen einhergehenden Gefühle sind bedrohlich, weil sie „außer Kontrolle“ geraten können, was eine der Grundängste des obsessiv-kompulsiven Menschen darstellt. Menschen, die ihnen wichtig sind, beklagen häufig, dass die obsessiv-kompulsive geliebte Person zu kontrollierend ist. Solche Beziehungen kommen oft zum Stillstand oder geraten in eine Sackgasse, weil obsessiv-kompulsive Menschen nicht bereit sind, einzugestehen, dass andere etwas vielleicht besser können als sie. Dieses Bedürfnis, andere zu kontrollieren, resultiert häufig aus der Befürchtung, Fürsorge sei in ihrem Umfeld nur spärlich vorhanden und könne jeden Moment versiegen. In jedem obsessiv-kompulsiven Menschen wohnt irgendwo ein Kind, das sich ungeliebt fühlt. Das aus dieser Kindheitserfahrung, nicht geschätzt zu werden, resultierende geringe Selbstwertgefühl lässt ihn häufig annehmen, andere möchten mit obsessiv-kompulsiven Menschen lieber nicht zu tun haben. Das große Maß an Aggression und die starken zerstörerischen Wünsche, die im Unterbewusstsein dieser Menschen lauern, können auch zu ihrer Angst davor beitragen, andere zu verlieren. Sie befürchten häufig, ihre Zerstörungswut könne andere vertreiben oder Gegenaggression auslösen, was die Projektion ihrer eigenen Wut bedeutet.

Obwohl OCPD-Patienten sich bemühen, pflichtbewusst, aufmerksam und gefügig zu sein, wird ihre Angst, andere vor den Kopf zu stoßen, häufig zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung. Obsessiv-kompulsives Verhalten irritiert und verärgert diejenigen, die es erleben. Die Person, die es an den Tag legt, kann jedoch auch anders wahrgenommen werden, je nach dem Machtgefälle in der Beziehung (Josephs 1992). Untergebene erleben Menschen mit OCPD als dominant, extrem kritisch und kontrollierend. Vorgesetzte empfinden sie gegebenenfalls als auf eine Art und Weise schmeichlerisch und unterwürfig, die unecht wirkt. Ironischerweise werden ihnen dadurch gerade die Bestätigung und die Liebe versagt, die sie suchen, und sie haben ständig das Gefühl, nicht gewürdigt zu werden, obwohl sie sich quälen, um das lang ersehnte Lob von anderen zu erhalten.

Obsessiv-kompulsive Menschen streben außerdem nach Perfektion. Sie scheinen insgeheim zu glauben, schließlich die Bestätigung und die Wertschätzung der Eltern zu bekommen, die ihnen als Kind gefehlt hat, wenn sie ein überragendes Maß an Tadellosigkeit erreichen. Solche Kinder wachsen häufig mit der Überzeugung auf, sich einfach nicht genug angestrengt zu haben, und als Erwachsene haben sie ständig das Gefühl, „nicht genug zu tun“. Der Elternteil, der niemals zufrieden zu sein scheint, wird als strenges Über-Ich internalisiert, das immer mehr vom Patienten erwartet. Viele obsessiv-kompulsive Menschen werden zu Workaholics, weil sie unbewusst



von der Überzeugung angetrieben werden, nur aufgrund außerordentlicher Leistungen in ihrem jeweiligen Beruf, die sie durch heroische Anstrengungen erreichen, Liebe und Bestätigung bekommen zu können. Die Ironie bei diesem Streben nach Perfektion ist jedoch, dass sie nur selten mit dem Erreichten zufrieden zu sein scheinen. Sie scheinen eher von dem Wunsch nach Befreiung von ihrem quälenden Über-Ich als von dem echten Wunsch nach Freude angetrieben zu sein.

Diese dynamischen Hintergründe führen zu einem charakteristischen kognitiven Stil (Horowitz 1988; Shapiro 1965). Während hysterische und histrionische Patienten affektive Zustände auf Kosten der reiflichen Überlegung eher überbewerten, ist es bei obsessiv-kompulsiven Menschen genau umgekehrt. In etwa so wie Mr. Spock in *Star Trek* versuchen obsessiv-kompulsive Menschen, stets vollkommen rational und logisch vorzugehen. Ihnen graut vor jeder Situation mit unkontrollierten Emotionen, und ihre mechanistische Art, die jeglicher Affekte entbehrt, kann andere in den Wahnsinn treiben. Ihr Denken ist jedoch nur innerhalb eines engen Rahmens logisch. Ihre Denkmuster können als starr und dogmatisch (Shapiro 1965) bezeichnet werden. Aus dynamischer Sicht können diese Eigenschaften als Kompensation für die zugrundeliegenden Selbstzweifel und die Zwiespältigkeit betrachtet werden, die diese Menschen quälen.

Anders als der kognitive Stil des hysterischen Patienten ist der des obsessiv-kompulsiven dadurch gekennzeichnet, dass er sehr auf Einzelheiten achtet, während er fast keine Spontaneität oder Flexibilität besitzt und impressionistische Gefühle als „unlogisch“ abtut. Obsessiv-kompulsive Menschen wenden ein außerordentliches Maß an Energie auf, um ihren starren kognitiven Stil und ihre Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten, sodass alles, was sie tun, eine Anstrengung bedeutet. Sie werden von einer Reihe maladaptiver Überzeugungen geplagt, zu denen auch folgende gehören: „Es ist wichtig, immer alles perfekt zu machen“; „Jeder Makel oder Fehler in der Leistung kann zu einer Katastrophe führen“; „Die Leute sollten die Dinge so machen wie ich“; „Einzelheiten sind extrem wichtig“ (Gabbard and Newman 2005). Urlaub zu machen und selbst einfache Entspannung sind für wirklich obsessiv-kompulsive Menschen nicht im Geringsten attraktiv. Eine Umfrage unter 100 Ärzten, die nach eigenen Angaben obsessiv-kompulsiv waren (Krakowski 1982), nahmen lediglich 11 % nur um des Urlaubs willen Urlaub, und nur 10 % nahmen sich regelmäßig frei, um auszuspannen.

Obwohl viele dieser Menschen leistungsstark sind, meinen manche von ihnen, ihr Charakter hindere sie daran, im Beruf erfolgreich zu sein. Obsessiv-kompulsive Menschen können bei kleinen Entscheidungen endlos grübeln, womit sie ihre Umgebung verrückt machen. Sie verzetteln sich oft mit Einzelheiten und verlieren das eigentliche Ziel der Aufgabe aus den Augen. Ihre Unentschlossenheit kann aus dynamischer Sicht mit ihren Selbstzweifeln zusammenhängen. Sie haben dann das Gefühl, die Gefahr, einen Fehler zu

machen, sei so groß, dass eine eindeutige Entscheidung für die eine oder die andere Möglichkeit ausgeschlossen ist. Ebenso kann ihre Sorge, das Endergebnis des Projekts könne nicht perfekt sein, zu ihrer Unentschlossenheit beitragen. Viele obsessiv-kompulsive Menschen sind äußerst redegewandt, haben jedoch wegen der Sorge, das Ergebnis könne nicht tadellos sein, beim Schreiben mit großen psychologischen Hindernissen zu kämpfen.

Das „Angetriebensein“, das die Handlungen des obsessiv-kompulsiven Menschen kennzeichnet, hat Shapiro (1965) sehr treffend beschrieben: „Es hat den Anschein, als dränge oder motiviere ihn etwas, das über das Interesse der handelnden Person hinausgeht. Er scheint gar nicht so begeistert zu sein. Mit andern Worten, sein Interesse an der Tätigkeit scheint die Intensität, mit der er sie ausführt, nicht zu erklären“ (S. 33). Diese Patienten werden stets von ihrem inneren Aufseher angetrieben, der ihnen befiehlt, was sie tun „sollten“. Das heißt in der dynamischen Terminologie: Sie sind nur sehr begrenzt unabhängig von den Anordnungen ihres eigenen Über-Ich. Sie verhalten sich so, wie sie sich verhalten, weil sie es müssen, ganz gleich, wie sich dies auf andere auswirkt.

Das hypertrophe Über-Ich des obsessiv-kompulsiven Patienten fordert unablässig Perfektion. Wenn diese Anforderung über längere Zeit nicht erfüllt wird, kann es zu einer Depression kommen. Diese dynamische Verbindung zwischen obsessiv-kompulsiver Persönlichkeit und Depression beobachten Kliniker schon seit Langem. Das Risiko für Depressionen kann im mittleren Alter besonders hoch sein, wenn die idealistischen Träume der Jugend durch die Tatsache, dass die Zeit mit fortschreitendem Alter knapp wird, zunichtegemacht werden. Solche Menschen können in diesem Abschnitt ihres Lebens suizidal werden und benötigen dann, obwohl sie im Berufsleben lange Zeit gut funktioniert haben, gegebenenfalls eine stationäre Behandlung. Viele der perfektionistischen depressiven Patienten, die in Kapitel 8 als besonders behandlungsresistent beschrieben wurden, weisen obsessiv-kompulsive Charaktereigenschaften auf.

Die komplexe Charakterstruktur von Patienten mit OCPD kann so zusammengefasst werden, dass sie aus einem öffentlichen Selbstempfinden, einem privaten Selbstempfinden und einem unbewussten Selbstempfinden besteht (Josephs 1992). Jedes dieser Elemente hat eine Dimension, die eher für Vorgesetzte, und eine andere, die für Beziehungen mit Untergebenen gilt. So ist beispielsweise das öffentliche Selbstempfinden gegenüber Vorgesetzten das eines verantwortlichen und gewissenhaften Mitarbeiters, der ernsthaft und aufmerksam ist, sich in allen Situationen sozial angemessen verhält und berechenbar ist. Das öffentliche Selbstempfinden gegenüber Untergebenen ist das eines aufmerksamen Mentors oder konstruktiven Kritikers, der denen, die zuhören, wertvolle Rückmeldungen gibt. Leider deckt sich dieses subjektive Empfinden des öffentlichen Selbst nicht immer mit dem, was andere wahrnehmen. Die Reaktionen der anderen führen sogar dazu, dass das private Selbst so empfunden wird, dass es völlig bewusst, anderen aber zum großen

Teil verborgen ist. Patienten mit OCPD haben häufig den Eindruck, nicht geschätzt zu werden, wodurch sie sich verletzt fühlen und verärgert sind. Wegen der fehlenden Bestätigung quälen sie Selbstzweifel. Diese Unsicherheit muss vor Personen in übergeordneter Stellung verborgen werden, weil Menschen mit OCPD die Demütigung und die Scham fürchten, die sie empfinden, wenn ihre selbstzweiflerische Seite offengelegt wird. Sie sind häufig davon überzeugt, dass andere sie als schwach und als Jammerlappen betrachten. Gleichzeitig aber sind sie fest davon überzeugt, dass sie Menschen in einer untergeordneten Position moralisch überlegen sind. Da OCPD-Patienten einen so guten Schutz vor ihrem eigenen Sadismus und ihrer eigenen Aggression haben, wollen sie nicht verächtlich erscheinen. Sie versuchen diesen Aspekt des privaten Selbstempfindens zu vermeiden, um nicht großspurig, selbstgefällig oder übermäßig kritisch zu wirken. Dadurch können sie stolz darauf sein, wie rücksichtsvoll und autark sie sich denen gegenüber verhalten, die „unter ihnen stehen“.

