

# Grundlegende psychotherapeutische Prinzipien in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen (Teil 2)

Martin Bohus, Stephan Doering, Bernt Schmitz und Sabine C. Herpertz

*Nachdem in Teil 1 dieses Beitrags (siehe Heft 4/2009, 15–19) die Organisation der Behandlungsplanung, die Problemanalyse sowie die Kommunikation der Diagnose und die Psychoedukation besprochen worden sind, stehen im folgenden Teil 2 die therapeutische Beziehung, die Veränderungsstrategien und die Verlaufskontrolle im Mittelpunkt.*

## 4. Therapievereinbarung

Die Klärung der Rahmenbedingungen ist eine wesentliche Voraussetzung jeder psychotherapeutischen Arbeit. Bei der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (PS) sind jedoch einige Besonderheiten zu berücksichtigen: Neben den generellen Rahmenbedingungen, welche die Modalitäten der Finanzierung, Dauer und Frequenz der Behandlung festlegen, sollte insbesondere bei schweren PS, bei welchen mit suizidalen Krisen zu rechnen ist, im Vorfeld geklärt sein, unter welchen Bedingungen stationäre Aufenthalte als sinnvoll erachtet werden. Nur im Ausnahmefall sollte die stationäre Einweisung ohne eine Rücksprache mit dem Therapeuten erfolgen. Gerade bei chronisch suizidalen Patienten sollte ein «Krisenmanagement» im Sinne eines Eskalationsplans erstellt werden, der geeignete Massnahmen (inkl. Telefonnummern von Notfallambulanzen) in Abhängigkeit der jeweiligen Steuerungsfähigkeit auflistet. Je nach Schweregrad der Störung hat es sich als sinnvoll erwiesen, dass der Therapeut dem Patienten mitteilt, wo und unter welchen Bedingungen er selbst im Notfall auch telefonisch zu erreichen ist. Schliesslich sollten im Rahmen der Therapievereinbarung noch Absprachen über die Verwendung von elektronischen Medien (Audio- und Videoaufzeichnungen) sowohl zum Selbstmanagement als auch im Rahmen der Supervision getroffen werden. Der Patient hat sicherlich ein Recht darauf zu erfahren, wie und von wem sich der Therapeut supervidieren lässt und welche Materialien dabei zum Einsatz kommen. In der Praxis haben sich sogenannte «Therapieverträge» als sinnvoll erwiesen, mit denen die Inhalte der Vereinbarungen schriftlich festgehalten und beiderseits unterzeichnet werden.

## 5. Therapeutische Beziehung

Da sich dysfunktionale Denk-, Erlebens- und Verhaltensmuster des PS-Patienten besonders im zwischenmenschlichen Bereich manifestieren, kommt der Beziehungsgestaltung im therapeutischen Pro-

zess eine dreifache Funktion zu: Zum Ersten ist der Aufbau der therapeutischen Beziehung durch akzentuierte Erwartungen des Patienten an seine Mitmenschen geprägt. Da davon auszugehen ist, dass sich diese Erwartungen auch in der Interaktion mit dem Therapeuten abbilden, erfordert der Beziehungsaufbau vom Therapeuten Modifikationen seines eigenen Beziehungsverhaltens, welches über «Empathie» deutlich hinausgeht. Zum Zweiten können und sollen gerade die normativen Abweichungen in der Beziehungsgestaltung vom Therapeuten registriert und zur Diagnostik herangezogen werden. Und schliesslich sollte die therapeutische Beziehung, nach einer stabilen Aufbauphase, als Lern- und Experimentierfeld genützt werden, um so dem Patienten eine Erweiterung seines Erlebens- und Verhaltensrepertoires zu ermöglichen.

