

21 Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen

21.1 Einführung

Stephan Doering und Rainer Sachse

Definition

Bei den Persönlichkeitsstörungen (PS) handelt es sich um eine Gruppe von psychischen Erkrankungen, die entsprechend den Forschungskriterien der ICD-10 (Dilling et al. 2006) durch die folgenden allgemeinen Kriterien charakterisiert sind:

- G1. Die charakteristischen und dauerhaften inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster der Betroffenen weichen insgesamt deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben („Normen“) ab. Diese Abweichung äußert sich in mehr als einem der folgenden Bereiche:
- Kognition (d.h. Wahrnehmung und Interpretation von Dingen, Menschen und Ereignissen; Einstellungen und Vorstellungen von sich und anderen).
- Affektivität (Variationsbreite, Intensität und Angemessenheit der emotionalen Ansprechbarkeit und Reaktion).
- Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung.
- Art des Umgangs mit anderen und die Handhabung zwischenmenschlicher Beziehungen.
- G2. Die Abweichung ist so ausgeprägt, dass das daraus resultierende Verhalten in vielen persönlichen und sozialen Situationen unflexibel, unangepasst oder auch auf andere Weise unzweckmäßig ist (nicht begrenzt auf einen speziellen „triggernden Stimulus“ oder eine bestimmte Situation).
- G3. Persönlicher Leidensdruck, nachteiliger Einfluss auf die soziale Umwelt oder beides sind deutlich dem unter G2 beschriebenen Verhalten zuzuschreiben.
- G4. Nachweis, dass die Abweichung stabil, von langer Dauer ist und im späten Kindesalter oder der Adoleszenz begonnen hat.
- G5. Die Abweichung kann nicht durch eine andere psychische Störung einschließlich einer organischen Erkrankung erklärt werden.

Auf der Basis dieser allgemeinen Kriterien enthält die ICD-10 zehn spezifische Persönlichkeitsstörungen: die paranoide, schizoide, dissoziale, emotional instabile (vom impulsiven und vom Borderline-Typ), histrionische, anankastische, ängstlich (vermeidende), abhängige (asthenische) sowie im Anhang die narzisstische und die passiv-aggressive (negativistische) Persönlichkeitsstörung. Das DSM-5 (Falkai und Wittchen 2015) enthält darüber hinaus die schizotypische Persönlichkeitsstörung, die in der ICD-10 den schizophrenen Erkrankungen zugeordnet ist.

Epidemiologie und Ätiologie

Die Persönlichkeitsstörungen stellen insgesamt eine häufige Störungsgruppe dar, die Prävalenzzahlen liegen zwischen 6,7% (Lenzenweger 1999) und 14,6% (Zimmermann und Coryell 1989); in Deutschland wurde eine Prävalenz von 9,4% gefunden (Maier et al. 1992). Die Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen bei psychiatrischen Patienten liegt bei 39,5% (Loranger et al. 1994).

Zur Entstehung der Persönlichkeitsstörungen liegt eine Vielzahl von Studien vor, wobei zusammenfassend von einer multifaktoriellen Ätiologie ausgegangen werden kann, bei der biologische und psychosoziale Faktoren in komplexer Weise interagieren (Doering, 2009). In einer Zwillingsstudie wurden Konkordanzraten für monozygote (92 Paare) und dizygote (129 Paare) Zwillinge verglichen und eine hohe Erblichkeit von 0,60 für alle Persönlichkeitsstörungen gefunden, wobei die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen eine unterschiedlich starke Heritabilität aufwiesen, die von 0,28 bei der selbstunsicher-vermeidenden bis 0,79 bei der narzisstischen reichten (Torgersen et al. 2000). Hinsichtlich dieser Untersuchung muss einschränkend festgehalten werden, dass es sich um eine kleine Stichprobe handelte, die zunächst nur vorläufige Schlüsse zulässt und häufige Komorbiditäten mit Achse-1-Störungen nicht berücksichtigte. Man geht ohnehin nicht davon aus, dass die Persönlichkeitsstörung an sich, sondern vielmehr einzelne zugrunde liegende Persönlichkeitszüge vererbt werden (Skodol et al. 2002). Auf neurobiologischer Ebene lassen sich vielfältige Veränderungen nachweisen, wobei ganz überwiegend Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen untersucht worden sind (vgl. > Kap. 21.4, Ätiologie). Unter den psychosozialen Faktoren wurden insbesondere kindlicher Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung als ätiologisch relevante Faktoren identifiziert (Zanarini 2000, Johnson et al. 2006).

Diagnostik

In der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen lassen sich kategoriale und dimensionale Herangehensweisen unterscheiden. Während Letztere eine Reihe von Persönlichkeitszügen (z.B. Extraversion, Gewissenhaftigkeit etc.) in ihrer jeweiligen Ausprägung erfassen, zielen Erstere auf die eindeutige Zuordnung eines Patienten zu einer oder mehreren Kategorien (z.B. paranoide, zwanghafte Persönlichkeitsstörung). Es hat sich gezeigt, dass für eine valide Erfassung der Persönlichkeitsstörungen eine Interviewdiagnostik der Selbstbeurteilung mit Hilfe von Fragebögen überlegen ist. Die am besten etablierten Interviewverfahren leiten sich von den Klassifikationen ICD-10 und DSM-IV ab: Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID-II, Fydrich et al. 1997) erfasst die einzelnen diagnostischen Items aller DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen, während von der International Personality Disorder Examination (IPDE, Loranger et al. 1994) eine ICD-10- und eine DSM-IV-Version vorliegt. Darüber hinaus gibt es für die Diagnostik einzelner Persönlichkeitsstörungen spezifische Instrumente, die in den nachfolgenden Abschnitten aufgeführt sind.