Die beiden Dimensionen des unbewussten Selbstempfindens kann man als die eines unterwürfigen Masochisten gegenüber Vorgesetzten und die eines kontrollierenden Sadisten gegenüber Untergebenen bezeichnen (Josephs 1992). Der unbewusste sadistische und kleinliche Wunsch, denjenigen, die sich ihrer Kontrolle nicht fügen, Schmerz zuzufügen, ist für OCPD-Patienten völlig inakzeptabel und muss somit unterdrückt werden. Wenn sie anders handeln würden, würden sie ihrem hohen moralischen Standard untreu. In Beziehungen zu Autoritätspersonen fühlen sich diese Patienten gedemütigt, weil sie sich unterwerfen und nach Liebe sehnen, weshalb sie sich auf masochistische Weise ihren eigenen, übermäßig strengen moralischen Regeln unterwerfen und sich quälen, weil sie diesen Erwartungen nicht entsprechen. Diese Selbstquälerei erspart ihnen das, wovor sie sich fürchten, nämlich von anderen kontrolliert, dominiert und auf sadistische Weise gedemütigt zu werden. Die unbewusste Botschaft an Vorgesetzte lautet: „Sie brauchen mich nicht zu kritisieren und anzugreifen, da ich mich, wie Sie sehen, schon selbst gnadenlos quäle.“

## Psychotherapeutische Erwägungen

Im Gegensatz zur hartnäckigen OCD kann bei OCPD mit einer Psychoanalyse oder einer Einzelpsychotherapie mit expressivem Schwerpunkt (Gabbard and Newman 2005; Gunderson 1988; Horowitz 1988; McCullough and Maltzberger 2001; Munich 1986; Salzman 1980) häufig eine beträchtliche Besserung erreicht werden. Winston et al. (1994) haben über einen kontrollierten Versuch mit 25 Patienten mit Cluster C-Störungen berichtet, die in einer dynamischen Therapie mit einer Länge von durchschnittlich 40,3 Sitzungen behandelt wurden. Obwohl viele Patienten eine längere Behandlung benötigen, zeigte sich bei denen in der Stichprobe bei allen Parametern eine

deutliche Verbesserung im Vergleich zu denen auf der Warteliste. Beim Follow-up nach durchschnittlich 1,5 Jahren wurde eine andauernde Wirkung der Therapie festgestellt. Andere Forschungsdaten deuten ebenfalls darauf hin, dass die Besserung nach Beendigung der Therapie anhält. Wie in Kapitel 4 erwähnt, haben Svartberg et al. (2004) nach dem Zufallsprinzip Patienten mit Cluster C-Persönlichkeitsstörungen ausgewählt, die dann an 40 wöchentlichen dynamischen oder kognitiven Therapiesitzungen teilgenommen haben. Bei der Gruppe insgesamt war sowohl während der Behandlung als auch in einer zweijährigen Nachbeobachtungsphase eine statistisch signifikante Besserung zu verzeichnen. Eine signifikante Besserung der Symptombelastung nach der Behandlung zeigte sich bei der Gruppe, die an einer dynamischen Psychotherapie teilgenommen hatte, nicht jedoch bei der, die eine kognitive Therapie erhalten hatte. Zwei Jahre nach der Behandlung hatten sich 54 % der Patienten der dynamischen Therapie und 42 % der Patienten der kognitiven Therapie hinsichtlich der Symptome und 40 % der Patienten beider Gruppen im Bereich der interpersonellen Probleme und der Persönlichkeitsfunktionen erholt. Die Hauptpersönlichkeitsstörung verbesserte sich während der Behandlung nur minimal, zwei Jahre später konnte jedoch bei 35 % bis 38 % der Patienten eine eindeutige Besserung festgestellt werden. Es war also zu einer verlängerten Wirkung gekommen, die darauf schließen ließ, dass viele Patienten den therapeutischen Dialog internalisiert hatten und ihn auch nach Abschluss derselben anwandten. Bezüglich der Widerstände, die bei der Psychotherapie obsessiv-kompulsiver Patienten häufig auftreten, muss man zunächst die Implikationen nachempfinden, die eine dynamische Psychotherapie für solche Menschen hat. Schon die Vorstellung des Unbewussten empfinden sie als Bedrohung ihres Kontrollsinns. Um mit dem Gefühl der Bedrohung fertig zu werden, lassen obsessiv-kompulsive Patienten gegebenenfalls alle Einsichten des Therapeuten nach dem Motto „Das ist nichts Neues“ unberücksichtigt. Sie sind zunächst häufig nicht bereit, zuzugeben, dass der Therapeut irgendetwas sagt, dass sie nicht schon wüssten (Salzman 1980). Widerstand kann als typische Abwehrreaktion betrachtet werden, die sich im Psychotherapieprozess manifestiert. Zu diesen Abwehrmechanismen gehören Isolierung von Affekten, Intellektualisierung, Reaktionsbildung, Neutralisierung (undoing) und Verschiebung (displacement). Die Isolierung von Affekten kann sich so äußern, dass sich der Patient keinerlei Gefühlen, insbesondere keiner Abhängigkeit oder keines Ärgers, gegenüber dem Therapeuten bewusst ist. Er spricht möglicherweise ausführlich über Fakten bezüglich früherer und aktueller Situationen, ohne eindeutige emotionale Reaktionen auf diese Ereignisse zu zeigen. Wenn der Therapeut nach einem längeren Urlaub zurückkehrt, wird der obsessiv-kompulsive Patient wahrscheinlich nicht zugeben, dass ihn die Trennung emotional berührt hat. Wenn sein bevorzugter Abwehrmechanismus die Reaktionsbildung ist, wird der Patient wahrscheinlich sagen: „Nein, nein, das

hat mir nichts ausgemacht. Ich hoffe nur, dass sie eine schöne Zeit verbracht und sich gut erholt haben.“ Anhand der Unterscheidung zwischen dem öffentlichen, dem privaten und dem unbewussten Selbst kann man den Hauptwiderstand als Versuch beschreiben, das private Selbst hinter dem als pflichtbewusst und gewissenhaft dargestellten öffentlichen Selbst zu verstecken (Josephs 1992).

Obsessiv-kompulsive Menschen reagieren auf die Bedrohung durch intensive Affekte auch mit zwanghaftem Gefasel, das der Verschleierung ihrer tatsächlichen Gefühle dient. Genauer gesagt, es dient als Narkotikum, von dem andere einschlafen. Wenn der Patient immer weiter vom ursprünglichen Thema abkommt, verliert der Therapeut möglicherweise den Faden der Assoziationen des Patienten und „blendet“ diesen dann eventuell „aus“. Da solche Menschen die Erfahrung machen, dass Worte ebenso große Macht besitzen wie Taten, hält es der Patient möglicherweise für notwendig, das bereits Gesagte folgendermaßen zu neutralisieren:

Als ich am Wochenende meine Eltern besucht habe, habe ich mich ein bisschen über meinen Vater geärgert. Also, ich würde nicht sagen, dass ich mich in dem Sinne geärgert habe, dass ich ihm gegenüber wirklich Ärger empfunden habe. Es war nur so, dass er dasaß und fernsah und nicht daran interessiert zu sein schien, mit mir zu sprechen. Nach einer Weile kam mir der Gedanke, den Fernseher auszuschalten und ihn zu konfrontieren, aber das habe ich natürlich nicht gemacht. So etwas Unverschämtes würde ich nie tun.

Der abschweifende Sprechstil, der für obsessiv-kompulsive Patienten, die eine Psychotherapie machen, typisch ist, zeigt das häufige Widerrufen von Gedanken oder Wünschen, die gerade geäußert wurden. Außerdem führt ihr übermäßig umfassendes Denken dazu, dass sie auch unbedeutende Ereignisse erwähnen, die sie mehr und mehr vom ursprünglichen Thema der Sitzung abschweifen lassen.

Viele obsessiv-kompulsive Menschen bemühen sich, „perfekte Patienten“ zu sein. Sie versuchen, genau das zu liefern, was der Therapeut ihrer Meinung nach hören will, und erwarten unbewusst, dass sie endlich die Liebe und die Wertschätzung bekommen werden, die ihnen ihrer Meinung nach in der Kindheit gefehlt hat. McCullough and Maltzberger (2001) haben zutreffend festgestellt: „Der Patient ritualisiert die therapeutische Begegnung und besticht den Therapeuten mit großer Wahrscheinlichkeit dadurch, dass er nie zu spät kommt, das Honorar sofort zahlt und beim Schlagabtausch in der Therapie oberflächlich sehr ‚gut‘ abschneidet“ (S. 2346). Patienten mit OCPD lernen sehr schwer, dass spontane Bemerkungen, gelegentliche Verspätungen oder verspätete Honorarzahleungen beiden Seiten helfen können, den Prozess besser zu verstehen. Weil sie sicher sind, dass jeglicher Ausdruck von Ärger Missbilligung nach sich ziehen würde, ist es gut möglich, dass sie auf der

bewussten Ebene keinen Ärger erleben, diesen jedoch unbewusst dadurch zum Ausdruck bringen, dass sie das Gespräch in der Sitzung ganz und gar an sich reißen. Ein obsessiv-kompulsiver Patient redete 50 Minuten lang ohne Unterbrechung und hörte genau zum Ende der Sitzung auf, ohne dass der Therapeut auch nur eine einzige Bemerkung hätte machen können. Auf diese Weise konnte der Patient seinen Ärger ausdrücken, ohne Gefühle von Ärger zugeben zu müssen.

Bei anderen obsessiv-kompulsiven Patienten kommt der Widerstand dadurch zum Ausdruck, dass sie in der Übertragungsbeziehung mit dem Therapeuten ihren Machtkampf mit ihren Eltern nachstellen.

Herr MM war ein obsessiv-kompulsiver Drucker, der zweimal pro Woche zur psychoanalytischen Therapie kam. Anfangs wirkte er ziemlich unterwürfig und wie ein passiver „braver Junge“, der völlig außerstande war, in den Therapiesitzungen irgendein Gefühl des Ärgers zum Ausdruck zu bringen. Er machte sich jedoch ein Muster zu eigen, das darin bestand, dass er etwa die Hälfte der 50 minütigen Sitzung nicht sprach und seine Rechnungen nicht bezahlte. Obwohl er jegliche Wut auf den Therapeuten abstritt, als dieses Verhalten offen zur Sprache gebracht wurde, machte er sich ein Muster zu eigen, das darin bestand, dass er seinem Ärger mit einem Satzsatz Luft machte. Einmal, als es ihm nicht gelang, seinen Ärger darüber auszusprechen, dass der Therapeut ihn während der Sitzung „anstarrte“, ging er auf die Tür zu und sagte: „Ich denke, Sie haben sich nicht mit meinem Schnupfen angesteckt“, womit er auf seine zuvor geäußerte Besorgnis darüber anspielte, er könne den Therapeuten anstecken. Ein anderes Mal ging er, nachdem er darauf aufmerksam gemacht worden war, dass er seine Rechnungen nicht bezahlte, mit folgender Bemerkung: „Erfrieren Sie nicht!“ Wenig später endete eine Sitzung mit den Worten: „Rutschen Sie nicht auf dem Eis aus!“

Einen seiner bemerkenswertesten Satzsätze sagte Herr MM am Ende einer Sitzung, in der er wegen einer beiläufigen Bemerkung darüber, dass er seine Rechnungen nicht bezahlte, geschwiegen hatte. Der Therapeut hatte einen Zusammenhang zwischen der versäumten Zahlung der Rechnungen und der Unfähigkeit des Patienten, verbales Material für die Sitzung zu liefern, hergestellt. Nach längerem Schweigen wurde Herrn MM mitgeteilt, dass die Zeit abgelaufen sei. Als er zur Tür ging, wandte er sich dem Therapeuten zu und sagte: „Gestern hätte ich Ihnen bei einem Ausverkauf fast ein Buch gekauft. Der Verfasser war ein Arzt, und es trug den Titel ‚Dreißig Jahre rektale Behandlungen‘.“ Dann verließ er eilig den Raum und schlug die Tür hinter sich zu. In der nächsten Sitzung brachte der Therapeut seine scheinbar wohlwollende Absicht, ihm ein Geschenk zu kaufen, zur Sprache. Herr MM war nun in der Lage, zu erkennen, dass der Versuch des Therapeuten, Geld von ihm zu bekommen und ihm Worte zu entlocken, einem Finger ähnelte, der in seinen Anus eindrang, um Kot zu entfernen.