**Beziehungsaufbau:** Alle therapeutischen Schulen betonen die Bedeutung der vertrauenherstellenden, von Expertise und Zuversicht geprägten Grundhaltung des Therapeuten. Im Rahmen der Behandlung von PS-Patienten kommt der therapeutischen Beziehung jedoch eine besondere Funktion zu. Die Erwartungen oder Befürchtungen eines PS-Patienten bezüglich seines Gegenübers sind häufig von negativen Beziehungserfahrungen geprägt und weichen damit von durchschnittlichen Beziehungserwartungen ab. Im Gegensatz zu den meisten anderen psychischen Störungen erleben die betroffenen Patienten jedoch ihre akzentuierten Denk-, Erlebens- und Verhaltensmuster charakteristischerweise in weiten Bereichen als ich-synton und «evident», also als in sich stimmig und logisch und nicht als unsinnig oder behandlungsbedürftig. Sie erwarten daher – wie jeder Patient – vom Therapeuten, dass dieser ihre Wahrnehmung bestätigt und sich «schemakonform» verhält. Mit dem Fachbegriff «komplementäre Beziehungsgestaltung» skizziert die Psychotherapieforschung daher therapeutisches Verhalten, welches sich bewusst an die entsprechenden Erwartungen des Patienten anpasst. So wird zum Beispiel der Therapeut auch die nicht formulierten Wünsche eines dependenten Patienten nach Übernahme von Verantwortung durch ihn früh erkennen und die Sitzungen klar strukturieren. Er sollte Stärke und Führungsqualität zeigen und kann dabei durchaus alltagspraktische Ratschläge zur Problembewältigung geben. Bei einem paranoiden Patienten hingegen wird der Therapeut möglichst wenig in dessen Alltagsgestaltung «eingreifen», sondern zunächst versuchen, dessen Vertrauen zu gewinnen, auch wenn er sich zeitweise über offensichtliche Fehlinterpretationen wundert. Es bedarf also eines hohen Masses an Flexibilität vonseiten des Therapeuten, gerade in der Anfangsphase der Erwartungshaltung des jeweiligen Patienten zu entsprechen. Wichtig jedoch ist, dass der Therapeut nicht «schauspielert», sondern sein eigenes, authentisches Repertoire an Beziehungsresonanz ausschöpft. Gelingt dies nicht, so ist mit Therapieabbrüchen in einem frühen Stadium der Behandlung zu rechnen.

**Beziehungsdagnostik:** Wie bereits ausgeführt, wird der Therapeut zu Beginn der Therapie versuchen, den expliziten und impliziten

Beziehungserwartungen des Patienten in gewissen Grenzen zu entsprechen, um dadurch das Vertrauen des Patienten zu gewinnen und die Basis für anstehende Veränderungsprozesse zu schaffen. Zeitgleich wird er inadäquate, insbesondere nicht kompetenz- und/oder beziehungsfördernde Wünsche oder Interaktionsangebote des Patienten wahrnehmen und reflektieren. Er wird also in einer Doppelfunktion einerseits als Beziehungspartner auftreten und andererseits, auf einer metakognitiv-emotionalen Ebene, Besonderheiten im Beziehungsaufbau registrieren. Diese «Normabweichungen» in der therapeutischen Beziehungsgestaltung sind wertvolle diagnostische Hinweise. *Psychodynamische Schulen* sehen in diesem Prozess von Übertragung und Gegenübertragung die primäre Quelle diagnostischer Information. *Kognitiv-behaviorale Therapeuten* stützen sich in stärkerem Ausmass als psychodynamische Therapeuten zusätzlich auf Fragebögen und Informationen Dritter.

