

PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen: Herausforderungen in der Suchtbehandlung

(Dr. Wilma Funke, Kliniken Wied)

Vortrag anlässlich der 4. Bad Lippspringer Therapietagung am 23.11.2000

Klinik am Park, Bad Lippspringe

„Unter Mitwirkung aller Sinne und des Verstandes,

mit dem Schlüssel emsigster Forschung

werden die Verliese der Wahrheit geöffnet.“

(Giordano Bruno, † 1600)

Meine sehr verehrten Damen und Herren,
sehr geehrte Frau Klemm,

für die Einladung zu Ihrer nun schon traditionell ausgerichteten Fachtagung bedanke ich mich ganz herzlich. Es ist mir eine Freude, hier bei Ihnen sein zu dürfen, zumal das diesjährige Thema „**Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen**“ ein ganz aktuelles in Forschung und Praxis ist. Ich begegne dieser Thematik nicht nur im klinischen Alltag und in der Supervision, sondern auch in der Weiterbildung angehender SuchttherapeutInnen.

Meine Aufgabenstellung heute – vorgegeben durch die gemeinsame Titelformulierung – betrifft die Herangehensweise aus der therapeutischen Praxis: Wie sind **Behandlungssetting** und **therapeutische Strategien und Methoden** zu modifizieren, wenn neben die Diagnose der substanzgebundenen Abhängigkeit eine weitere Beeinträchtigung in Form einer Persönlichkeitsstörung tritt? Was ist im Rahmen der **medizinischen Rehabilitation Sucht** leistbar? Wovon können Patienten profitieren und wie können wir die Herausforderung - die all zu schnell zur Überforderung geraten kann – als Suchttherapeuten aufgreifen?

Wir beschäftigen uns also heute mit einer besonderen Ausprägung der **Komorbidität**. Wie z.B. Maier, Franke und Linz (1999) ausführen, meint „Komorbidität“ das zeitlich gemeinsame Auftreten von verschiedenen Störungen bei einem Patienten, bzw. als „sukzessive Komorbidität“ das gemeinsame Auftreten von Lebenszeitdiagnosen als „Koexistenz von zwei oder mehr Störungen mit verschiedenen, krankheitsspezifischen Ätiologien und Pathophysiologien“ (S. 83), die jedoch bei den meisten psychischen Störungen noch weitgehend unbekannt sind. Sie schlagen daher den Begriff „**duale Diagnose**“ vor. Sie raten aufgrund der bisherigen wissenschaftlichen Befunde zur Vorsicht in der Vergabe dualer Diagnosen, da zwar aus epidemiologischen Untersuchungen ein erhöhtes gemeinsames Vorkommen von psychotischen, Stimmungs-, Angst- und Persönlichkeitsstörungen auf der einen Seite und Alkoholabhängigkeit oder Drogenmißbrauch andererseits belegt sei, die **Validität und Reliabilität** (d.h. die Gültigkeit und Zuverlässigkeit) der Diagnosestellung jedoch als deutlich suboptimal zu bezeichnen ist. „Die Reliabilität der dualen Diagnose ist wesentlich geringer als die diagnostische Einschätzung der Substanzabhängigkeitsstörungen oder von dualen Diagnosen bei Patienten ohne Substanzabhängigkeitsstörungen.“ (S. 83) Was nun die Persönlichkeitsstörungen angeht, so beschreiben die genannten Autoren die „antisoziale Persönlichkeitsstörung“ und die „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ als bisherigen Fokus der Aufmerksamkeit. Für erstere scheinen bei bestimmten Abhängigkeitssubtypen gemeinsame genetische Mitdeterminanten wahrscheinlich, während im zweiten Fall die Überlappung der diagnostischen Kriterien für die

duale Diagnose mitverantwortlich zu sein scheint. Resümierend stellen sie fest, daß „die Überprüfung der Persönlichkeitsfaktoren von Alkoholikern ... **jedoch keine Hinweise (ergab) für eine wesentliche Beziehung zwischen Alkoholismus und Persönlichkeitsstörungen**, abgesehen von der antisozialen und Borderline-Persönlichkeitsstörung ...“ (S. 90)

Bevor ich nun zum therapeutischen Kontext und zu einem therapieleitenden Modell im Umgang mit persönlichkeitsgestörten Patienten in der Abhängigkeitsbehandlung komme, möchte ich noch einige **definitorische** Bemerkungen vorschalten.

Der Ausdruck ‘Persönlichkeit’ bezieht sich auf die einzigartigen und überdauernden Muster des inneren Erlebens und Verhaltens, das jede Person zeigt.