Therapie

Als Behandlung der ersten Wahl wird für die Persönlichkeitsstörungen die Psychotherapie angesehen, wobei diese je nach Indikation mit einer pharmakologischen Behandlung kombiniert wird. Letztere zielt in erster Linie auf die Achse-I-Komorbidität, wird aber auch zur Behandlung bestimmter Kernmerkmale bzw. Symptomcluster (z.B. Hemmung/Ängstlichkeit, Impulsivität) der Persönlichkeitsstörung selbst eingesetzt (Herpertz et al. 2007). Für einige Persönlichkeitsstörungen existieren manualisierte Therapieansätze im Sinne störungsspezifischer Psychotherapie, die zum Teil auch schon mit Erfolg evaluiert worden sind.

Es wird heute davon ausgegangen, dass es sich bei den Persönlichkeitsstörungen allgemein um Beziehungs- und Interaktionsstörungen handelt (Fiedler 1994). Daraus resultiert, dass Therapeuten davon ausgehen müssen, dass die Patienten ihre Störungen in der Therapie nicht nur thematisieren, sondern „agieren“: Patienten gestalten auch die Beziehung zum Therapeuten bereits nach ihren dysfunktionalen Interaktionsmustern, worauf ein Therapeut durch bestimmte Arten der Beziehungsgestaltung konstruktiv reagieren muss. Wesentliche therapeutische Ziele sind die Erarbeitung von Problemeinsicht und

Änderungsmotivation, die Bearbeitung dysfunktionaler Schemata und die Entwicklung alternativen Interaktionsverhaltens.

Persönlichkeitsstörungen sind meist Ich-synton, d.h. die Patienten haben keine Vorstellung davon, dass sie ungünstige Schemata und ungünstiges Interaktionsverhalten aufweisen und dass dies hohe Kosten erzeugt. Damit haben die Patienten zu Therapiebeginn aber auch keinen Arbeitsauftrag im Hinblick auf Aspekte der Persönlichkeitsstörung. Dieses Problembewusstsein und damit der Arbeitsauftrag der Psychotherapie muss im Therapieprozess erst geschaffen werden: Dazu sind konfrontative Interventionen des Therapeuten erforderlich, Interventionen, die den Patienten darauf aufmerksam machen, wie er handelt, warum er so handelt und welche (interaktionellen) Kosten sein Handeln hat. Erst wenn der Patient ein solches Problembewusstsein entwickelt, bildet sich auch eine Änderungsmotivation im Hinblick auf die Persönlichkeitsstörung.

Hat der Patient eine Änderungsmotivation aufgebaut und einen Arbeitsauftrag entwickelt, wird von kognitiv-behavioralen Therapeuten an den dysfunktionalen Schemata des Patienten gearbeitet: Hier kann man alle zur Verfügung stehenden kognitiven Techniken einsetzen; bewährt hat sich vor allem das „Ein-Personen-Rollenspiel“ (Sachse 2006). Psychodynamische Therapeuten würden anstelle von dysfunktionalen Schemata eher von Beziehungs- oder Übertragungsmustern sprechen und diese nicht im Rollenspiel, sondern in der verbalen Interaktion zum Teil unter Einbeziehung von Deutungen bearbeiten.

21.2 Psychotherapie bei Cluster-A-Persönlichkeitsstörungen: Die paranoide, schizoide und schizotypische Persönlichkeitsstörung

Stephan Doering und Rainer Sachse

Im Cluster A werden Individuen mit Persönlichkeitsstörungen zusammengefasst, die durch sonderbares und exzentrisches Verhalten auffallen.

Die paranoide Persönlichkeitsstörung

Einleitung

Die paranoide Persönlichkeitsstörung ist eine Störung, bei der die Betroffenen Distanz halten, sich nur schwer auf Beziehungen einlassen und Interaktionspartnern mit großem Misstrauen begegnen (Bernstein et al. 1993). Millon (1996) weist auf die Angst des paranoiden Menschen vor dem Verlust von Kontrolle und Selbstbestimmung hin, auf interpersonaler Ebene betont Benjamin (2003) den zugrunde liegenden Wunsch nach Bestätigung und Verständnis durch das Gegenüber. In der Allgemeinbevölkerung wird eine Prävalenz von 0,5–2,5% angegeben (Bernstein et al. 1993; Torgersen et al. 2001), bei psychiatrischen Patienten finden sich 2,4% mit paranoider Persönlichkeitsstörung (Loranger et al. 1994).

Diagnostik

In der ICD-10 sind die folgenden diagnostischen Kriterien enthalten:

Mindestens vier der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen:

- übertriebene Empfindlichkeit auf Rückschläge und Zurücksetzungen,
- Neigung, dauerhaft Groll zu hegen, d.h. Beleidigungen, Verletzungen oder Missachtungen werden nicht vergeben,

- Misstrauen und eine anhaltende Tendenz, Erlebtes zu verdrehen, indem neutrale oder freundliche Handlungen anderer als feindlich oder verächtlich missdeutet werden,
- streitsüchtiges und beharrliches, situationsunangemessenes Bestehen auf eigenen Rechten,
- häufiges ungerechtfertigtes Misstrauen gegenüber der sexuellen Treue des Ehe- oder Sexualpartners,
- ständige Selbstbezogenheit, besonders in Verbindung mit starker Überheblichkeit,
- häufige Beschäftigung mit unbegründeten Gedanken an „Verschwörungen“ als Erklärungen für Ereignisse in der näheren Umgebung des Patienten oder der Welt im Allgemeinen.

Symptomatik

Nach dem *Modell der Doppelten Handlungsregulation* (Sachse 1999, 2001, 2004a; Sachse, Sachse und Fasbender 2010, 2014) zeichnen sich Persönlichkeitsstörungen durch psychologische Funktionscharakteristika aus, die sich für paranoide Persönlichkeitsstörungen folgendermaßen konkretisieren: Das zentrale Beziehungsmotiv von Personen mit paranoider Persönlichkeitsstörung ist die *Verteidigung des eigenen Territoriums und die Unverletzlichkeit eigener Grenzen*. Man kann aufgrund biographischer Analysen annehmen, dass Personen mit paranoider Persönlichkeitsstörung in ihrer Biographie massive Grenzverletzungserfahrungen gemacht haben: Bezugspersonen haben massiv kontrolliert, bestraft, abgewertet. Es gibt ein starkes Bedürfnis danach,

- dass Grenzen von anderen respektiert, geachtet, nicht überschritten werden;
- dass eigene Territorien von anderen als solche beachtet und geachtet werden;
- dass man eigene Territorien definieren kann und dass diese Definitionen nicht in Frage gestellt werden.