Bei der Übertragung hatte Herr MM die äußerst zwiespältige Beziehung zu seiner Mutter nachgestellt, in der es um Vorenthaltung und Kontrolle ging. Er erlebte seinen Therapeuten als eine Mutter, die verlangte, dass er Kot (Worte und Geld) lieferte, wann und wo sie es ihm befahl. Um sich dem Befehl zu widersetzen, den er als sadistisch und unzumutbar empfand, hielt er seine Beiträge bis zum letzten Augenblick zurück und lieferte sie dann unter seiner eigenen Kontrolle ab. Dadurch versuchte er, das zu etwas Aktivem zu machen, was er passiv erlebt hatte, und machte seiner sadistischen Aggression durch ärgerliche Bemerkungen Luft. Wie die Beispiele zeigen, hat er jedoch durch den Abwehrmechanismus der Reaktionsbildung mit jedem Schlusssatz etwas von sich preisgegeben. Wenn man die Reaktionsbildung durchschaut, kann man diese Schlusssätze folgendermaßen deuten: „Rutschen Sie nicht auf dem Eis aus!“ bedeutet „Ich hoffe, Sie rutschen auf dem Eis aus.“ „Erfrieren Sie nicht!“ heißt so viel wie „Ich hoffe, Sie erfrieren!“ Selbst seinen Versuch, den Therapeuten mit einer sadistischen und aufdringlichen Mutter gleichzusetzen, die ihm seine Körperprodukte mit Gewalt entzieht, musste Herr MM durch den Gedanken tarnen, ihm ein Geschenk zu kaufen. Trotz der Reaktionsbildung nahm der Therapeut die Wut in diesen Schlusssätzen wahr. Da Herr MM unbändige Angst vor der vernichtenden Wirkung seiner Wut hatte, musste er den Raum sofort nach den feindseligen Aussagen verlassen. Er befürchtete, diese Bemerkungen könnten den Therapeuten so tief berühren, dass dieser sich ausgiebig und auf vernichtende Weise rächen würde. Deshalb konnte er seine Wut nur dann ausdrücken, wenn er den Raum verließ und somit vor einer Vergeltung sicher war (Gabbard 1982).

Am Anfang der therapeutischen Ansätze zur Behandlung dieser typischen Widerstände obsessiv-kompulsiver Patienten muss die sorgfältige Prüfung der Gegenübertragung stehen. Der Therapeut kann einen starken Drang spüren, sich der abschweifenden, mechanistischen Anführung von Fakten zu entziehen. Er fängt dann möglicherweise an, ebenso wie der Patient Affekte zu isolieren, statt die Verärgerung und die Wut als wichtigen Teil des Prozesses zu erleben, der für den Patienten gedeutet werden muss. Wenn das Material den Therapeuten beispielsweise langweilt und abstößt, könnte er sagen: „Kann es sein, dass Sie mir all diese Fakten präsentieren, um emotional Abstand von mir zu halten?“ Eine andere Gegenübertragungsfalle besteht darin, dass der Therapeut bestimmte Aspekte der Psychopathologie des Patienten wegen seiner eigenen obsessiv-kompulsiven Neigungen skotomisiert. Da obsessiv-kompulsive Eigenschaften für das Absolvieren des Medizinstudiums und des psychiatrischen Krankenhauspraktikums günstig sind (Gabbard 1985), können Therapeuten leicht übersehen, wie sich diese Eigenschaften negativ auf die Beziehungen des Patienten auswirken. Die Auswirkungen obsessiv-kompulsiver Neigungen auf Beziehungen anzuerkennen, kann für einen Therapeuten unangenehm sein, weil die Situation des Patienten Ähnlichkeiten mit den persönlichen Beziehungen des Therapeuten aufweisen kann.



Eine wirksame Strategie bei der Behandlung obsessiv-kompulsiver Patienten besteht darin, die Wand der Worte zu durchbrechen und unmittelbar auf Gefühle zu sprechen zu kommen. Der Therapieprozess bleibt häufig stecken, wenn der Patient nach Fakten sucht, um Gefühle zu vermeiden, wie das nachstehende Beispiel zeigt:

Herr NN war ein 29 jähriger Hochschulabsolvent, der sich um eine Psychotherapie bemüht hatte. Er beklagte vor allem, dass er nicht in der Lage sei, seine Dissertation fertigzustellen. Sein Therapeut war ein Psychiater im Praktikum, der etwas jünger war als er. In den ersten beiden Sitzungen kämpfte der Patient mit seiner Besorgnis bezüglich des Alters des Therapeuten, indem er versuchte, bestimmte Fakten zu erfahren.

HERR NN: Sie sehen aus, als wären Sie möglicherweise nicht alt genug, um ein vollständig ausgebildeter Psychiater zu sein. Ich würde sagen, Sie sind ungefähr so alt wie ich. Ist das richtig?

THERAPEUT: Ja. Ich bin etwa so alt wie Sie.

HERR NN: Ich gehe aber davon aus, dass Sie eine umfassende psychotherapeutische Schulung genossen haben. Oder?

THERAPEUT: Ja, das habe ich.

HERR NN: Wie lange dauert so eine Anstellung als Psychiater im Praktikum?

THERAPEUT: Vier Jahre.

HERR NN: Und in welchem Jahr sind Sie?

THERAPEUT: Im dritten.

HERR NN: Sie haben aber doch einen Supervisor, oder?

Hier wurde dem Psychiater bewusst, dass dieses Frage-und-Antwort-Spiel dazu diente, die Gefühle des Patienten zu umgehen. Statt lediglich auf alle Sachfragen des Patienten zu antworten, entschloss sich der Therapeut, den Prozess als solchen anzusprechen.

THERAPEUT: Herr NN, ich habe den Eindruck, dass Sie versuchen, die Einzelheiten über meine Ausbildung zu erfragen, um nicht darüber zu sprechen, was Sie empfinden, weil Sie von einem Therapeuten behandelt werden, der etwa in Ihrem Alter ist und sich noch in der Ausbildung befindet. Ich frage mich, ob Sie nicht etwas verärgert sind und sich vielleicht sogar ein bisschen gedemütigt fühlen, weil Ihnen ein Arzt im Praktikum zugewiesen wurde.

Dieser Auszug veranschaulicht, wie der Therapeut die Gefühle des Patienten unumwunden ansprechen sollte, auch wenn der Patient ihre Existenz leugnet. Obsessiv-kompulsive Patienten entziehen sich den Übertragungsgefühlen auch dadurch, dass sie sich in lange Ausführungen über weit zurückliegende



Ereignisse flüchten. Der Therapeut muss den Patienten dann gegebenenfalls in das Hier und Jetzt der Übertragung zurückbringen und versuchen, zu ergründen, welche Umstände der aktuellen Situation den Patienten veranlassen haben, sich in die Vergangenheit zu flüchten (Salzman 1980, 1983). Indem er bestimmte übergreifende Themen und Ziele der Therapie – häufig diejenigen, deretwegen der Patient sich in Behandlung begeben hat – im Auge behält, kann der Therapeut Eckpunkte für den Prozess bestimmen (Salzman 1980, 1983). Wenn der Patient endlos über scheinbar unbedeutende Einzelheiten grübelt, muss der Therapeut ihn gegebenenfalls unterbrechen und ihn wieder auf das zentrale Thema oder die zentrale Frage bringen, mit dem/der die Sitzung begonnen wurde. Dieses Problem lässt sich in einer Gruppenpsychotherapie häufig sehr gut lösen, weil der Patient solche Rückmeldungen von Gleichgesinnten wahrscheinlich ohne den Machtkampf, der mit der Rückmeldung des Therapeuten einhergeht, akzeptiert.

Darüber hinaus, dass der Patient mit seinen typischen Abwehrmechanismen konfrontiert werden muss, diese interpretiert werden müssen und ihm geholfen werden soll, die Gefühle, die sich hinter diesen Abwehrmechanismen verbergen, auszudrücken, besteht ein weiteres umfassendes Ziel der Psychotherapie oder der Psychoanalyse darin, seine strengen Über-Ich-Attitüden abzumildern und zu ändern. Ganz einfach formuliert bedeutet das, dass die Patienten akzeptieren müssen, dass sie auch nur Menschen sind. Sie müssen lernen, dass ihre Bemühungen, ihre Gefühle von Ärger, Hass, Lust, Abhängigkeit usw. zu überwinden, zum Scheitern verurteilt sind. Gefühle müssen letztendlich als Teil der menschlichen Natur begriffen werden. Sie müssen als Teil der Selbsterfahrung des Betroffenen integriert und nicht unterdrückt, geleugnet, verdrängt oder abgestritten werden, als seien sie die von jemand anderem. Um dieses Ziel, das Über-Ich zu einer gütigeren Struktur zu machen, zu erreichen, ist Bestärkung im Allgemeinen nicht geeignet. Bemerkungen wie „Sie sind gar nicht so schlimm, wie Sie es von sich denken“ oder „Sie sind viel zu streng mit sich selbst“ wird der Patient als leere Phrasen empfinden.

Veränderungen des Über-Ich lassen sich eher durch eine ausführliche Interpretation der Konflikte des Patienten in Bezug auf Abhängigkeit, Aggression und Sexualität erreichen, wenn diese dauerhaft mit einer wohlwollenden und helfenden Haltung des Therapeuten einhergeht. Indem er nicht urteilt, hilft der Therapeut dem Patienten, zu erkennen, dass sein Eindruck vom Therapeuten durch Muster verzerrt wird, die aus früheren Beziehungen resultieren. Auch wenn der Patient wiederholt versucht, den Therapeuten als kritisch und urteilend hinzustellen, kann dieser ihm helfen, indem er ihn darauf hinweist, dass er seine eigene kritische und urteilende Einstellung dem Therapeuten zuschreibt.