„Eine Persönlichkeitsstörung ist ein umfassendes, überdauerndes, unflexibles Erlebens und Verhaltensmuster, das deutlich von den Erwartungen der Kultur des Betroffenen abweicht und zu Leidensdruck und Behinderung führt. (...) Die enge Bandbreite der kognitiven, emotionalen und interpersonalen Reaktionen der Betroffenen ruft häufig psychisches Leid und soziale oder berufliche Schwierigkeiten hervor. Eine Persönlichkeitsstörung beginnt oder wird zumindest erkennbar in der Adoleszenz oder dem frühen Erwachsenenalter.“ (Comer, 1995, S. 601) Das DSM-IV unterscheidet zehn Persönlichkeitsstörungen und teilt sie aufgrund deskriptiver Ähnlichkeiten in drei Gruppen ein (Beschreibung in Klammern von W. Ecker, 1996³, S. 381):

1. Gruppe A (von sonderbarem oder exzentrischem Verhalten geprägt)

- a) **paranoide PS** (Neigung, Handlungen anderer als absichtlich erniedrigend/bedrohlich zu interpretieren)
- b) **schizoide PS** (Gleichgültigkeit gegenüber sozialen Beziehungen, eingeschränkte emotionale Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit)
- c) **schizotypische PS** (Beziehungsideen/seltsame Überzeugungen und Wahrnehmungen)

2. Gruppe B (von dramatischem , emotionalem oder unberechenbarem Verhalten geprägt)

- a) **antisoziale PS** (verantwortungs-, rücksichtsloses, aggressiv-reizbares Verhalten ohne Reue)
- b) **Borderline-PS** (affektive Instabilität/Identitätsstörungen/instabile soziale Beziehungen zwischen Idealisierung und Abwertung/Selbstverletzungsverhalten)
- c) **histrionische PS** (dramatisierende Emotionalität, leichte Erregbarkeit und übermäßiges Verlangen nach Aufmerksamkeit)
- d) **narzißtische PS** (grandioses Selbstbild, starke Kränkbarkeit, Empathiemangel)

3. Gruppe C (von Angst oder Furcht geprägtes Verhalten)

- a) **selbstunsichere PS** (soziales Unbehagen, Schüchternheit, Angst vor Negativbewertung)
- b) **dependente PS** (abhängig, unselbständig, entscheidungsunfähig, Angst vor Verlassenwerden)
- c) **zwanghafte PS** (Perfektionismus, Rigidität, Unentschlossenheit)

Zwar gewinnen die Persönlichkeitsstörungen eine **zunehmende Bedeutung** in der Diagnostik psychischer Störungen, allerdings gibt es hier auch deutlich mehr **Fehldiagnosen** als in den meisten anderen DSM-IV-Kategorien (s.o. eingeschränkte Validität und Reliabilität; Comer, 1995, S. 639 ff.) Dies mag z.T. daran liegen, daß die Leitsymptome **Überschneidungen** für die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen aufweisen, zum anderen aber auch die einer bestimmten Störungskategorie zugeordneten Menschen hinsichtlich einer Reihe von behandlungsrelevanten Merkmalen sehr **heterogen** sind.

Die ICD-Systematik faßt unter der Rubrik „F60 – F62“ **Persönlichkeitsstörungen** (acht spezifisch genannte mit größtenteils Überlappungen in der Symptomatik und Bezeichnung mit DSM-IV) und **anhaltende Persönlichkeitsänderungen** zusammen:

„Diese Störungen umfassen tiefverwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Dabei findet man bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche von Verhalten und psychischen Funktionen. Häufig gehen sie mit persönlichem Leiden und gestörter sozialer und Leistungsfähigkeit einher.“ (WHO, 1993², S. 225) „Die Einschätzung muß auf möglichst vielen Informationen beruhen. Auch wenn ein Persönlichkeitsbild manchmal durch ein einziges Interview deutlich wird, müssen oft mehr als ein Interview durchgeführt und fremdanamnestic Angaben eingeholt werden.“ (S. 226)

Auch wenn wir über epidemiologische Verbreitung, duale Diagnose, Primär- und Sekundärstörung noch relativ wenig gesichert wissen, begegnen uns derart **„schwierige PatientInnen“** im klinischen Alltag häufiger, entweder mit einer entsprechenden Eingangsdiagnose (also einer „Komorbiditäts-Vorgeschichte“) oder als Verdachtsdiagnose zu Beginn oder im Verlauf einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme Sucht. Ein Bonmot von Reimer (1996):

„Was ist ein schwieriger Patient?
Einer, der seinem Helfer Schwierigkeiten macht ...
Was ist ein schwieriger Helfer?
Einer, der seinem Patienten Schwierigkeiten macht ...“
(Reimer, 1996, S. 66)