**Beziehungsarbeit:** Da sich die interpersonellen Erwartungshaltungen und Reaktionsmuster des Patienten in aller Regel in der Interaktion mit dem Therapeuten manifestieren, birgt diese therapeutische Beziehung auch die Möglichkeit, neue Erfahrungen und Lernprozesse im zwischenmenschlichen Bereich zu machen, und dies quasi unter «kontrollierten Bedingungen». Der Therapeut ist also gehalten, nach einer Phase des Beziehungsaufbaus zu beginnen, *dysfunktionale Erwartungen zu irritieren* und den Patienten zu *neuen Erfahrungen und Verhaltensexperimenten anzuregen*. Dieser Prozess erfordert ein hohes Mass an Geschicklichkeit, da gerade durch Irritationen der Erwartungshaltungen aversive Emotionen gegenüber dem Therapeuten aktiviert werden, die dann im Gegenzug durch aktive Beziehungsaufnahme durch diesen ausbalanciert werden müssen. Diese Beziehungsaufnahme basiert auf der *zeitgleichen* Vermittlung von akzeptierender Wertschätzung beziehungsweise Befriedigung hierarchisch hoher Ziele des Patienten (soziale Akzeptanz, Nähe und Geborgenheit) bei Korrektur nachgeordneter dysfunktionaler Strategien. Eine weitere therapeutische Strategie besteht darin, die «subjektive Evidenz» der jeweiligen Annahmen des Patienten, eventuell in Bezugsetzung zu dessen eigener biografischer Erfahrung, zu validieren, ohne dabei den kritischen Reflex auf die soziale Wirklichkeit zu vernachlässigen. In dieser *dialektischen Dynamik* zwischen Beziehungsaufbau durch Akzeptanz und Beziehungsgefährdung durch Irritation liegt der Schlüssel zum Gelingen der therapeutischen Arbeit. Verschiedene Schulen bieten auch hier unterschiedliche Methoden an: Während *kognitiv-behavioral orientierte Therapeuten* bewusst die Position des «Coachs» einnehmen, der aufseiten des Patienten, also gemeinsam mit ihm, seine «Störung» betrachtet und ihm mit Rat und Tat hilft, neue Erfahrungen, insbesondere ausserhalb der therapeutischen Beziehung, zu wagen, achtet der *psychodynamisch orientierte Therapeut* primär darauf, welche Interaktionsmuster sich innerhalb der «therapeutischen Dyade» entwickeln und interveniert in Form von Klärungen, Konfrontationen und Deutungen, indem er dem Patienten hilft, die sich gerade entwickelten Prozesse auf metakognitiver Ebene zu betrachten sowie emotional wahrzunehmen und mit biografisch relevanten Bezugssystemen in Verbindung zu setzen. Wir nehmen an, dass in der therapeutischen Praxis die Übergänge zwischen diesen beiden Positionen fließend sind. Ein guter Therapeut sollte beide Möglichkeiten beherrschen und gezielt einsetzen können. Es bleibt zu beachten, dass Irritationen des Selbstbilds oder der Interaktion immer die Gefahr der Beziehungsstörung mit sich tragen. Zudem sollte der Therapeut flexibel genug sein, um die Intensität dieses Prozesses der «haltenden Irritation» an die individuellen Möglichkeiten des Patienten und sich eventuell ändernde soziale Bedingungen anzu-

passen. So wird er zum Beispiel einem dependenten Patienten, der während der Therapie den Arbeitsplatz verliert, auch in einem fortgeschrittenen Therapiestadium zunächst die gewünschte Unterstützung wieder gewähren, um dann in einem zweiten Schritt die bereits neu erlernten Ressourcen zu aktivieren.

## 6. Veränderungsstrategien

### 6.1. Kognitiv-behaviorale Veränderungsstrategien

**Externe Bedingungen:** Auslösende Faktoren für die psychische Dekompensation von Menschen mit PS sind in aller Regel externe Belastungsfaktoren. Darunter fallen soziale Variablen (Trennung, Veränderung im Berufsleben etc.), aber auch somatische Erkrankungen. Die Analyse dieser Belastungsvariablen und deren Objektivierung sollte Vorrang haben. In Abhängigkeit von der Problemanalyse stehen als Interventionsstrategien «Problemlösen», «Kompetenzerwerb» oder «akzeptanzbasierte» Methoden zur Verfügung. Der Einsatz von strukturierten Problemlösungsmanualen hat sich als wichtiges Modul in zahlreichen multimodalen Behandlungsverfahren etabliert.

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

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

**Akzentuierte Handlungstendenzen und Verhaltensrepertoire:** Geprägt durch seine Lerngeschichte, verfügt der Patient über ein individuelles Repertoire an Möglichkeiten, um auf bestimmte Anforderungen oder Situationen zu reagieren. Häufig eingesetzte und kurzfristig wirksame Verhaltensmuster wirken selbstverstärkend und werden automatisch aktiviert. Um einen höheren Grad an Flexibilität zu erreichen, sollte der Patient lernen, diese automatisierten Konzepte zu identifizieren und sein Repertoire zunächst mental zu erweitern.

Methodisch wird der Therapeut zunächst «Lernen am Modell» anbieten sowie zu Verhaltensexperimenten «in sensu» anregen.