Sowie diese Patienten anfangen, zu verstehen, dass andere nicht annähernd so kritisch sind wie sie selbst, steigert sich ihr Selbstwertgefühl entsprechend. Ihnen wird klar, dass andere sie die ganze Zeit über in viel größerem Maße

akzeptiert haben, als sie gedacht hatten. Wenn sie erleben, dass der Therapeut sie so akzeptiert, wie sie sind, erhöht sich auch ihre Selbstakzeptanz. Wenn sie erkennen, dass ihre Konflikte bezüglich Aggression und Abhängigkeit aus Situationen in der Kindheit stammen, können sie diese besser beherrschen und sie als Teil des Menschseins akzeptieren. Der Therapeut kann die Patienten in bestimmten Abständen mit den unrealistischen Erwartungen an sich selbst konfrontieren, die so typisch für sie sind. Ein Patient zum Beispiel kritisierte sich in einer Psychotherapiesitzung wegen seiner Gefühle von Rivalität gegenüber seinem älteren Bruder auf einer Familienweihnachtsfeier. Der Therapeut sagte: „Sie scheinen zu glauben, dass sie in der Lage sein sollten, jegliches Konkurrenzgefühl gegenüber ihrem Bruder zu überwinden, und dass Sie eine Niete sind, wenn ihnen das nicht gelingt.“

Wie bei der Psychotherapie der Mehrzahl der Patienten werden erst die Widerstände und dann die diesen zugrunde liegenden Inhalte interpretiert. Werden die Widerstände des Patienten jedoch nicht berücksichtigt, kann dies zu unangemessenen und verfrühten Interpretationen führen. Wenn der Therapeut ärgerlich oder aufgebracht reagiert oder das private oder unbewusste Selbstempfinden des Patienten interpretiert, kann dies für den Patienten eine äußerst beschämende oder demütigende Bloßstellung bedeuten. Wenn der Therapeut seine aus der Gegenübertragung resultierende Verärgerung im Zaum halten kann, formuliert der Patient möglicherweise seine privaten Zweifel und seine verborgene Verachtung gegenüber anderen. Abwehrmechanismen gegen Ärger, wie zum Beispiel die Reaktionsbildung, müssen gegebenenfalls angesprochen werden, noch bevor der Patient ihr Muster deutlich genug erkennt, um es mit tiefer liegendem Ärger in Verbindung zu bringen. So muss der Therapeut möglicherweise eine Interpretation wie die folgende äußern: „Jedes Mal, wenn ich sage, ich werde Urlaub machen, sagen Sie ‚Kein Problem!‘ Ich frage mich, ob diese Antwort vielleicht andere, weniger akzeptable Gefühle überdeckt.“ Wenn obsessiv-kompulsive Patienten ihren Ärger gegenüber dem Therapeuten endlich unverhohlen erleben und ausdrücken können, erkennen sie, dass das bei Weitem nicht so vernichtend ist, wie sie gedacht hatten. Der Therapeut ist eine zuverlässige Person, die Woche um Woche da ist und den Ausdruck von Ärger offensichtlich unbeschadet übersteht. Außerdem erkennen die Patienten, dass ihr Ärger sie nicht zu zerstörerischen Monstern macht.

Patienten mit OCPD quälen häufig „Gedankenverbrechen“. In ihrem Unterbewusstsein besteht kaum ein Unterschied zwischen einem ärgerlichen Gedanken und der Handlung, jemandem eine zu verpassen. Teil der Veränderung des Über-Ichs, die bei der dynamischen Therapie oder der Psychotherapie erfolgt, ist es, dem Patienten zu helfen, einzusehen, dass feindliche Impulse, Gefühle oder Gedanken eben nicht dasselbe sind wie Handlungen. Der Patient lernt schließlich, dass Gedanken und Gefühle nicht denselben moralischen Standards unterliegen wie zerstörerische Handlungen. Die Akzeptanz des eigenen inneren Lebens reduziert auch die Angst.

Für obsessiv-kompulsive Menschen sind sexuelle Gefühle häufig ebenso inakzeptabel wie Ärger oder Abhängigkeit. Auch diesbezüglich ist die Übertragung das Forum für die Nachstellung der Situation aus der Kindheit, in der der Patient den Therapeuten als einen Elternteil sieht, der die Sexualität missbilligt. Indem er missbilligendes Urteilen vermeidet, ermöglicht der Therapeut dem Patienten, schließlich zu erkennen, dass es sich bei solchen Verboten um innerliche und nicht um externe handelt. Die dem Therapeuten zugeschriebene Bedrohung (durch Kastration oder Liebesverlust) kann dann als eine illusorische begriffen werden, die aus dem Inneren des Patienten kommt.

Eine wirksame Strategie für die Arbeit mit OCPD-Patienten besteht darin, sie zur Zusammenarbeit bei der aktiven Ergründung dessen zu gewinnen, wie das zwanghafte Denken als Abwehrmechanismus gegen Verluste eingesetzt wird (Cooper 2000). Indem sie in einem Maße über verschiedene Alternativen grübeln, das sie lähmt und einen Entschluss unmöglich macht, vermeiden es diese Patienten, auch nur eine zu verwerfen. Sie erhalten alle Möglichkeiten aufrecht, indem sie sich einreden, es gäbe unendlich viele Alternativen. Diese Vorstellung kann mit den Patienten aktiv ergründet werden, und man kann ihnen helfen, darüber zu trauern, dass sie nicht alles haben, was sie sich wünschen. Bei vielen Menschen mit OCPD liegen im Hintergrund depressive Themen verborgen, und es erstaunt nicht, dass die Prävalenz einer schweren Depression der Achse I bei ihnen relativ hoch ist (Skodol et al. 1999).

Der Schlüssel für eine erfolgreiche Psychotherapie oder Psychoanalyse von Patienten mit OCPD schließlich ist Empathie für die Scham und das Schuldbewusstsein, die die inakzeptablen Aspekte des privaten und des unbewussten Selbstempfindens begleiten und zu Selbsthass führen. Maßnahmen, bei denen die Angst dieser Patienten davor, dass andere ihre sadistischen Impulse, ihre Sehnsucht nach Unterwerfung und ihre tief greifende Unsicherheit entdecken könnten, berücksichtigt wird, können zur Schaffung einer halt gebenden Umgebung beitragen, in der die dunkleren Aspekte der Psyche ergründet werden können.

## Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung

---

Die umstrittene Kategorie der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung wurde geschaffen, um eine Gruppe sozial zurückgezogener Menschen von schizoiden Patienten zu unterscheiden. Anders als schizoide Patienten (die in Kapitel 14 beschrieben wurden) sehnen sich ängstlich-vermeidende Menschen nach engen interpersonellen Beziehungen, haben aber zugleich auch Angst vor ihnen. Sie vermeiden Beziehungen und soziale Situationen, weil sie die mit einem Versagen verbundene Demütigung und den mit der Abweisung einhergehenden Schmerz fürchten. Ihr Wunsch nach Beziehungen ist wegen

---

**TABELLE 19-2.** DSM-IV-TR Kriterien der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung

---

Es besteht ein tief greifendes Muster von sozialer Hemmung und Gefühlen von Unzulänglichkeit und Überempfindlichkeit gegenüber negativer Bewertung, das im frühen Erwachsenenalter in verschiedenen Situationen auftritt und sich in vier (oder mehr) der nachstehenden Kriterien zeigt:

- (1) Der/die Betreffende vermeidet wegen der Angst vor Kritik, Missbilligung oder Ablehnung berufliche Aktivitäten, die mit einem beträchtlichen Maß an interpersonellen Kontakten verbunden sind.
  - (2) Der/die Betreffende ist nicht bereit, sich mit Menschen einzulassen, es sei denn, er/sie ist sich sicher, dass man ihn/sie mag.
  - (3) Der/die Betreffende ist wegen seiner/ihrer Angst, beschämt oder lächerlich gemacht zu werden, in intimen Beziehungen zurückhaltend.
  - (4) Der/die Betreffende beschäftigt sich ständig damit, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden.
  - (5) Der/die Betreffende ist wegen Gefühlen der Unzulänglichkeit in neuen interpersonellen Situationen gehemmt.
  - (6) Der/die Betreffende betrachtet sich selbst als sozial unbeholfen, als Person unattraktiv oder anderen unterlegen.
  - (7) Der/die Betreffende ist außergewöhnlich ungern bereit, persönliche Risiken einzugehen oder neue Aktivitäten auszuprobieren, weil diese sich als peinlich erweisen können.
- 

*Quelle:* Nachgedruckt aus American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition, Text Revision. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000. Copyright 2000, American Psychiatric Association. Verwendung mit Genehmigung.

ihrer Schüchternheit und Zurückhaltung nicht unbedingt offensichtlich.

Bezüglich der Unterscheidung zwischen allgemeiner sozialer Phobie und ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung herrscht große Uneinigkeit. Während die soziale Phobie gut erforscht ist, gibt es relativ wenige Studien, in deren Mittelpunkt die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung steht, insbesondere was die Behandlungsmaßnahmen betrifft. Bei der Durchsicht der Literatur zum Vergleich von allgemeiner sozialer Phobie und ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung (Alden et al. 2002; Rettew 2000) ist man zu dem Schluss gekommen, dass es hinsichtlich der Phänomenologie, der Demografie, der Ätiologie, des Verlaufs und der Behandlung wenig Belege für wesentliche qualitative Unterschiede zwischen den beiden Störungen gibt. Erkennbare Unterschiede scheinen eher hinsichtlich der Schwere als im Bereich abweichender Symptome zu bestehen. Wegen der Ähnlichkeit zwischen allgemeiner sozialer Phobie und ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung

stellen viele die Gültigkeit der Unterscheidung zwischen Achse I und Achse II des DSMIVTR infrage.

Die Kriterien der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung (Tabelle 19-2) werden häufig bei Klinikpopulationen festgestellt. Eine norwegische Studie (Torgersen et al. 2001) hat gezeigt, dass es sich um die häufigste Persönlichkeitsstörung handelt, deren Prävalenz 5 % beträgt, in den Vereinigten Staaten aber nur bei 2,36 % liegt (Grant et al. 2004). Sie wird jedoch in der klinischen Praxis selten als primäre oder einzige Störung diagnostiziert (Gunderson 1988). Zumeist ist sie eine ergänzende Diagnose zu einer anderen Persönlichkeitsstörung oder wird zusammen mit einer Achse I-Diagnose gestellt. Die zentrale Bedeutung der Scham bei ängstlich-vermeidenden Patienten stellt eine Verbindung zu bestimmten Gruppen narzisstischer Patienten (insbesondere zum phänomenologisch hypervigilanten Typ und zu einigen der von Kohut beschriebenen) her. Manche Daten (Dickinson and Pincus 2003) deuten sogar darauf hin, dass bei hypervigilanten Narzissten fälschlicherweise die Diagnose ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung gestellt werden kann, weil sie offen eine beträchtliche Angst vor Beziehungen zu anderen, einen Mangel an Selbstbewusstsein bei der Anregung und Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen und Angst vor Beschämung und Enttäuschung an den Tag legen, wenn ihre Bedürfnisse in den Beziehungen nicht erfüllt werden. Sowohl Menschen mit einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung als auch narzisstische Menschen des hypervigilanten Typs brauchen es, von anderen gemocht und akzeptiert zu werden, bei ängstlich-vermeidenden Menschen fehlen jedoch die stille Grandiosität und das Gefühl, ein Anrecht zu haben, die für die narzisstische Persönlichkeitsstörung charakteristisch sind. Außerdem braucht ein hypervigilanter Narzisst Bewunderung, ungeachtet dessen, ob er sie erhält oder nicht.

## Die psychodynamische Auffassung

Menschen können aus einer ganzen Reihe von Gründen schüchtern oder vermeidend sein. Sie können konstitutionell, aufgrund ihres angeborenen Temperaments, das sich dann sekundär zu ihrem umfassenden persönlichen Stil entwickelt, zur Vermeidung von Stresssituationen prädestiniert sein (Gabbard 1988). Die im psychobiologischen Modell von Cloninger et al. (1993) als *Schadensvermeidung* bezeichnete Dimension beispielsweise kann bei den meisten Patienten mit einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung ein häufiger biologischer Faktor sein. Einige Forschungsergebnisse lassen darauf schließen, dass das Merkmal Schüchternheit genetisch-konstitutionellen Ursprungs ist, es jedoch einer bestimmten Erfahrung mit der Umgebung bedarf, damit es sich voll entfaltet (Kagan et al. 1988). Nachmias et al. (1996) haben festgestellt, dass der Bindungsstatus die Expression der im Temperament

angelegten Hemmung verringert. Kinder mit einer biologischen Anfälligkeit für Hemmungen und Schüchternheit reagierten mit einer größeren autonomen Erregung auf Fremde, wenn sie eine unsichere Bindung hatten als im Falle eines sicheren Bindungsstatus. Ungünstige Erfahrungen mit der Umgebung wurden auch in einer Studie mit Studenten mit Symptomen einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung (Meyer and Carver 2000) nachgewiesen. Studenten mit solchen Symptomen berichteten signifikant häufiger über negative Erinnerungen an die Kindheit, wie zum Beispiel Isolation, Ablehnung und ungünstige soziale Erfahrungen. Schüchternheit oder Vermeidung dient der Abwehr peinlicher Situationen, von Demütigung, Ablehnung und Versagen. Wie bei jeder anderen Form der Angst muss ihre psychodynamische Bedeutung auch in diesem Fall ergründet werden, um ihren Ursprung bei jedem einzelnen Patienten ermitteln zu können. Bei der psychotherapeutischen oder psychoanalytischen Behandlung dieser Menschen stellt sich jedoch häufig heraus, dass Scham die zentrale affektive Erfahrung darstellt.