Im folgenden möchte ich Ihnen eine **Störungstheorie** und eine daraus abgeleitete **Behandlungskonzeption** vorstellen: das **Modell der doppelten Handlungsregulation** von Rainer Sachse (1997/1999²), das aus der kognitiven Theorie der Persönlichkeitsstörung von Beck und Freeman abgeleitet wurde und mit dem Konzept der zielorientierten Gesprächspsychotherapie assoziiert ist. Sachse hat die theoretischen Grundlagen in seinem Buch „Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile“ ausführlich und gut verständlich dargestellt, angereichert um viele Fallbeispiele aus seiner therapeutischen und supervisorischen Praxis sowie um prozeßorientierte diagnostische Hilfsmittel zur Erkennung entsprechender dysfunktionaler Interaktionen seitens des Patienten – die sogenannten „Bochumer Bearbeitungs- und Beziehungsskalen“ (BBBS).

Sachse geht wie viele andere Wissenschaftler davon aus, daß der Begriff „Persönlichkeitsstörung“ unscharf und umstritten ist. Es fehlt nicht nur eine einheitliche, empirisch abgesicherte Theorie sondern auch eine fundierte Therapie zur effektiven Behandlung: Klienten mit Persönlichkeitsstörungen gelten als therapeutisch wenig zugänglich und als interaktionell schwierig. Sachse spricht – dem Beispiel der kognitiven und systemischen Theoretiker folgend und

die Fallkonzeptionen tiefenpsychologisch orientierter Wissenschaftler und Praktiker gemäß – nicht mehr von Persönlichkeitsstörungen sondern von **Beziehungs- und Interaktionsstörungen**. Damit ist der Behandler eindeutig mit im Boot. Außerdem nimmt er an, daß die Arten von Beziehungsgestaltung, die in extremer Form zu sogenannten Persönlichkeitsstörungen führen, in milderer Form **universelle Umgangsformen** sind:

„Es gibt also keine dichotome Abgrenzung von ´normal´ zu ´gestört´, sondern fließende Übergänge.“ (S. 14)

Insofern ist die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ nicht als Pathologisierung sondern als unverzichtbare therapeutische **Leitheuristik** zur Behandlungsplanung und prozeßbegleitenden Evaluation aufgefaßt, da die Interaktionsprobleme des Patienten sowohl innerhalb des therapeutischen Settings als auch außerhalb gleichermaßen von großer Relevanz sind.

Diese Störungstheorie einer Interaktions- und Beziehungsstörung als Kernelement versucht eine Reihe von Fragen aufzugreifen und zu klären:

- **Warum** haben Therapeuten mit diesen Klienten/Patienten extreme Probleme?
- **Wie** sehen diese Probleme aus?
- **Was** tun diese Klienten/Patienten konkret und welche Schwierigkeiten entstehen daraus (Entwicklung prozeßdiagnostischer Verfahren)?
- Wie können dem Klienten/Patienten **effektive Veränderungen** ermöglicht und wie können dem Therapeuten **Handlungsmöglichkeiten** zurückgegeben werden (Ableitung therapeutischer Strategien)?

Patienten mit Persönlichkeitsstörungen thematisieren oder bearbeiten diese (Beziehungs- und Interaktions-)Probleme nicht, sie „leben“ diese Probleme in der Therapie und „machen“ mit großer Attraktion den Therapeuten zum Mitspieler in den Re-Inszenierungen. Die Personen haben im Laufe ihrer Sozialisation gelernt, bestimmte Ziele, Wünsche und Bedürfnisse nicht mehr zu verfolgen, da wichtige Bezugspersonen negativ auf die Äußerung der Wünsche reagiert haben. In Verarbeitung dieser **Negierungs- und Ablehnungserfahrungen** entwickeln die Betroffenen pathogene Überzeugungen, z.B. „Ich bin es nicht wert.“ Oder „Es ist besser, seine Ziele nicht zu verwirklichen.“ oder „Menschen sind unzuverlässig.“ Oder „Es gibt keine sichere Beziehung.“

In den Kurzdefinitionen von DSM-IV und ICD-10 imponieren die interaktionsbezogenen Auffälligkeiten von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die ja auch in der Interaktion und Beziehung zum Therapeuten aktiv werden:

- Mißtrauen/Argwohn
- Distanziertheit in sozialen Beziehungen
- Starkes Unbehagen in nahen oder enger werdenden Beziehungen
- Mißachtung der Rechte anderer
- Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen
- Heischen nach Aufmerksamkeit
- Bedürfnis danach, bewundert zu werden
- Soziale Hemmungen
- Anklammerndes Verhalten

Zu diesen problematischen Verhaltensmustern, die für den Patienten in seiner Entwicklung zu frühen Zeiten „lebensrettend“ waren in einem ungünstigen bis feindseligen Lern- und Sozialisationsumfeld, kommen weitere Erschwernisse:

- Aufgrund der ich-syntonen, d.h. ins Selbst integrierten Interaktions- und Beziehungsstörung kommen diese Patienten in der Regel wegen anderer – oft Achse I-Störungen – in die Behandlung. So zeigen sie bezüglich des problematischen Interaktionsverhaltens keine Änderungsmotivation, sondern eine Stabilisierungsmotivation: Der Therapeut soll als Element in das bestehende System eingebaut werden.
- Der Therapeut wird vom Patienten in der ihm gewohnten Weise funktionalisiert: er soll trösten, bestätigen, Verantwortung übernehmen etc.
- Es kommt zu Blockierungsverhalten oder Widerständen, wenn der Therapeut das Interaktionsverhalten thematisiert, das den Therapeuten häufig mattsetzt, hilflos macht, ärgerlich und frustriert reagieren läßt.

Der Therapeut kann so vom Partner im Therapieteam zum Teil des Problems werden, da er oft diese Funktionalisierung durch den Patienten erst erkennt, wenn das System bereits stabilisiert ist. Bei fehlender Strategie, mit diesem Testverhalten und dem „Benutztwerden“ umzugehen, verschlechtert sich die Therapeut-Patient-Beziehung zunehmend, so daß schließlich keine konstruktive Arbeit mehr möglich ist.

„Im Unterschied zu Achse I-Störungen, bei denen ebenfalls die Umwelt- und Selbstwahrnehmung verzerrende Schemata angenommen werden (z.B. bei Ängsten auf Gefahr, bei Depressionen auf Verlust bezogene), die sich jedoch durch kognitive Umstrukturierung relativ rasch im Sinne der Aktivierung konkurrierender, funktionalerer Schemata verändern lassen, läßt sich bei PSn (= Persönlichkeitsstörungen) ein solcher sog. ´cognitive shift´ nur viel mühsamer erzielen, da alternative, ´benignere´ Schemata in der Lerngeschichte kaum entwickelt werden konnten – es gibt sozusagen nichts, worauf die Patienten ´überspringen´ könnten.“ (Ecker, 1996³, S. 384)

The greatest love of all (George Benson, 1977; © BMG Records, UK)

I believe that children are our future.
Teach them well and let them lead the way.
Show them all the beauty they possess inside.
Give them a sense of pride to make it easier.
Let the children's laughter remind us how we used to be.

Everybody's searching for a hero,
people need someone to look up to.
I never found anyone who fulfilled my need.
A lonely place to be – so I learned to depend on me.
I decided long ago never to walk in anyone's shadow.
If I fail, if I succeed, at least I lived as I believe.
No matter what they take from me.
They can't take away my dignity,

because the greatest love of all was happening to me.
I found the greatest love of all inside of me.
The greatest love of all is easy to achieve,
learning to love yourself is the greatest love of all.

Literatur:

Comer, Ronald J. (1995) Klinische Psychologie. Heidelberg: Spektrum, Akademischer Verlag.

Ecker, Willi (1996³) Persönlichkeitsstörungen. In: M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.) Verhaltenstherapie. Techniken, Einzelverfahren, Behandlungsanleitungen. S. 381-386. Berlin: Springer.

Fiedler, Peter (1994). Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: PVU.

Konzag, Tom-Alexander & Erdmuthe Fikentscher (1998) Stationäre Psychotherapie. Phasen der therapeutischen Beziehung bei strukturell schwergestörten Patienten. Psychotherapeut, 43, 369-376.

Maier, Wolfgang, Franke, Petra & Linz, Maria (1999) Mehrfachdiagnosen (Komorbidität). In: M. Gastpar, K. Mann & H. Rommelspacher (Hrsg.) Lehrbuch der Suchterkrankungen. (S. 83-93) Stuttgart: Thieme.

Reimer, Christian (1996) Verbale und handlungsbezogene Psychotherapieverfahren. Kap. 1.1 Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie. Unterkap. 1.1.8 Exkurs über sogenannte schwierige Patienten. In: C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.) Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. S. 66-77. Heidelberg: Springer.

Sachse, Rainer (1999²/1997) Persönlichkeitsstörungen: Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile. Göttingen: Hogrefe.

Streeck, Ulrich (1998) Persönlichkeitsstörungen und Interaktion. Zur stationären Psychotherapie von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapeut, 43, 157-163.

Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) (1993²) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.

Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) (1994) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F): Forschungskriterien. Bern: Huber.

Anschrift:

Dr. Wilma Funke

Ltd. Psychologin

Kliniken Wied

Mühlental

D-57629 Wied

Tel 02662/806-125

Fax 02662/806-124

Email: wilma.funke@kliniken-wied.de