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

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

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

## 6.2. Psychodynamische Veränderungsstrategien

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

**Externe Bedingungen:** Psychodynamische Therapieansätze beachten und berücksichtigen auch externe Bedingungen, sind jedoch eher zurückhaltend im Einsatz direkter Vorgehensweisen. Es wird jedoch auf in der Therapievereinbarung getroffene Absprachen Bezug genommen, wenn das Leben des Patienten oder das Fortbestehen der Therapie gefährdet sind oder wenn der Patient aufgrund seiner eingeschränkten Fähigkeiten der Selbst- und Beziehungsregulation und praktischen Lebensbewältigung nicht in der Lage ist, selbst Lösungsstrategien für aktuelle Probleme zu entwickeln. Um den Patienten in dieser Entwicklung zu unterstützen, werden in bestimmten

Therapieansätzen Klärungen, Konfrontationen und Deutungen seines konkreten Verhaltens, Erlebens und seiner inneren Abbilder vom Selbst und von wichtigen anderen «Repräsentanzen» eingesetzt. In anderen Ansätzen unterstützt der Therapeut den Patienten dadurch, dass er dessen fehlende oder eingeschränkte Fähigkeiten quasi stellvertretend vorübergehend übernimmt.

**Akzentuierte Wahrnehmung, Interpretationen, Denk-Erlebens- und Beziehungsmuster des Patienten:** Es wird davon ausgegangen, dass PS-Patienten zu einem grossen Teil durch frühere negative Beziehungserfahrungen geprägt sind, die zu Einschränkungen in der Selbst- und Objektwahrnehmung, der Impulssteuerung, der Kommunikations- und Bindungsfähigkeit führen und sich auf die zwischenmenschliche und insbesondere auch auf die therapeutische Beziehungsgestaltung auswirken. Mit dem Fokus auf die interpersonelle Psychodynamik ist die aktuelle Beziehung zum Therapeuten von zentraler Bedeutung, da sich hier dysfunktionale, maladaptive Verhaltens- und Erlebnismuster des Patienten, Störungen seiner Identität und Abwehrmechanismen manifestieren, die gleichsam «online» identifiziert und einer Bearbeitung unmittelbar zugänglich gemacht werden können. Es wird darauf abgezielt, widersprüchliche, fragmentierte und nicht verbundene innere Bilder vom Selbst und wichtigen anderen Repräsentanzen zu integrieren beziehungsweise das Verstehen eigener und fremder intrapsychischer Prozesse zu fördern. Dabei kommen entweder klärende, konfrontierende und deutende Techniken oder aber die zeitweise Übernahme eingeschränkter Funktionen des Patienten durch den Therapeuten zum Einsatz. Das Ziel ist die Entwicklung einer realistischen, differenzierten und gestalthaften Wahrnehmung des Selbst und anderer Menschen, was als eine entscheidende Voraussetzung für eine gelingende Beziehungsgestaltung angesehen wird.

**Akzentuierte Handlungstendenzen und Verhaltensrepertoire:** Aus psychodynamischer Sicht wird davon ausgegangen, dass nicht in erster Linie das Erarbeiten einer alternativen Verhaltensstrategie zur Persönlichkeitsveränderung führt, sondern dass die Fähigkeit zum Reflektieren und Neubewerten der zugrunde liegenden Probleme des Verhaltens und Erlebens die Voraussetzungen für nachhaltige Veränderung schafft. Es wird also nicht gefragt: «Wie könnten Sie sich in dieser Situation anders verhalten?», sondern vielmehr: «Wie können wir verstehen, dass Sie sich in dieser Situation so verhalten haben?» Die eigentliche therapeutische Arbeit setzt dann an den bereits diskutierten Denk-, Erlebens- und Beziehungsmustern und an den korrigierenden kognitiven und emotionalen Erfahrungen mit neu erschlossenen Veränderungsmöglichkeiten an.

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

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

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

### 7. Super- und Intervision

Berücksichtigt man die Besonderheit und die Bedeutung der therapeutischen Beziehung in der Arbeit mit PS-Patienten, so wird offensichtlich, dass Super- oder Intervision ein integraler Bestandteil der Therapie sein sollte. Wie oben ausgeführt, steht der Therapeut vor der Herausforderung, eine Balance zwischen Erfüllung und Irritation der interaktionellen Erwartungen des Patienten an den Therapeuten zu finden. Je nach Belastungsfaktoren, die auf den Patienten einwirken, sollte der Therapeut flexibel in seinen Beziehungsangeboten reagieren können. Da wir davon ausgehen, dass selbst sehr gut ausgebildete Therapeuten dazu tendieren, auf Dauer den komplementären Beziehungsangeboten der Patienten zu entsprechen beziehungsweise ihre Gegenübertragungen nicht vollständig reflektieren können und dadurch Gefahr laufen, den Veränderungsprozess zu verzögern, dient die kollegiale Super- oder Intervision als korrektive Instanz.