Scham und Selbstexposition hängen eng miteinander zusammen. Ängstlich-vermeidende Patienten haben ganz allgemeine vor allen Situationen Angst, in denen sie Aspekte ihrer selbst preisgeben müssen, durch die sie verletztlich werden. Während Schuldgefühle von der Sorge bezüglich einer Bestrafung begleitet werden, geht es bei Scham eher um eine Beurteilung, bei der das Selbst als in irgendeiner Weise unzulänglich befunden und als solches eingestuft wird, das einem inneren Standard nicht entspricht. In diesem Sinne steht Schuldbewusstsein dem Über-Ich des strukturellen Modells näher, während Scham eher mit dem Ich-Ideal zu tun hat (siehe Kapitel 2). Menschen mit einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung sehen die Dinge möglicherweise so, dass soziale Situationen vermieden werden müssen, weil in diesen ihre Unzulänglichkeiten für alle offensichtlich werden können. Sie können sich für die verschiedensten Aspekte ihrer selbst schämen, sich also beispielsweise als schwach, kampfunfähig, mit körperlichen oder geistigen Fehlern behaftet, schlampig oder abstoßend, der Kontrolle körperlicher Funktionen unfähig oder exhibitionistisch betrachten (Wurmser 1981).

Scham und Selbstexposition hängen eng miteinander zusammen. Ängstlich-vermeidende Patienten haben ganz allgemeine vor allen Situationen Angst, in denen sie Aspekte ihrer selbst preisgeben müssen, durch die sie verletztlich werden. Während Schuldgefühle von der Sorge bezüglich einer Bestrafung begleitet werden, geht es bei Scham eher um eine Beurteilung, bei der das Selbst als in irgendeiner Weise unzulänglich befunden und als solches eingestuft wird, das einem inneren Standard nicht entspricht. In diesem Sinne steht Schuldbewusstsein dem Über-Ich des strukturellen Modells näher, während Scham eher mit dem Ich-Ideal zu tun hat (siehe Kapitel 2). Menschen mit einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung sehen die Dinge möglicherweise so, dass soziale Situationen vermieden werden müssen, weil in diesen ihre Unzulänglichkeiten für alle offensichtlich werden können. Sie können sich für

die verschiedensten Aspekte ihrer selbst schämen, sich also beispielsweise als schwach, kampfunfähig, mit körperlichen oder geistigen Fehlern behaftet, schlampig oder abstoßend, der Kontrolle körperlicher Funktionen unfähig oder exhibitionistisch betrachten (Wurmser 1981). Die Bindungstheorie trägt wesentlich zum Verständnis des ängstlich-vermeidenden Patienten bei. Erwachsene mit einem ängstlich-vermeidenden Bindungsstil sind meist in der Kindheit von Eltern oder Betreuern zurückgewiesen worden und haben deshalb als Erwachsene Angst, Liebesbeziehungen einzugehen (Connors 1997). Sie haben oft das Gefühl, ihre Bedürfnisse während ihrer Entwicklung seien übertrieben oder unangemessen gewesen, und sie haben das Fehlen adäquater Selbstobjektreaktionen erlebt (Miliore 1998).

## Psychotherapeutische Ansätze

Obwohl es wenig empirische Forschungsergebnisse zur dynamischen Therapie der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung gibt, lassen zwei Studien, die bereits weiter oben bei der Besprechung der OCPD erwähnt wurden, darauf schließen, dass dieser Ansatz geeignet ist. In der kontrollierten Studie von Winston et al. (1994) haben Patienten mit Cluster C-Persönlichkeitsstörungen, die an einer dynamischen Therapie teilgenommen haben, besser abgeschnitten als die Probanden der Kontrollgruppe, die auf der Warteliste standen. In der Studie von Svartberg et al. (2004) haben Cluster C-Patienten, die eine dynamische Therapie erhalten haben, außerordentlich gut abgeschnitten und zeigten auch nach dem Ende der Behandlung eine weitere Besserung. Patienten mit einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung sprechen vermutlich am besten auf eine expressiv-supportive Psychotherapie an, wenn sie in dieser auch ausdrücklich ermutigt werden, sich der gefürchteten Situation auszusetzen (Gabbard and Bartlett 1998, Sutherland and Frances 1995). Diese Ermutigung, sich der gefürchteten Situation zu stellen, muss natürlich auch mit empathischem Verständnis für die Peinlichkeit und Demütigung, die die Exposition bedeutet, einhergehen. Man könnte sagen, dass die Therapie insofern expressiv-supportiv ist, als durch ihre expressiven Elemente die tiefer liegenden Gründe der Scham und ihre Verbindungen mit früheren Erfahrungen während der Entwicklung ermittelt werden, während ihre supportiven Elemente in der auf Empathie gründenden Ermutigung bestehen, die gefürchtete Situation anzugehen, statt ihr vor Angst auszuweichen. Dieser Ansatz kann mit einem selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer wie Paroxetin kombiniert werden, der auf das biologische Temperament wirkt.

Bei der tatsächlichen Exposition werden mehr Ängste und Vorstellungen aktiviert als bei der Abwehrhaltung des Rückzugs. Das kann man den betroffenen Patienten im Rahmen einer belehrenden Maßnahme erklären, damit sie erkennen, was für einen Wert es hat, wenn sie die gefürchtete



Situation suchen. Der Therapeut sollte darauf vorbereitet sein, dass der Patient die Notwendigkeit, sich gefürchteten Situationen zu stellen, einsieht, die Ausführung der Aufgabe jedoch abbricht. Ängstlich-vermeidende Patienten haben gegebenenfalls Angst, das in der Therapie anzusprechen, weil sie befürchten, dafür Missbilligung und Kritik von ihrem Therapeuten zu ernten (Newman and Fingerhut 2005).

Die ersten Versuche, den Ursachen auf den Grund zugehen, können frustrierend sein, da ängstlich-vermeidende Patienten sich nicht ganz sicher sind, wovor sie sich fürchten. Sie greifen oft auf psychiatrische Klischees wie „Ablehnung“ zurück. Der Therapeut muss mehr Einzelheiten der betreffenden Situation erfragen, um dem Patienten zu helfen, nicht nur solche vagen Erklärungen für sein vermeidendes Verhalten zu geben. Er kann zum Beispiel fragen: „Was haben Sie sich denn konkret vorgestellt, was Ihre Kollegen über Sie denken, als Sie gestern mit ihnen beim Mittagessen gegessen haben?“ Ebenso können bestimmte Vorstellungen im Kontext der Übertragung ermittelt werden. Ängstlich-vermeidende Patienten haben in der Regel ziemliche Angst vor der Exposition bei der Psychotherapie. Wenn ein Patient wegen etwas rot wird, das gerade gesagt wurde, kann der Therapeut ihn beispielsweise fragen: „Würden Sie mir sagen, was Ihnen jetzt gerade peinlich ist? Ist es, dass Sie meinen, ich würde auf eine bestimmte Art und Weise auf das reagieren, was Sie eben gesagt haben?“ Indem sich der Patient weiter mit bestimmten Einzelheiten beschäftigt, werden ihm die kognitiven Zusammenhänge des Schamgefühls stärker bewusst.

Frau OO war eine 24 jährige Schwesternschülerin, die sich in eine Psychotherapie begeben hatte, weil sie mit ihrem Leben unzufrieden war, Schwierigkeiten hatte, heterosexuelle Beziehungen einzugehen und in sozialen Situationen Angst empfand. Sie berichtete, sie sei in der Gegenwart von Männern stets ängstlich und schüchtern. Da sie außerordentlich attraktiv war, wurde sie oft zum Ausgehen eingeladen, doch ihre Angst vor jedem Date eskalierte so weit, dass sie Alkohol trinken musste, um lockerer zu werden. Sie erklärte ihrem Therapeuten, sie befürchte, sie laufe Gefahr, alkoholabhängig zu werden, weil sie sich gegenüber Männern nur „öffnen“ könne, wenn sie etwas getrunken habe. Frau OO gab an, sie erlebe dieselbe Angst, wenn sie in Gesellschaft anderer „auftaue“, wie zum Beispiel mit ihren Kollegen in der Schwesternschule.

Sie hatte mehrere Monate lang an einer Gruppenpsychotherapie teilgenommen, hatte jedoch in der Gruppe kein Wort herausbekommen und war verlegen gewesen. Sie hatte aus Angst, „das Falsche zu sagen“, kaum etwas gesagt. Als sie anfang, die Gruppenpsychotherapiesitzungen auszulassen, hatte sie ihr Fehlen rationalisiert, indem sie sich erklärt hatte, es mache nichts, da sie sich ja ohnehin nicht beteiligte. Frau OO hatte sich für eine Einzelpsychotherapie entschieden, weil sie erwartet hatte, es sei leichter, sich gegenüber einer Person zu öffnen als gegenüber acht.



Ab der dritten Psychotherapiesitzung schwieg sie immer öfter. Der Therapeut war während dieser Schweigephasen geduldig, doch nach einigen weiteren Sitzungen bemerkte er, dass sie immer dann zu schweigen schien, wenn sie kurz davor war, starke Emotionen zu erleben. Sie gab zu, dass sie furchtbare Angst davor hatte, die Kontrolle zu verlieren, wenn sie emotional wurde. Der Therapeut fragte sie, ob sie besorgt sei, wie er auf ihren Ausdruck von Gefühlen reagieren würde. Sie erwiderte, sie sei sich sicher, dass er sie kritisieren würde und ihr sagen würde, „sie solle sich schämen“, weil sie sich „wie ein kleines Kind benehme“.

Da fragte der Therapeut sie, ob diese Angst von einer ähnlichen früheren Erfahrung herrühre. Sie beschrieb ausführlich, wie ihr Vater sie als Kind behandelt hatte. Sie sagte, er sei „ein großer Mann“ gewesen, „der keine Kritik vertragen, sie aber austeilen konnte“. Jedes Mal, wenn sie eine Note nach Hause gebracht habe, habe er sie angeschrien: „Warum hast du keine Eins bekommen?“ Sie erinnerte sich auch daran, wie sie beim Abendessen die Milch verschüttet hatte und dafür von ihrem Vater streng getadelt und angefahren worden war: „Warum kannst du nicht ein bisschen mehr wie deine Schwester sein?“ Mit großer Verlegenheit berichtete sie, ihr Vater habe ihr nie das Gefühl gegeben, es sei in Ordnung, dass sie eine Frau ist. Am Tag ihrer ersten Periode habe er sie damit aufgezogen, dass sie nun eine Ausrede habe, einmal im Monat „böse“ zu sein. Sie erinnerte sich, dass sie sehr gekränkt gewesen war und stundenlang in ihrem Zimmer geweint hatte. Als sie einmal ganz aufgeregt nach Hause kam, weil sie zum Cheerleader gewählt worden war, nannte ihr Vater sie „eingebildet und verwöhnt“. Sie war fest davon überzeugt, dass sie den Erwartungen ihres Vaters niemals würde genügen können.