Patienten mit paranoider Persönlichkeitsstörung weisen in der Regel negative Selbst- und Beziehungsschemata auf. *Selbst-Schemata* sind Schemata, die sich auf Aspekte des Selbst beziehen, z.B. auf Eigenschaften der eigenen Person, Kompetenz, Leistungsfähigkeit, Attraktivität. *Beziehungsschemata* sind solche, die Annahmen darüber beinhalten, wie man in Beziehungen behandelt wird oder was man in Beziehungen zu erwarten hat.

Ein zentrales Schema der Patienten mit paranoider Persönlichkeitsstörung lautet: „*Meine Grenzen werden nicht respektiert.*“ Es gibt Annahmen wie:

- Jeder überschreitet meine Grenzen.
- Keiner achtet meine Grenzen.
- Andere wollen meine Grenzen nicht beachten.
- Andere versuchen, mir zu schaden und mich auszunutzen.
- Andere wollen mich schädigen.

Die Person nimmt infolgedessen auch an, dass sie sich in besonderer Weise schützen muss:

- Wenn ich mich nicht verteidige, werde ich ausgenutzt.
- Wenn ich nicht ständig aufpasse, werde ich geschädigt.
- Ich muss immer wachsam sein, aufpassen, um nicht beeinträchtigt zu werden.
- Ich muss immer kampfbereit sein, um Versuche, meine Grenzen zu überschreiten usw., von Anfang an im Keim zu ersticken.

Wichtige interaktionelle Ziele auf Beziehungsebene, die die Personen mit paranoider Persönlichkeitsstörung verfolgen, sind:

- Sei wachsam, aufmerksam, beachte alles!

- Vertraue keinem!
- Denk immer daran, andere können dich beeinträchtigen, hintergehen, benutzen, ausnutzen, schädigen!
- Halte andere auf Distanz!
- Gib so wenig wie möglich von dir preis!
- Lass dir nichts gefallen!
- Wehre dich schon bei Kleinigkeiten, zeige keine Schwäche!
- Wehre dich sofort heftig, lass nicht zu, dass andere Oberhand gewinnen!

Ätiologie

Es bestehen nur spärliche empirische Hinweise auf ätiologische Faktoren der paranoiden PS. Kendler et al. (1984) berichteten von einem erhöhten Vorkommen der paranoiden Persönlichkeitsstörung bei Angehörigen von schizophrenen und wahnhaften Patienten. Schon früh wurde davon berichtet, dass Patienten mit paranoider Persönlichkeitsstörung in einer grausamen, sadomasochistischen Atmosphäre aufwuchsen (Rycroft 1991). Kürzlich konnten diese Zusammenhänge auch empirisch gesichert werden: Johnson et al. (2006) fanden ein signifikant häufigeres Auftreten der paranoiden Persönlichkeitsstörung bei Menschen, die einem vernachlässigenden und feindseligen („aversiven“) elterlichen Beziehungsstil ausgesetzt waren.

Allgemeines zur Therapie

Patienten mit paranoider Persönlichkeitsstörung kommen nur sehr selten in Behandlung, da sie zum einen das Problem in ihrer Umwelt und nicht bei sich selbst sehen und zum anderen jedem Behandler gegenüber ein starkes krankheitsbedingtes Misstrauen entwickeln. Beginnen sie doch einmal eine Psychotherapie, so kommt es häufig zu Therapieabbrüchen (Chambless et al. 1992). Herpertz und Wenning (2003a) empfehlen, „den Patienten dort abzuholen, wo er steht“, und weniger auf eine Persönlichkeitsveränderung als vielmehr auf eine Reduktion des Misstrauens und eine Verbesserung der sozialen Kompetenzen abzielen. In diesem Sinne erkannte Fiedler (2003) als schulenübergreifende psychotherapeutische Herangehensweise ein „psychosoziales Konfliktmanagement“, das den Patienten bei der „Beeinflussung oder Beseitigung psychosozialer Konflikte oder Stressoren“ unterstützt. Dabei ist der therapeutischen Beziehung mit einer Balance zwischen Neutralität den verzerrten Ansichten des Patienten gegenüber und Sorge und Verständnis für die Lage des Patienten besonderes Augenmerk zu schenken (Herpertz & Wenning 2003a). Das erste wichtige Ziel der Behandlung liegt nach Millon (1996) darin, das Misstrauen des Patienten zu überwinden, indem ihm die korrigierende emotionale Erfahrung ermöglicht wird, dass er seine Ängste teilen kann, ohne die erwartete Beschämung oder aggressive Entwertung durch den Therapeuten zu erleben. Dabei muss sich der Therapeut darüber klar sein, dass der Patient überempfindlich gegenüber jeglicher Kritik ist und gleichzeitig dem Therapeuten sehr kritisch gegenübersteht (Benjamin 2003).

Spezifische Behandlungsansätze

Es gibt keine manualisierten störungsspezifischen Therapiekonzepte für die paranoide Persönlichkeitsstörung und auch keine spezifischen empirischen Therapiestudien. Es handelt sich also bei den folgenden Empfehlungen um Expertenmeinungen ohne empirische Evidenz.