Supervisoren aller Schulen greifen heute zunehmend auf die Möglichkeiten der Audio- und Videotechnik zu, da die Möglichkeit einer detaillierten Verhaltensbeobachtung von Patient und Therapeut zur Therapiesteuerung herangezogen werden kann. Alle unter experimentellen Bedingungen erhobenen Evidenznachweise von psychotherapeutischen Verfahren zur Behandlung von PS-Patienten wurden unter supervidierten Bedingungen durchgeführt. Es existiert daher, pointiert formuliert, kein Nachweis, dass Psychotherapie bei PS-Patienten ohne Supervision wirksam ist. Die Kostenträger sollten daher die Finanzierung der Supervision in einem angemessenen Rahmen gewährleisten.

### 8. Verlaufskontrolle

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

1. Kategoriale Instrumente, die erfassen, ob die jeweiligen DSM-IV-Kriterien einer PS nach Behandlung persistieren oder nicht. Obgleich diese Instrumente in gut publizierten Studien angewandt werden, ist die klinische und auch wissenschaftliche Validität der gewonnenen Erkenntnisse jedoch sehr kritisch zu sehen.
2. Dimensionale spezifische Instrumente: Für einige PS liegen mittlerweile Instrumente vor, die den jeweiligen Ausprägungs- und Schweregrad der Störung erfassen und ausreichend spezifisch beziehungsweise sensitiv für Veränderungen sind.

3. Dimensionale unspezifische Instrumente: Hierunter fallen zum einen Fragebogen, welche zum Beispiel dysfunktionale Kognitionen oder Störungen der zwischenmenschlichen Beziehung erfassen, zum anderen können auch störungsübergreifende Fragebogen wie der SCL-90 herangezogen werden.

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



Für die Autoren:  
 Prof. Dr. med. Martin Bohus  
 Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin  
 Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim  
 J5  
 D-68161 Mannheim

Interessenkonflikte: keine

Literatur:

1. Beck AT, Davis D, Freeman A. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press, 2003
2. Bohus M, Buchheim P, Doering S, Herpertz SC, Kapfhammer HP, Linden M, Müller-Isberner R, Renneberg B, Sass H, Schmitz B, Schweiger U, Resch F, Tress W. *S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1 Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen*. Federführung Herpertz SC. Darmstadt: Steinkopf-Verlag, 2009
3. Bohus M, Stieglitz R, Fiedler P, Berger M. *Persönlichkeitsstörungen (1999)* In: Berger M (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Urban und Schwarzenberg Verlag, 1999, S. 771-846
4. Falge-Kern A, Schulz H, Fricke S. Ein Gruppenprogramm bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen: Eine quasi experimentelle Studie. *Verhaltenstherapie* 2007; 17: 17-24
5. Gabbard G. *Treatment of Psychiatric Disorders*. Vol. 1. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2001
6. Hoffman PD, Fruzzetti AE. Psychoeducation. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS (eds): *Textbook of personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2005, S. 375-385
7. Millon T, Meagher S, Grossman S. *Theoretical Perspectives*. In: Livesley WJ (ed): *Handbook of Personality Disorders. Theory, Research, and Treatment*. New York: Guilford Press, 2001, S. 39-60
8. Oldham JB, Morris LB. *Ihr Persönlichkeitsportrait*. Hamburg: Kabel, 1992
9. Ruiz-Sancho AM, Smith GW, Gunderson JG. *Psychoeducational approaches*. In: Livesley WJ (ed): *Handbook of personality disorders*. New York, Guilford Press, 2001, S. 460-474
10. Schmitz B, Schuhler P, Gönner S, Wagner A, Limbacher K, Vogelgesang M. *Rehabilitation of personality disorders in inpatient behavioral psychosomatic and addiction therapy*. In: Jäckel WH, Bengel J, Herdt J (eds): *Research in rehabilitation: results from a research network in Southwest Germany*. Stuttgart: Schattauer, 2006, S. 375-385
11. Schmitz B, Schuhler P, Handke-Raubach A, Jung A. *Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen. Ein psychoedukativ- und kompetenzorientiertes Therapieprogramm zur Förderung von Selbstakzeptanz, Menschenkenntnis und persönlicher Entwicklung*. Lengerich: Pabst, 2001