Im Laufe der Therapie sprach Frau OO über ihre Schwierigkeiten auf Partys oder bei anderen sozialen Situationen. Wieder fragte sie der Therapeut nach früheren Situationen, die mit dieser Angst zu tun haben könnten. Frau OO erinnerte sich, dass ihre Mutter sie, als sie klein war, öfter schön angezogen und mit zu einer Freundin genommen hatte, wo alle immer meinten, wie „niedlich“ sie sei. Sie erinnerte sich, wie peinlich ihr diese Komplimente gewesen waren, als wäre sie „vorgezeigt“ worden. Als der Therapeut ihr half, diesem Gefühl weiter auf den Grund zu gehen, erkannte sie, dass sie diese Exposition bis zu einem gewissen Grad genossen hatte, weil sie im Gegensatz zur ständigen Kritik ihres Vaters so positive Rückmeldungen erhalten hatte. Der Therapeut ermunterte sie, einige der geselligen Veranstaltungen zu besuchen, zu denen sie eingeladen wurde, um zu sehen, welche Assoziationen sie noch hatte, wenn sie einen Angstanfall bekam.

Als Frau OO anfang, in nicht alkoholisiertem Zustand auszugehen, stellte sie fest, dass sie Angst davor hatte, dass sie Spaß haben könnte. Wenn sie die Komplimente der Männer genoss, die sie bei geselligen Anlässen umwarben, war sie überzeugt davon, sie sei „eingebildet und verwöhnt“, wie ihr Vater es gesagt hatte. Und wegen dieser Überzeugung hatte sie das Gefühl, sie sei ein „böses Mädchen“.

Der Fall von Frau OO veranschaulicht, dass Erfolg in interpersonellen Situationen ebenso Angst auslösen kann wie Niederlagen. Der Reiz des Sich-zur-Schau-Stellens kann automatisch die Erinnerung an frühere Rügen der Eltern wegen „Angeberei“ heraufbeschwören. Viele Menschen mit einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung befürchten, es könnte sie berauschen, wenn sie im Rampenlicht stünden. Diese Dynamik ist der Kern des Lampenfiebers (Gabbard 1979, 1983). Zusätzlich zu ihrer Angst davor, den Augenblick, in dem sie im Mittelpunkt stand, zu genießen, plagte Frau OO auch die Angst, die hohen Erwartungen, die sie an sich stellte, möglicherweise nicht erfüllen zu können. Diese Erwartungen hatte sie internalisiert, weil sie mit einem Vater zusammengelebt hatte, der übermäßig hohe Erwartungen hatte. In der Therapie gelang es ihr schließlich, sich einzugestehen, dass sie sehr wütend auf ihren Vater war, weil er sie wiederholt beschämt hatte und sie seinetwegen ein so konfliktreiches Verhältnis zu ihrer Sexualität und ihrem Frau-Sein hatte. Miller (1985) hat festgestellt, dass stets ein Zusammenhang zwischen unterdrückter Wut und der Erfahrung der Scham besteht. Frau OO konnte ihre Wut gegenüber ihrem Vater niemals frei zum Ausdruck bringen und schämte sich sogar dafür, dass sie solche Gefühle hatte.

## Dependente Persönlichkeitsstörung

---

Abhängigkeit ist, wie Ablehnung, mittlerweile so etwas wie ein psychiatrisches Klischee. Jeder Mensch ist bis zu einem gewissen Grad abhängig, und die meisten Patienten im klinischen Umfeld haben gewisse Probleme mit dem Gefühl der Abhängigkeit. Besonders in der amerikanischen Kultur, in der der Mythos des unbeugsamen Individualismus und der Unabhängigkeit herrscht, wird das Wort „Abhängigkeit“ oft im pejorativen Sinne gebraucht. Doch sogar Selbstpsychologen sind der Ansicht, dass wirkliche Unabhängigkeit weder möglich noch erstrebenswert ist (siehe Kapitel 2). Die meisten Menschen brauchen verschiedene Selbstobjektfunktionen wie Bestätigung, Empathie, Wertschätzung und Bewunderung, die sie am Leben erhalten und ihr Selbstwertgefühl bestimmen.

Die DSM IV TR-Kategorie der dependenten Persönlichkeitsstörung (DPD) soll eine Abhängigkeit erfassen, die so extrem ist, dass sie pathologisch ist (Tabelle 19-3). Die Betroffenen sind nicht in der Lage, eigene Entscheidungen zu treffen, sind ungewöhnlich unterwürfig, brauchen stets Bestärkung und können nur normal funktionieren, wenn sie jemand umsorgt.

**TABELLE 19-3.** DSM-IV-TR Kriterien der dependenten Persönlichkeitsstörung

Es besteht ein tief greifendes und übermäßiges Bedürfnis, umsorgt zu werden, das zu unterwürfigem und klammerndem Verhalten und Trennungsängsten führt, das im frühen Erwachsenenalter in verschiedenen Situationen auftritt und sich in fünf (oder mehr) der nachstehenden Kriterien zeigt:

- (1) Der/die Betreffende hat Schwierigkeiten, alltägliche Entscheidungen ohne ein Übermaß an Ratschlägen von und Bestärkung durch andere zu treffen.
- (2) Andere müssen die Verantwortung für wichtige Bereiche des Lebens des/der Betreffenden übernehmen.
- (3) Dem/der Betreffenden fällt es schwer, anderen gegenüber eine andere Meinung zu vertreten, weil er/sie befürchtet, ihre Unterstützung oder Bestätigung zu verlieren.

**Anmerkung:** Gilt nicht für begründete Angst vor Vergeltung.

- (4) Dem/der Betreffenden fällt es schwer, Projekte anzuregen oder Dinge selbstständig zu tun (eher wegen fehlenden Selbstvertrauens bezüglich ihres/seines Urteilsvermögens oder ihrer/seiner Fähigkeiten und weniger wegen fehlender Motivation oder Energie).
- (5) Der/die Betreffende setzt alles daran, Fürsorge und Unterstützung von anderen zu erhalten und geht dabei so weit, freiwillig unangenehme Dinge zu tun.
- (6) Der/die Betreffende fühlt sich wegen der übertriebenen Angst, nicht selbst für sich sorgen zu können, alleine unwohl oder hilflos.
- (7) Der/die Betreffende sucht dringend nach einer neuen Beziehung als Quelle von Fürsorge und Unterstützung, wenn eine enge Beziehung zu Ende gegangen ist.
- (8) Der/die Betreffende hat unbegründete Ängste, alleine gelassen zu werden und für sich selbst sorgen zu müssen.

*Quelle:* Nachgedruckt aus American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition, Text Revision. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000. Copyright 2000, American Psychiatric Association. Verwendung mit Genehmigung.

Ebenso wie die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung wird auch die DPD selten als Haupt oder alleinige Diagnose gestellt. In verschiedenen Studien (Bornstein 1995; Loranger 1996; Skodol et al. 1996) wurde bei Patienten mit DPD eine hohe Komorbidität nachgewiesen. Zu den Erkrankungen der Achse I, die häufig zusammen mit einer DPD auftreten, gehören die schwere Depression, die bipolare Störung, einige Angststörungen und Essstörungen. Skodol et al. (1996) waren der Meinung, es gäbe keinen spezifischen Zusammenhang zwischen DPD und Depression. DPD umfasse lediglich eine Reihe unangemessener Verhaltensweisen und Eigenschaften, die bei den

verschiedensten Persönlichkeitsstörungen vorkommen und mit einer Vielfalt von psychologischen Notlagen einhergehen. Tatsächlich haben die meisten Studien gezeigt, dass Patienten, bei denen eine DPD diagnostiziert wurde, auch die Kriterien mehrerer anderer Störungen der Achse I erfüllen. Obwohl bei mehr als 50 % der Patienten, bei denen eine DPD diagnostiziert wird, auch eine Borderline-Persönlichkeitsstörung festgestellt wird, können diese beiden Diagnosen anhand der Hauptaspekte der Beziehungsmuster differenziert werden. Borderline-Patienten reagieren mit Wut und Manipulation auf Verlassen-Werden, dependente Patienten hingegen werden unterwürfig und klammern (Hirschfeld et al. 1991). Außerdem fehlt in den Beziehungen von Menschen mit DPD die für die Beziehungen von Borderline-Patienten charakteristische Intensität und Instabilität.

Einer norwegischen Studie zufolge beträgt die Prävalenz der dependenten Persönlichkeitsstörung 1,5%, wobei sie bei Frauen doppelt so hoch ist wie bei Männern (Torgersen et al. 2001). Dies kann jedoch auch mit fest in der Kultur verwurzelten Geschlechterrollenklischees zusammenhängen, nach denen Abhängigkeit bei Frauen eher akzeptabel ist als bei Männern und Frauen ihre Abhängigkeit deutlicher zum Ausdruck bringen dürfen.

## Die psychodynamische Auffassung

Die frühen Verfasser psychoanalytischer Fachliteratur waren der Ansicht, Probleme bezüglich der Abhängigkeit stünden im Zusammenhang mit Störungen während der oralen Phase der psychosexuellen Entwicklung, heute wird diese Meinung jedoch nur noch vereinzelt vertreten (Gunderson 1988). Das Problem mit dieser Formulierung ist dasselbe wie bei anderen phasenspezifischen Erklärungen für eine Psychopathologie. Wahrscheinlicher ist, dass bei Patienten mit DPD in allen Phasen der Entwicklung ein auf Abhängigkeit ausgerichtetes tief greifendes elterliches Muster gewirkt hat. In einer empirischen Studie (Head et al. 1991) wurde festgestellt, dass Familien von Menschen mit DPD im Vergleich zu Familien einer klinischen Kontrollgruppe und einer gesunden Kontrollgruppe durch eine geringe Ausdruckskraft und ein hohes Maß an Kontrolle gekennzeichnet sind. In einer anderen Studie zur frühen familiären Umgebung (Baker et al. 1996) wurde festgestellt, dass die Familien von Patienten mit DPD einen niedrigen Wert für Unabhängigkeit und einen hohen für Kontrolle haben.

Ein Merkmal der DPD ist eine unsichere Bindung, und in Studien mit DPD-Patienten (West et al. 1994) wurde ein Muster verwickelter Bindungen festgestellt. Viele der Patienten waren mit Eltern aufgewachsen, die ihnen auf die eine oder andere Weise vermittelt hatten, Unabhängigkeit berge eine Vielfalt von Gefahren. Sie wurden möglicherweise auf subtile Weise dafür belohnt, wenn sie die Loyalität gegenüber ihren Eltern bewahrten, die sie bei jedem

Schritt in Richtung Unabhängigkeit abzulehnen schienen. Außerdem scheint es neben den Umweltfaktoren, die zur Ausprägung des klinischen Erscheinungsbildes beitragen, eine mäßige genetische Veranlagung für interpersonelle Abhängigkeit zu geben (O'Neill and Kendler 1998), sodass möglicherweise auch das biologische Temperament zu den ätiologischen Faktoren gehört.

Bornstein (1993) hat betont, dass Abhängigkeit und Passivität nicht automatisch gleichzusetzen sind. Das Hauptziel von Patienten mit DPD ist die Aufrechterhaltung von Beziehungen, die ihnen Fürsorge und Unterstützung bieten. Um dieses Ziel zu erreichen, legen sie durchaus selbstbewusste und aktive Verhaltensweisen an den Tag. Zum Beispiel erbitten DPD-Patienten mit größerer Wahrscheinlichkeit Rückmeldungen zu einem psychologischen Test, erbitten in einer Versuchsumgebung eher Hilfe bei der Lösung schwieriger Aufgaben und gehen eher zum Arzt, wenn sie körperliche Symptome haben.