Aus *psychodynamischer Sicht* wird neben der Etablierung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses der Umgang mit den meist sehr aggressiven und zerstörerischen Übertragungen der Patienten in den Vordergrund gestellt. Dabei sollte nicht konfrontativ

vorgegangen werden und von (vorzeitigen) Übertragungsdeutungen Abstand genommen werden, da dies den Patienten in seiner paranoiden Haltung bestätigt. Vielmehr sollte versucht werden, die Projektionen des Patienten zunächst anzunehmen („containing“) und eher eine akzeptierende und stützende Haltung einzunehmen. Erst nach Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung ist dann eine Identifikation und behutsame Bearbeitung der maladaptiven Beziehungsmuster in der Therapeut-Patient-Beziehung möglich (s. > Tab. 21.1).

Tab. 21.1 Behandlungsgrundsätze bei paranoider Persönlichkeitsstörung aus psychodynamischer Sicht nach Wöller et al. (2002a)
• Aufbau eines therapeutischen Arbeitsbündnisses
• Größtmögliche Offenheit zum Abbau des Misstrauens
• „Containing“ der Projektionen des Patienten
• Stützende und selbstwertstabilisierende Interventionen haben Vorrang vor Konfrontationen.
• Respektvoll-akzeptierende Haltung ohne übermäßige Freundlichkeit
• Identifikation maladaptiver Muster erst bei stabiler Therapeut-Patient-Beziehung
• Keine latent feindseligen, vorwurfsvollen oder kränkenden Äußerungen

Von *kognitiv-behavioraler Seite* wird betont, dass das Therapieziel nicht die Modifikation der paranoiden Ansichten des Patienten sein sollte, sondern vielmehr seine Angst vor Kritik verringert und seine soziale Kompetenz bzw. Eigeneffizienz in Problemsituationen gesteigert werden (Beck et al. 1999; Turkat 1996). Als Methoden werden kognitiv-verhaltenstherapeutische Standardinterventionen wie Angstbewältigungstraining, soziales Kompetenztraining und Selbstsicherheitstraining empfohlen. Besonderes Augenmerk wird auch hier der Entwicklung der Therapeut-Patient-Beziehung geschenkt, die die Voraussetzung für eine Modifikation der dysfunktionalen zwischenmenschlichen Verhaltensweisen des Patienten darstellt (Beck et al. 1999; Turkat 1996).

Die Explizierung der dysfunktionalen Schemata ist bei Patienten mit paranoider Persönlichkeitsstörung deutlich schwieriger als bei anderen Persönlichkeitsstörungen und sollte erst deutlich später erfolgen. Der Therapeut sollte hier immer „an der Kante des Möglichen“ arbeiten, also Schemata oder Schema-Aspekte versuchsweise verbalisieren und explizieren und testen, ob der Patient sie schon akzeptieren kann oder sie noch vermeidet. Reagiert der Patient aggressiv, dann lässt der Therapeut die Aussage stehen: „Das war mein Eindruck, aber vielleicht irre ich mich ja auch“ und lässt dann eine Zeit lang die Finger von solchen Verbalisierungen. Akzeptiert der Patient die Explizierung, dann baut sie der Therapeut langsam und vorsichtig aus. (Wichtig kann auch eine Kombination aus Schema-Explizierung und biographischer Arbeit sein: Durch die Bearbeitung der Biographie kann der Therapeut dem Patienten deutlich machen, dass dieser bestimmte Annahmen bilden *musste* und dass die Bildung dieser Annahmen sich gut aus der Situation heraus verstehen lässt und: dass es nicht ehrenrührig ist, solche Annahmen zu haben.)

Wirksamkeitsnachweise

Es liegen bislang keine Wirksamkeitsstudien zur Behandlung der paranoiden Persönlichkeitsstörung vor (Evidenzgrad IV).

Die schizoide Persönlichkeitsstörung

Einleitung

Die schizoide Persönlichkeitsstörung ist eine Störung, bei der die Personen in extremer Weise Distanz zu Interaktionspartnern halten und nur sehr schwer Kontakt aufnehmen (Andresen et al. 2002). Sie zeichnen sich durch eine Unfähigkeit aus, die angenehmen Seiten des Lebens zu genießen (Millon 1996) und erscheinen so, als hätten sie weder Wünsche noch Ängste in Bezug auf andere Menschen (Benjamin 2003). Bei einer Prävalenz von 0,5–1,7% in der Allgemeinbevölkerung (Torgersen et al. 2001) kommen die Betroffenen nur selten in Behandlung, dies zeigt die geringe Zahl von 1,8% unter ambulanten und stationären Psychatriepatienten (Loranger et al. 1994).

Diagnostik

Die ICD-10 definiert folgende Kriterien:

Mindestens vier der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen:

- wenn überhaupt, dann bereiten nur wenige Tätigkeiten Freude,
- emotionale Kühle, Distanziertheit oder abgeflachter Affekt,
- reduzierte Fähigkeit, warme, zärtliche Gefühle für andere oder Ärger auszudrücken,
- erscheint gleichgültig und indifferent gegenüber Lob und Kritik von anderen,
- wenig Interesse an sexuellen Erfahrungen mit einem anderen Menschen (unter Berücksichtigung des Alters),
- fast immer Bevorzugung von Aktivitäten, die alleine durchzuführen sind,
- übermäßige Inanspruchnahme durch Phantasien und Introvertiertheit,
- hat keine oder wünscht keine engen Freunde oder vertrauensvollen Beziehungen (oder höchstens eine),
- deutlich mangelhaftes Gespür für geltende soziale Normen und Konventionen; wenn sie nicht befolgt werden, geschieht das unabsichtlich.

Symptomatik

Personen mit schizoider Persönlichkeitsstörung haben in ihrer Biographie Erfahrungen gemacht, dass sie so gut wie keine positiven Beziehungssignale von Interaktionspartnern erhalten haben, somit sind entsprechend viele zentrale Beziehungsmotive frustriert. Daher haben Patienten mit schizoider Persönlichkeitsstörung ein starkes Bedürfnis nach **Anerkennung**: ein Motiv, positiv gesehen, positiv definiert und als Person geschätzt zu werden (Sachse 2013).