Eine unterwürfige Haltung gegenüber anderen kann eine Fülle von Bedeutungen haben. So wie ängstlich-vermeidende Patienten aufgrund von unbewussten Faktoren vielfältigen Ursprungs die Exposition meiden, suchen auch dependente Patienten wegen unter der Oberfläche verborgener Ängste nach Fürsorge. Kliniker sollten jeden Patienten fragen: „Was ist das Beängstigende an der Unabhängigkeit oder der Trennung?“ Hinter dependentem Klammern verbirgt sich häufig Aggression. Es kann insofern als Kompromiss betrachtet werden, als es gegen Feindseligkeit schützt, die zugleich auch ausgedrückt wird. Wie viele Psychologen und Psychiater aus eigener Erfahrung wissen, erlebt die Person, die Gegenstand des Klammerns des dependenten Patienten ist, die Ansprüche des Patienten möglicherweise als feindselig und quälend.

Dependentes Verhalten kann auch dazu dienen, das Wachrufen früherer traumatischer Erlebnisse zu vermeiden. Der Therapeut sollte zusammen mit dem Patienten Erinnerungen an frühere Trennungen und deren Auswirkungen erkunden.

Herr PP war ein 29 jähriger verheirateter Postbeamter. Er hatte eine seit Langem andauernde dysthymische Störung und klagte über chronische Schlaflosigkeit, mangelnde Antriebskraft, Schwierigkeiten beim Treffen von Entscheidungen und Angst. Trotzdem erschien er regelmäßig an seinem Arbeitsplatz, obwohl es ihm schwerfiel, die Initiative zu ergreifen, wenn es von ihm erwartet wurde. Vor seiner Einweisung in eine psychiatrische Klinik wegen Selbstmordgedanken und -wünschen war Herr PP weinend vor seinem Vorgesetzten zusammengebrochen, als der ihm mitgeteilt hatte, er verrichte seine Arbeit nicht ordentlich. Im Aufnahmeinterview äußerte Herr PP größte Besorgnis darüber, dass er während seines Krankenhausaufenthaltes von seiner Frau getrennt sein würde, obwohl er erkannt hatte, dass seine Selbstmordwünsche eine Gefahr darstellten, die eine stationäre Behandlung erforderte. Frau PP erklärte, ihr Mann habe sich nie wohlfühlt, wenn er von ihr getrennt

war. Er überlasse ihr zu Hause alle Entscheidungen und funktioniere nicht gut ohne sie. Fast sofort nach seiner Aufnahme hingte sich Herr PP an eine Patientin, die ungefähr so alt war wie er, und ließ sich auf dieselbe Art und Weise von ihr führen wie von seiner Frau. Er nahm alle Mahlzeiten zusammen mit ihr ein und verbrachte seine gesamte Freizeit mit ihr, wenn sie nicht gerade an einer Behandlungsmaßnahme teilnahm. Er machte keine sexuellen Annäherungsversuche und berichtete, er fühle sich einfach sicher in ihrer Nähe.

Die Anamnese des Herrn PP zeigte ein Muster ängstlicher Abhängigkeit, das sein ganzes Leben lang angedauert hatte. Er hatte stets große Angst, wenn abzusehen war, dass er etwas alleine machen sollte, oder wenn er etwas planen sollte, ohne sich mit anderen zu beraten. Er hatte eine Schulphobie, als er in die Grundschule kam, und seine Mutter berichtete, er habe solange geweint, bis sie ihn nach Hause gebracht habe. Ebenso habe er, als er im Alter von 10 Jahren bei seinem Onkel übernachten sollte, so geweint, dass seine Mutter ihn abholen und nach Hause bringen musste. Nach seinem Hochschulabschluss meldeten sich all seine Freunde zum Militärdienst, also folgte er ihrem Beispiel. Nach der Entlassung vom Militär bewarben sie sich bei der Post, also bewarb auch er sich dort. Jegliche selbstständige Handlung schien bei ihm die schlimme Angst wachzurufen, die mit frühen Trennungen verbunden war. Er benahm sich, als würde er verlassen, wenn er irgendein selbstständiges Verhalten an den Tag legte.

Worin die Ursachen der Abhängigkeit und der Trennungsangst des Herrn PP bestanden, zeigte sich, als seine Mutter anfang, ihn im Krankenhaus anzurufen. Sie bemängelte seine Entscheidung, ins Krankenhaus zu gehen: „Womit kannst du es rechtfertigen, uns so alleine zu lassen? So schlecht kann es dir doch nicht gehen. Was ist, wenn wir dich für etwas brauchen, und du bist nicht da?“ Der Patient erklärte, er sei der Aufforderung seiner Mutter, jede Woche bei ihr vorbeizugehen und verschiedene Hilfsarbeiten zu verrichten, selbst als Erwachsener stets nachgekommen. Er fügte hinzu, dass seine Eltern praktisch überhaupt nicht miteinander sprächen und er der Gesprächspartner für seine Mutter sei. Herr PP war in einer Umgebung aufgewachsen, in der seine Mutter ihm eindringlich vermittelt hatte, dass sie ihn als Ersatz für ihren emotional entfremdeten Mann brauchte. Deshalb war Unabhängigkeit für ihn eine aggressive und illoyale Handlung, durch die er die Liebe seiner Mutter verlieren würde.

## Psychotherapeutische Überlegungen

Wie weiter oben in diesem Kapitel erwähnt, lassen zwei randomisierte kontrollierte Studien (Svartberg et al. 2004; Winston et al. 1994) darauf schließen, dass 40 wöchentliche dynamische Psychotherapiesitzungen bei Patienten mit Cluster C-Persönlichkeitsstörungen äußerst wirksam sind. Zudem ist die Abbruchrate bei DPD-Patienten niedriger als bei solchen mit anderen Persönlichkeitsstörungen (Karterud et al. 2003; Shea et al. 1990). Bei der

Psychotherapie dieser Patienten besteht ein unmittelbares therapeutisches Dilemma: Um ihre Abhängigkeit loszuwerden, müssen sie sich zunächst in eine Abhängigkeit von ihrem Therapeuten begeben. Dieses Dilemma äußert sich häufig in einer besonderen Form des Widerstandes, bei der der Patient die Abhängigkeit vom Therapeuten eher als Selbstzweck denn als Mittel zum Zweck betrachtet. Nach einer Weile vergessen diese Patienten gegebenenfalls die Beschwerden, deretwegen sie sich in Therapie begeben haben, und die Aufrechterhaltung der Bindung an den Therapeuten wird zum einzigen Ziel. Da ihnen vor dem Ende der Therapie graut, betonen sie dem Therapeuten gegenüber wiederholt, wie schlecht es ihnen gehe, um sicherzustellen, dass die Behandlung fortgesetzt wird. Wenn der Therapeut erklärt, er sehe eine Besserung, kann sich der Zustand des Patienten paradoxerweise sogar verschlechtern, weil er eine Besserung mit dem Ende der Behandlung gleichsetzt.

Eine Faustregel für die Behandlung dependenter Patienten lautet, dass man immer bedenken muss, dass das, was sie nach eigenen Angaben wollen, wahrscheinlich nicht das ist, was sie brauchen. Sie versuchen, den Therapeuten dazu zu bringen, ihnen zu sagen, was sie tun sollen, damit sie weiterhin im Zustand der Abhängigkeit bleiben können, und ihnen dabei zu helfen, das Treffen eigener Entscheidungen und die Durchsetzung ihrer eigenen Wünsche zu vermeiden. Der Therapeut muss sich wohl dabei fühlen, wenn er diese Wünsche nicht erfüllt und den Patienten stattdessen zu unabhängigem Denken und Handeln ermutigt. Er muss dem Patienten klarmachen, dass die aus dieser Nichterfüllung resultierende Angst akzeptabel und zudem produktiv ist, weil sie zu Assoziationen bezüglich des Ursprungs der Abhängigkeit und der damit verbundenen Ängsten führen kann.

Eine weitere häufige Übertragung ist die Idealisierung des Therapeuten (Perry 2001). Der Patient kann den Therapeuten als allwissend betrachten und den Wunsch entwickeln, ihm die gesamte Verantwortung für wichtige Entscheidungen zuzuweisen. Häufig denken die Patienten, die Lösung all ihrer Probleme bestehe darin, so zu werden wie der Therapeut. Der Wunsch, die schwierige Aufgabe, ein authentisches Selbst zu entwickeln, das unabhängig von dem des Therapeuten ist, zu umgehen, muss im Laufe der Therapie interpretiert und offen angesprochen werden. Der Patient versucht möglicherweise sogar, die therapeutischen Ziele zu untergraben, um zu zeigen, dass er sich nicht vorstellen kann, unabhängig vom Therapeuten zu funktionieren.

Eine zeitlich begrenzte Psychotherapie hat sich bei vielen dieser Patienten als erfolgreich erwiesen (Gunderson 1988). Dadurch, dass sie von Anfang an wissen, dass die Beziehung zwischen ihnen und dem Therapeuten nach 12, 16 oder 20 Sitzungen beendet sein wird, sind sie gezwungen, sich ihren tiefsten Ängsten im Zusammenhang mit Verlust und Unabhängigkeit zu stellen. Außerdem hilft dieser Ansatz den Patienten, sich mit der Vorstellung auseinanderzusetzen, fürsorgliche Personen stünden unbegrenzt zur Verfügung. Wenn eine langfristige Therapie mit offenem Ende zum Stillstand kommt, kann



eine Variante der zeitlichen Begrenzung angewandt werden, indem ein Termin für die Beendigung angesetzt wird. Bis dahin eventuell verborgene Ängste treten schnell zutage, wenn das Ende der Therapie in Sicht ist.

Eine Untergruppe dependenter Patienten ist zu einer kurzen Psychotherapie schlicht nicht in der Lage oder nicht bereit. Die Aussicht, den Therapeuten schon wieder zu verlieren, wo „alles gerade erst angefangen hat“, verursacht zu viel Angst. Wegen einer geringeren Ich-Stärke oder einer größeren Trennungsangst müssen diese Patienten über einen langen Zeitraum eine positive dependente Übertragung gegenüber ihrem Therapeuten entwickeln. Dennoch können mit dieser supportiven Strategie beträchtliche therapeutische Erfolge erzielt werden, wie Wallersteins Forschungen (1986) (die in Kapitel 4 besprochen wurden) belegt haben. Manche Patienten ändern sich aufgrund des „Übertragungshandels“ (Wallerstein 1986, S. 690), auf den sie sich mit dem Therapeuten eingelassen haben. Sie sind bereit, im Gegenzug für die Bestätigung durch den Therapeuten gewisse Änderungen in ihrem Leben vorzunehmen. Andere werden zu „lebenslänglichen Patienten“, die in der Lage sind, die Veränderungen zu praktizieren, solange sie wissen, dass der Therapeut immer für sie da sein wird. Sie können sogar dann gute Erfolge erzielen, wenn der Therapeut die Zahl der Sitzungen auf eine pro Monat reduziert, solange sie nicht befürchten müssen, dass die Therapie beendet wird.

Bei Patienten mit DPD müssen bei der Diagnose und bei der Planung der Behandlung kulturelle Faktoren mit berücksichtigt werden. In manchen Kulturen wird Abhängigkeit nicht nur erwartet, sondern als Form der Loyalität gegenüber älteren Mitgliedern der Familie gepriesen. Wenn Familienmitglieder den Patienten zu einer Konsultation begleiten, bietet sich die Gelegenheit, die familiären und kulturellen Ansichten über die Abhängigkeit besser zu verstehen und in die Behandlung zu integrieren. Wenn eine größere Autonomie des Patienten in der Familie als Bedrohung erlebt wird, kann der Therapeut auch eine ergänzende Familientherapie in Betracht ziehen (Perry 2005).