Ein zentrales Schema, das Patienten mit schizoider Persönlichkeitsstörung aufweisen, ist: „Beziehungen bringen nichts.“ Die Patienten weisen aufgrund ihrer Biographie Annahmen auf wie:

- In Beziehungen erhält man keine Anerkennung, keine Zuwendung.
- In Beziehungen bin ich anderen nicht wichtig, kann ich im Leben anderer keine Rolle spielen.
- Beziehungen sind nicht verlässlich; Beziehungen sind allenfalls Zweckbündnisse.
- In Beziehungen hilft einem niemand, man kann sich auf niemanden wirklich verlassen.
- Beziehungen sind insgesamt kalt, unfreundlich, anstrengend, unerfreulich, nutzlos.

Daraus leiten die Patienten weitere Annahmen ab, z.B.:

- Man kann sich nur auf sich selbst verlassen.
- Allein kommt man am besten klar.
- Vermeide Beziehungen, denn sie sind kahl, leer und kalt.
- In Beziehungen fühlt man sich unwohl, verlassen, allein.

- Bleib allein und kümmere Dich um Dich selbst.

Ätiologie

Bislang liegen nur sehr wenige empirische Untersuchungen zur Entstehung der schizoiden Persönlichkeitsstörung vor. Ein biologischer Zusammenhang zu schizophrenen Erkrankungen konnte nicht hergestellt werden (Herpertz und Wenning 2003b). Johnson et al. (2006) fanden, dass eine elterliche Vernachlässigung einen signifikanten Risikofaktor für die Entstehung einer schizoiden Persönlichkeitsstörung darstellt. In einer weiteren Untersuchung konnte gezeigt werden, dass pränatale Unterernährung zu einem erhöhten Auftreten von schizoider Persönlichkeitsstörung führt (Hoek et al. 1996).

Allgemeines zur Therapie

Patienten mit schizoider Persönlichkeitsstörung vermeiden es im Allgemeinen, überhaupt eine Therapie in Anspruch zu nehmen, tun sie es dennoch, so stellt nicht selten eine Achse-I-Störung, z.B. eine Depression oder soziale Phobie, den Anlass dar. In einem solchen Fall sollte sich die Behandlung zunächst auf die aktuelle Störung beschränken, was die Entstehung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung ermöglicht. Diese kann eventuell später dazu genutzt werden, soziale Anpassung und dysfunktionale Beziehungsmuster zu fokussieren. Die größte Gefahr in der Therapie besteht darin, den Patienten durch eine zu schnelle und intensive Beziehungsaufnahme zu ängstigen und einen Therapieabbruch zu provozieren. Wöller et al. (2002b) empfehlen, das „Distanzbedürfnis des Patienten zu respektieren“, indem „Therapietermine eher kurz gehalten werden“ und dem Patienten die Möglichkeit gelassen wird, „Therapiestunden vorzeitig zu beenden“. Der Therapeut sollte nur bescheidene Erwartungen an den Patienten richten, in Kauf nehmen, dass er ihn trotz aller Empathiebemühungen oft nicht „erreichen“ kann und dass er auch nach langer Therapie vermutlich immer noch kein reiches Sozialleben führen wird (Millon und Davis 2000).

Spezifische Behandlungsansätze

Es existieren bislang weder störungsspezifische Therapiemanuale noch empirische Untersuchungen zur Behandlung der schizoiden Persönlichkeitsstörung, daher können hier nur Expertenmeinungen ohne empirische Evidenz wiedergegeben werden.

Herpertz und Wenning (2003b: 69) weisen auf die Bedeutung *psychoedukativer Strategien* im Rahmen einer „ressourcenorientierten und stützenden Informations- und Motivierungsphase“ hin:

- Gemeinsames Erarbeiten der Funktionalität sowie der Dysfunktionalität der Isolation des Patienten: Sinnhaftigkeit und Schutz vs. mangelnde Unterstützung,
- Analyse des individuellen Feedback-Kreislaufs bestehend aus geringen sozialen Interaktionen, eingeschränkten sozialen Fertigkeiten, Misserfolgen bei versuchter Kontaktaufnahme und folgendem verstärktem Rückzug,
- Verdeutlichung des Werts zwischenmenschlicher Beziehungen,
- Besprechung von Möglichkeiten, die Umweltbedingungen den eigenen Möglichkeiten anzupassen.

Aus *psychodynamischer Sicht* wurde empfohlen, auf „eindringende Fragen und weitreichende Deutungen“ zu verzichten, um die „emotionale Neuerfahrung, dass eine Beziehung möglich ist, ohne verletzend oder zerstörend zu sein“, nicht zu gefährden (Wöller et al. 2002b). Auf der Übertragungsebene ist bei einer gelingenden Psychotherapie mit der Entstehung von intensiven Sehnsüchten nach Abhängigkeit und Verschmelzung mit dem Therapeuten zu rechnen, die dann behutsam gedeutet werden müssen, um nicht heftige Enttäuschungsreaktionen beim Patienten hervorzurufen.

Kognitiv-behaviorale Therapieansätze fokussieren dysfunktionale Einstellungen und Gedanken mit dem Ziel einer kognitiven Umstrukturierung und Verbesserung sozialer Fertigkeiten unter Einbeziehung von Wahrnehmungsübungen. Der Kernpunkt des komplementären Handelns von Therapeuten bei Patienten mit schizoider Persönlichkeitsstörung besteht darin, *in hohem Maße zugewandt zu sein*: dem Patienten sehr viel Empathie, Respekt, Akzeptanz entgegenzubringen und ein hohes Ausmaß an Interesse, Zuwendung, Aufmerksamkeit zu realisieren.

Besonders wichtig ist aber, dass der Patient mit dem Therapeuten die Erfahrung macht, dass der Therapeut *sich intensiv um ein Verstehen des Patienten bemüht*; dass er versucht, sich in das Erleben und die Verarbeitungen des Patienten hineinzusetzen. Und der Patient sollte auch die Erfahrung machen, dass der Therapeut ihn *wirklich versteht*; dazu ist es wichtig, dass der Therapeut viel von dem, was er versteht, verbalisiert und expliziert; dass er dem Patienten *aktiv* signalisiert, dass er versteht, was die Autonomie für den Patienten bedeutet, wie es ihm mit der Entscheidung geht, in welchen Konflikten und Dilemmata der Patient steckt. Verstehen und Verständnis bringen wahrscheinlich am meisten Beziehungskredit. Auf diese Weise gewinnt der Patient allmählich Vertrauen zum Therapeuten; gibt langsam einen Teil seiner Autonomie auf, lässt sich auf den Therapeuten ein und lässt sich von ihm helfen.

Wirksamkeitsnachweise

Es liegen bislang keine Wirksamkeitsstudien zur Behandlung der schizoiden Persönlichkeitsstörung vor (Evidenzgrad IV).

Die schizotypische Persönlichkeitsstörung

Einleitung

Personen mit schizotypischer Persönlichkeitsstörung erscheinen oft skurril, seltsam und bizarr. Sie weisen magisches Denken auf und zeigen kognitive Auffälligkeiten. Die Übergänge zu paranoidem Erleben sind fließend, das Misstrauen der Betroffenen und ihre Andersartigkeit führen oft zu zwischenmenschlichen Problemen. In Beziehungen besteht die Angst vor Angriff und Unterwerfung, gegen die sich die schizotypischen Patienten mit „feinseligem Rückzug“ und magischen Vorstellungen zu schützen versuchen (Benjamin 2003). In den wenigen bislang vorliegenden epidemiologischen Untersuchungen fand sich eine Prävalenz der schizotypischen Persönlichkeitsstörung zwischen 0 und 5,1% (Torgersen et al. 2006), in der Allgemeinbevölkerung wird eine Häufigkeit von ca. 3% angenommen (Saß et al. 1996).

Diagnostik

Aufgrund einer Vielzahl von biologischen Befunden, die eine Zugehörigkeit der schizotypischen Persönlichkeitsstörung zum schizophrenen Spektrum nahe legen, ist diese Störung in der ICD-10 dem entsprechenden Kapitel F2 und nicht den Persönlichkeitsstörungen zugeordnet. Im DSM-IV dagegen ist sie in den Cluster-A-Persönlichkeitsstörungen enthalten, daher werden hier die diagnostischen Kriterien des DSM-IV wiedergegeben.

- Ein tief greifendes Muster sozialer und zwischenmenschlicher Defizite, das durch akutes Unbehagen in und mangelnde Fähigkeit zu engen Beziehungen gekennzeichnet ist. Weiterhin treten Verzerrungen der Wahrnehmung oder des Denkens und eigentümliches Verhalten auf. Die Störung beginnt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:
- Beziehungsideen (jedoch kein Beziehungswahn),

- 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 Phantasien und Beschäftigungen),
- ungewöhnliche Wahrnehmungserfahrungen einschließlich körperbezogener Illusionen,
- seltsame Denk- und Sprechweise (z.B. vage, umständlich, metaphorisch, übergenau, stereotyp),
- Argwohn und paranoide Vorstellungen,
- inadäquater und eingeschränkter Affekt,
- Verhalten oder äußere Erscheinung sind seltsam, exzentrisch oder merkwürdig,
- Mangel an engen Freunden oder Vertrauten außer Verwandten ersten Grades,
- ausgeprägte soziale Angst, die nicht mit zunehmender Vertrautheit abnimmt und eher mit paranoiden Befürchtungen als mit negativer Selbstbeurteilung zusammenhängt.
- Tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Schizophrenie, einer affektiven Störung mit psychotischen Merkmalen, einer anderen psychotischen Störung oder einer tief greifenden Entwicklungsstörung auf.

Symptomatik

Im Vordergrund der Symptomatik steht zum einen das sozial unangepasste, seltsame und gelegentlich bizarre Auftreten der Betroffenen im Zusammenhang mit starken sozialen Ängsten. Ähnlich den schizoiden Patienten bestehen meist wenige bis keine engeren zwischenmenschlichen Kontakte. Dieser Symptomatik dürften – möglicherweise biologisch bedingte – Störungen des Wahrnehmens und Denkens zugrunde liegen. Die Patienten neigen zu sensitivem Beziehungserleben, das paranoide Züge annehmen kann, darüber hinaus findet sich eine vage und stereotype Sprechweise mit zum Teil ungewöhnlicher bis skurriler Ausdrucksform. Häufig werden esoterische, magische oder andere überwertige Ideen und Überzeugungen vertreten.

Ätiologie

Viele Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass bei der schizotypischen Persönlichkeitsstörung Defizite in der Informationsverarbeitung eine zentrale Rolle spielen und sie eher als Schizophrenie-Spektrums-Störung interpretierbar ist denn als Persönlichkeitsstörung (Parnas et al. 2005).

Fiedler (2003) versteht die schizotypische Persönlichkeitsstörung im Sinne eines Vulnerabilitäts-Stress-Modells als Reaktion auf und Bewältigungsversuch zum Schutz vor Belastungen. Im Sinne Millons (1996) führt Fiedler drei prototypische Auffälligkeiten als Ausdruck erhöhter Vulnerabilität an: Depersonalisationsangst, kognitive und körperliche Irritationen sowie Verhaltensdefizite und sozialer Rückzug.

Allgemeines zur Therapie

Aufgrund der ausgeprägten Probleme der Patienten mit schizotypischer PS, zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen, stellt der Aufbau einer tragfähigen Therapeut-Patient-Beziehung – ebenso wie bei den anderen Cluster-A-Persönlichkeitsstörungen – eine der wichtigsten Aufgaben dar. Die Patienten benötigen ein klar strukturiertes und transparentes Therapiesetting und profitieren von einer klaren und einfachen Kommunikation, wohingegen abstrakte, ironische oder vage Aussagen sie eher destabilisieren („The concrete is to be preferred over the poetic“, Millon und Davis 2000: 367). Ähnlich wie bei schizoiden Patienten sollte das Distanzbedürfnis respektiert und ein zu schnelles und intensives Entstehen von Nähe vermieden werden. Darüber hinaus dürfen

in der Behandlung die oft bestehenden Denkstörungen des Patienten nicht außer Acht gelassen werden (Benjamin 2003).