Patienten mit DPD lösen bei denen, die sie behandeln, häufig Gegenübertragungsprobleme in Form von Konflikten bezüglich der Abhängigkeit aus. Ärzte im Allgemeinen und Psychiater im Besonderen können in Konflikt mit ihrer eigenen Abhängigkeit geraten (Gabbard 1985; Gabbard and Menninger 1988; Vaillant et al. 1972). Psychotherapeuten sollten darauf bedacht sein, bei der Gegenübertragung keine Verachtung oder Geringschätzung gegenüber dem dependenten Patienten zu entwickeln. Die Sehnsüchte des Patienten können mit den unbewussten Sehnsüchten des Therapeuten übereinstimmen, und sich auf solche Abhängigkeitswünsche einzulassen, kann sehr unangenehm sein. Ein Therapeut, der die Sehnsüchte seines Patienten zurückweist, weist möglicherweise auch seine eigenen Sehnsüchte zurück. Ein weiteres Problem bei der Gegenübertragung besteht darin, dass der Therapeut die Idealisierung durch den Patienten genießt, was dazu führen kann, dass er es vermeidet, die Tatsache zur Sprache zu bringen, dass der Patient nicht wirklich



etwas ändert (Perry 2001). Therapeuten können auch übermäßig autoritär und bestimmend auftreten, besonders wenn ein Patient missbräuchliche Beziehungen fortsetzt und die Warnung des Therapeuten, die betreffende Beziehung sei zerstörerisch, außer Acht lässt.

## Anderweitig nicht definierte Persönlichkeitsstörung

---

Mit dem Abschluss der Übersicht über die Persönlichkeitsstörungen nach DSM IV TR ist anzumerken, dass die meisten Patienten keine „reinen Formen“ der jeweiligen Persönlichkeitsstörung zeigen. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, enthält das DSM IV TR die Kategorie der anderweitig nicht definierten Persönlichkeitsstörung. Diese kann für „gemischte“ Persönlichkeitsstörungen sowie für diejenigen verwendet werden, die in Anhang B des DSM IV TR angeführt sind, so zum Beispiel für die passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung. Die Einmaligkeit eines jeden Menschen ist ein ewiger Quell der Freude und der Herausforderung für den dynamischen Psychiater. In Kapitel 1 habe ich gesagt, den dynamischen Psychiater interessiere eher, inwiefern sich die Patienten unterscheiden, als inwieweit sie sich ähnlich sind. Dieses Axiom hat in keinem Bereich der Psychiatrie eine größere Bedeutung als in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen.

## Literaturhinweise

---

- Abraham, K.: Contributions to the theory of the anal character (1921), in: Selected Papers of Karl Abraham, MD. London, Hogarth Press, 1942, S. 370–392.
- Alden, L. E., Laposo, J. M., Taylor, C. T., et al.: Avoidant personality disorder: current status and future directions. *J Personal Disord* 16: 1–29, 2002.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- Baer, L., Jenike, M. A., Ricciardi, J. N., et al.: Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 47: 826–830, 1990.
- Baker, J. D., Capron, E. W., Azorlosa, J.: Family environment characteristics of persons with histrionic and dependent personality disorders. *J Personal Disord* 10: 81–87, 1996.
- Bejerot, S., Ekselius, L., von Konorring, L.: Comorbidity between obsessive-compulsive disorder (OCD) and personality disorders. *Acta Psychiatr Scand* 97: 398–402, 1998.

- Bornstein, R. F.: *The Dependent Personality*. New York, Guilford, 1993.
- Bornstein, R. F.: Comorbidity of dependent personality disorder and other psychological disorders: an integrative review. *J Personal Disord* 9: 286–303, 1995.
- Broucek, F. J.: Shame and its relationship to early narcissistic developments. *Int J Psychoanal* 63: 369–378, 1982.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., Pryzbeck, T. R.: A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 50: 975–990, 1993.
- Connors, M. E.: The renunciation of love: dismissive attachment and its treatment. *Psychoanalytic Psychology* 14: 475–493, 1997.
- Cooper, S.: Obsessional thinking: the defence against loss. *Br J Psychother* 16: 412–422, 2000.
- Diaferia, G., Bianchi, I., Bianchi, M. L., et al.: Relationship between obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 38: 38–42, 1997.
- Dickinson, K. A., Pincus, A. L.: Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *J Personal Disord* 17: 188–207, 2003.
- Freud, S.: Character and anal erotism (1908), in: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. 9. Translated and edited by Strachey, J. London, Hogarth Press, 1959, S. 167–175.
- Gabbard, G. O.: Stage fright. *Int J Psychoanal* 60: 383–392, 1979.
- Gabbard, G. O.: The exit line: heightened transference-countertransference manifestations at the end of the hour. *J Am Psychoanal Assoc* 30: 579–598, 1982.
- Gabbard, G. O.: Further contributions to the understanding of stage fright: narcissistic issues. *J Am Psychoanal Assoc* 31: 423–441, 1983.
- Gabbard, G. O.: The role of compulsiveness in the normal physician. *JAMA* 254: 2926–2929, 1985.
- Gabbard, G. O., Bartlett, A. B.: Selective serotonin reuptake inhibitors in the context of an ongoing analysis. *Psychoanalytic Inquiry* 18: 657–672, 1998.
- Gabbard, G. O., Menninger, R. W.: The psychology of the physician, in: *Medical Marriages*. Edited by Gabbard, G. O., Menninger, R. W. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1988, S. 23–38.
- Gabbard, G. O., Newman, C. F.: Psychotherapy of obsessive-compulsive personality disorder, in: *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Edited by Gabbard, G. O., Beck, J., Holmes, J. A. Oxford, England, Oxford University Press, 2005.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., et al.: Prevalence, correlates and disability of personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 65: 948–958, 2004.
- Gunderson, J. G.: Personality disorders, in: *The New Harvard Guide to*

- Psychiatry. Edited by Nicholi, A. M. Jr. Cambridge, MA, Belknap Press, 1988, S. 337–357.
- Head, S. B., Baker, J. D., Williamson, D. A.: Family environment characteristics and dependent personality disorder. *J Personal Disord* 5: 256–263, 1991.
- Hirschfeld, R. M. A., Shea, M T., Weise, R.: Dependent personality disorder: perspectives for DSMIV. *J Personal Disord* 5: 135–149, 1991.
- Horowitz, M. J.: *Introduction to Psychodynamics: A New Synthesis*. New York, Basic Books, 1988.
- Jones, E.: Anal-erotic character traits, in: *Papers on Psycho-Analysis*. 5<sup>th</sup> Edition. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1948, S. 413–437.
- Josephs, L.: *Character Structure and the Organization of the Self*. New York, Columbia University Press, 1992.
- Kagan, J., Reznick, J. S., Snidman, N.: Biological bases of childhood shyness. *Science* 240: 167–171, 1988.
- Karterud, S., Pedersen, G., Bjordal, E., et al.: Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norwegian treatment research network. *J Personal Disord* 17: 243–262, 2003.
- Krakowski, A. J.: Stress and the practice of medicine, II: stressors, stresses, and strains. *Psychother Psychosom* 38: 11–23, 1982.
- Loranger, A. W.: Dependent personality disorder: age, sex, and Axis I comorbidity. *J Nerv Ment Dis* 184: 17–21, 1996.
- McCullough, P. K., Maltsberger, J. T.: Obsessive-compulsive personality disorder, in: *Treatments of Psychiatric Disorders*. Vol. 2. 3<sup>rd</sup> Edition. Edited by Gabbard, G. O. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2001, S. 2341–2352.
- Menninger, W. C.: Characterologic and symptomatic expressions related to the anal phase of psychosexual development. *Psychoanal Q* 12: 161–193, 1943.
- Meyer, B., Carver, C. S.: Negative childhood accounts, sensitivity, and pessimism: a study of avoidant personality disorder features in college students. *J Personal Disord* 14: 233–248, 2000.
- Miliora, M. T.: Facial disfigurement: a self-psychological perspective on the “hide-and-seek” fantasy of an avoidant personality. *Bull Menninger Clin* 62: 378–394, 1998.
- Miller, S.: *The Shame Experience*. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1985.
- Munich, R. L.: Transitory symptom formation in the analysis of an obsessional character. *Psychoanal Study Child* 41: 515–535, 1986.
- Nachmias, M., Gunnar, M., Mangelsdorf, S., et al.: Behavioral inhibition and stress reactivity: the moderating role of attachment security. *Child Dev* 67: 508–522, 1996.
- Nathanson, D. L.: A timetable for shame, in: *The Many Faces of Shame*. Edited by Nathanson, D. L. New York, Guilford, 1987, S. 1–63.
- Newman, C. F., Fingerhut, R.: Psychotherapy for avoidant personality disorder, in: *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Edited by Gabbard, G. O., Beck,

- J. S., Holmes, J. A. Oxford, England, Oxford University Press, 2005.
- O'Neill, F. A., Kendler, K. S.: Longitudinal study of interpersonal dependency in female twins. *Br J Psychiatry* 172: 154–158, 1998.
- Perry, J. C.: Dependent personality disorder, in: *Treatments of Psychiatric Disorders*. Vol. 2, 3<sup>rd</sup> Edition. Edited by Gabbard, G. O. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2001, S. 2353–2368.
- Perry, J. C.: Dependent personality disorder, in: *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Edited by Gabbard, G. O., Beck, J., Holmes, J. A. Oxford, Oxford University Press, 2005.
- Rasmussen, S. A., Tsuang, M. T.: Clinical characteristics and family history in DSMIII obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 143: 317–322, 1986.
- Rettew, D. C.: Avoidant personality disorder, generalized social phobia, and shyness: putting the personality back into personality disorders. *Harv Rev Psychiatry* 8: 283–297, 2000.
- Rosen, K. V., Tallis, F.: Investigation into the relationship between personality traits and OCD. *Behav Res Ther* 33: 445–450, 1995.
- Salzman, L.: *The Obsessive Personality: Origins, Dynamics, and Therapy*. New York, Science House, 1968.
- Salzman, L.: *Treatment of the Obsessive Personality*. New York, Jason Aronson, 1980.
- Salzman, L.: Psychoanalytic therapy of the obsessional patient. *Curr Psychiatr Ther* 22: 53–59, 1983.
- Samuels, J., Nestadt, G., Bienvenu, O. J., et al.: Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 177: 457–462, 2000.
- Shapiro, D.: *Neurotic Styles*. New York, Basic Books, 1965.
- Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Beckham, E., et al.: Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry* 147: 711–718, 1990.
- Skodol, A. E., Gallaher, P. E., Oldham, J. M.: Excessive dependency and depression: is the relationship specific? *J Nerv Ment Dis* 184: 165–171, 1996.
- Skodol, A. E., Stout, R. L., McGlashan, T. H., et al.: Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS). *Depress Anxiety* 10: 175–182, 1999.
- Sutherland, S. M., Frances, A.: Avoidant personality disorder, in: *Treatments of Psychiatric Disorders*. Vol. 2, 2<sup>nd</sup> Edition. Edited by Gabbard, G. O. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, S. 2345–2353.
- Svartberg, M., Stiles, T. C., Seltzer, M. H.: Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for Cluster C personality disorders. *Am J Psychiatry* 161: 810–817, 2004.
- Torgersen, S., Kringle, E., Cramer, V.: The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 58: 590–596, 2001.

- Vaillant, G. E., Sobowale, N. C., McArthur, C.: Some psychologic vulnerabilities of physicians. *N Engl J Med* 287: 372–375, 1972.
- Wallerstein, R. S.: *Forty-Two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York, Guilford, 1986.
- West, M., Rose, S., Sheldon Keller, A.: Assessment of patterns of insecure attachment in adults and application to dependent and schizoid personality disorders. *J Personal Disord* 8: 249–256, 1994.
- Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., et al.: Short-term psychotherapy of personality disorders. *Am J Psychiatry* 151: 190–194, 1994.
- Wurmser, L.: *The Mask of Shame*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1981.