Die Behandlung sollte im Wesentlichen auf stützende und psychoedukative Elemente bauen, Therapieziele sind dabei das Erkennen und Beachten persönlicher Grenzen und das In-Beziehung-treten zur Lebenswelt (Fiedler 2003).

Spezifische Behandlungsansätze

Es liegen bislang keine empirischen Untersuchungen zur Psychotherapie der schizotypischen Persönlichkeitsstörung vor. Empfehlungen können daher nur ohne empirische Evidenz auf dem Niveau der Expertenmeinung abgegeben werden. Einige kontrollierte Therapiestudien liefern Hinweise auf die Wirksamkeit niedrigdosierter Neuroleptika in der Behandlung der schizotypischen Persönlichkeitsstörung (Maier et al. 1999). Koenigsberg et al. (2003) demonstrierten in einer placebokontrollierten Doppelblindstudie eine Verbesserung hinsichtlich der Positiv- und Negativsymptomatik unter geringen Dosen Risperidon (Evidenzgrad II, möglicherweise wirksam).

Im Allgemeinen wird eine kombinierte pharmakologische und psychotherapeutische Behandlung der schizotypischen Persönlichkeitsstörung angewandt.

Psychodynamische Therapieansätze werden aufgrund ihrer eher weniger strukturierenden therapeutischen Haltung nur in modifizierter Form unter Einbeziehung stützender Elemente und einer klaren und transparenten Therapiestrategie empfohlen.

Von *kognitiv-behavioraler Seite* wurden neben sozialem Kompetenztraining und Angstbewältigung die Bearbeitung automatischer Gedanken (s. > Tab. 21.2) und die Steigerung des Vertrauens in das eigene Urteilsvermögen in der Behandlung von Patienten mit schizotypischer Persönlichkeitsstörung eingesetzt (Beck et al. 1999; Turkat 1996). Patienten werden systematisch dazu angeleitet, ihre Beurteilung der Umgebung zu überprüfen. Turkat (1996) empfahl als Hausaufgabe, deskriptive Analysen sozialer Situationen schriftlich festzuhalten, um die eigene Beurteilung anschließend einer Überprüfung zu unterziehen.

Tab. 21.2 Typische automatische Gedanken von Patienten mit schizotypischer Persönlichkeitsstörung nach Beck et al. (1999)
• Beobachtet die Person mich?
• Ich weiß, was er denkt.
• Ich habe das Gefühl, dass etwas Schlimmes passieren wird.
• Ich weiß, dass sie mich nicht mögen werden.
• Ich spüre den Teufel in ihr.
• Ich bin ein Nichts.
• Bin ich tot?

Bedingt durch die Nähe der schizotypischen Persönlichkeitsstörung zu schizophrenen Erkrankungen lassen sich viele der kognitiv-behavioralen Therapiestrategien hier nur begrenzt einsetzen. Wichtig ist es, therapeutisch

- die Patienten zu stabilisieren,
- ihnen soziale Regeln und soziale Kompetenzen zu vermitteln,
- ihnen bei der Strukturierung ihres Alltags aktiv zu helfen,
- ihnen Wahrnehmungsfertigkeiten durch entsprechende Trainings zu vermitteln.

Wichtig ist auch, das „magische Denken“ der Patienten *nicht* anzutasten, denn man muss davon ausgehen, dass die Patienten dies als Kompensationsstrategie benötigen: Wenn man einlaufende Informationen über Situationen und insbesondere soziale Situationen nicht adäquat verarbeiten kann, dann kann man diese Situationen auch nicht verstehen und erlebt die Welt als chaotisch und unberechenbar. Und diesen hoch aversiven und beängstigenden Zustand kann man dadurch kontrollieren, dass man annimmt, telepathische Fähigkeiten zu haben, über hypnotische Kräfte zu verfügen, Kontakt zum Jenseits zu haben, Informationen von Außerirdischen zu bekommen usw. Das „magische Denken“ muss man somit als eine *Kompensationsstrategie* auffassen, die die Patienten dringend benötigen und die man ihnen deshalb auch therapeutisch nicht nehmen darf!

Wirksamkeitsnachweise

Es liegen bislang keine Wirksamkeitsstudien zur Behandlung der schizotypischen Persönlichkeitsstörung vor (Evidenzgrad IV).

21.3 Psychotherapie bei Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen: Die histrionische und die narzisstische Persönlichkeitsstörung

Stephan Doering und Rainer Sachse

Menschen mit diesen Störungen erscheinen oft als instabil, dramatisch und launisch und zeichnen sich durch geringe soziale Verträglichkeit, meist hohe Stressreagibilität und geringes soziales Funktionsniveau aus. Die ebenfalls diesem Cluster zugehörige antisoziale Persönlichkeitsstörung wird in Kapitel 11 und die Borderline-Persönlichkeitsstörung in Abschnitt 21.4 dargestellt.

Die histrionische Persönlichkeitsstörung

Patienten mit histrionischer Persönlichkeitsstörung gelten als egozentrisch, dramatisch in ihrer Selbstdarstellung und Affektivität sowie auf äußere Attraktivität und verführerisches Verhalten sehr bedacht. Dabei sind sie gleichzeitig in hohem Maße auf Schutz, Unterstützung und Wertschätzung durch andere angewiesen (Millon 1996). Die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung beträgt ca. 2–3%, bei psychiatrischen Patienten finden sich 4,3–7,1% (Loranger et al. 1994) bzw. dem DSM-IV zufolge sogar 10–15% (Saß et al. 1996). Aus diesen Zahlen wird ersichtlich, dass sich Patienten mit histrionischer Persönlichkeitsstörung relativ häufig in Behandlung begeben, allerdings meist nicht aufgrund ihrer Persönlichkeitszüge, sondern wegen depressiver oder dissoziativer Störungen, insbesondere dann, wenn es ihnen nicht mehr gelingt, durch extrovertiertes und verführerisches Verhalten Aufmerksamkeit, Anerkennung und Zuwendung zu gewinnen.

Diagnostik

Die ICD-10 verlangt mindestens vier der folgenden diagnostischen Kriterien für die Diagnose einer histrionischen PS:

- dramatische Selbstdarstellung, theatrales Auftreten oder übertriebener Ausdruck von Gefühlen,
- Suggestibilität, leichte Beeinflussbarkeit durch andere Personen oder durch äußere Umstände,
- oberflächliche, labile Affekte,

- ständige Suche nach aufregenden Erlebnissen und Aktivitäten, in denen die betreffende Person im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht,
- unangemessen verführerisch in Erscheinung und Verhalten,
- übermäßige Beschäftigung damit, äußerlich attraktiv zu erscheinen.

Symptomatik

Die Patienten zeichnen sich durch den Wunsch nach Aufmerksamkeit und Zuwendung sowie das Bedürfnis, im Mittelpunkt zu stehen, aus. Ihr Verhalten und ihre Selbstdarstellung erscheinen dabei nicht selten unecht, gekünstelt, exhibitionistisch, sexualisiert und dramatisiert. Je nach Alter der Betroffenen und den Erwartungen der kulturellen Umgebung kann dieses Verhalten sozial erfolgreich sein, meist kommt es jedoch im mittleren oder höheren Lebensalter zum Ausbleiben der Anerkennung durch die Umwelt, was in depressive Krisen mündet (Sachse 2002, 2013; Sachse, Fasbender, Breil und Sachse 2011).

Patienten mit histrionischer Persönlichkeitsstörung weisen Schemata auf wie: „Ich bin nicht wichtig“ oder „Ich habe anderen nichts zu bieten“ oder „In Beziehungen wird man nicht ernst genommen“.

Sie bilden dabei interaktionelle Ziele wie:

- Versuche, Missachtung und fehlende Aufmerksamkeit zu vermeiden!
- Mach Dich wichtig!
- Sei die Wichtigste!
- Erlange Aufmerksamkeit (um jeden Preis)!

Die Patienten, die in ihrer Biographie konsistent eine Frustrierung ihrer Motive erleben, entwickeln nun eine Lösung: Sie entwickeln intransparente Strategien, mit deren Hilfe sie die wichtigen Interaktionspartner doch noch dazu veranlassen können, zumindest einen Teil ihrer interaktionellen Ziele zu befriedigen. Patienten mit histrionischer Persönlichkeitsstörung entwickeln dabei einmal

- positive Strategien wie: unterhaltsam sein, interessant sein, attraktiv sein, sexy sein, erotische Ausstrahlung haben;
- negative Strategien wie: Symptome produzieren, Kontrolle ausüben, jammern und klagen, bedürftig und „arm dran“ sein.

Ätiologie

Obwohl die histrionische Persönlichkeitsstörung offenbar eine relative hohe genetische Disposition aufweist – die Heritabilitätsrate beträgt nach Torgersen et al. (2000) .67 –, existieren keine empirisch wirklich abgesicherten Befunde zu neurobiologischen Faktoren in der Genese der Erkrankung. Umso umfassender ist die Literatur zu psychosozialen Erklärungsansätzen. Schulenübergreifend wird eine Selbstwertproblematik in den Mittelpunkt der Ätiologie gestellt, die in Zusammenhang mit der frühen Geschlechtsrolle steht. Die psychoanalytische Theorie nimmt an, dass ein Liebesentzug oder ein realer Verlust der frühen Mutter zu einer Hinwendung der Tochter zum Vater führt, den die Tochter mit allen Mitteln für sich einzunehmen versucht, um einen weiteren Liebesverlust zu verhindern. Dazu setzt sie ein weiblich verführerisches Verhalten ein, das – wenn es beim Vater ein Echo hervorruft – weiterhin zur Sicherung von Zuwendung eingesetzt wird (Hoffmann 1979). Kognitiv-behaviorale Autoren sehen die Verstärkung Aufmerksamkeit suchenden Verhaltens und elterliche Rollenmodelle als ätiologische Faktoren an, die die Entwicklung eines stabilen Selbstkonzepts verhindert (Millon und Everly 1985), was sich später in dem nach Beck und Freeman (1999: 193) charakteristischen kognitiven Schema

äußert: „Ich bin unzulänglich und unfähig, das Leben auf eigene Faust zu bewältigen“ und „Es ist notwendig, geliebt zu werden (von allen Leuten zu jeder Zeit)“.

Allgemeines zur Therapie

Häufig steht bei Patienten mit histrionischer Persönlichkeitsstörung zunächst die Behandlung der Achse-I-Störung im Vordergrund. Sollte darüber hinaus im Rahmen einer gemeinsamen Behandlungsplanung mit dem Patienten der Wunsch nach einer Bearbeitung der Persönlichkeitszüge mit den daraus resultierenden Problemen des Selbstwerterlebens und der Beziehungsgestaltung entstehen, so lassen sich als übergeordnete Behandlungsziele die Entwicklung eines stabilen Selbstbildes und eines autonomen Lebensentwurfs nennen (Herpertz und Wenning 2003c). Voraussetzung für die Erreichung dieses Ziels dürfte es sein, die „durch ständige Rollenroutine und Rollenverfangenheit bedingte aktive Negation von Bewusstheit zu thematisieren und zu überwinden“ (Fiedler 2003: 248). Allen (1977: 317) prägte den eingängigen, aber nicht ganz wertfreien Satz, dass man „dem Hysteriker das Denken beibringen muss“. Dies kann so verstanden werden, dass die Aufmerksamkeit und Wahrnehmung des Patienten hinsichtlich innerer und äußerer Prozesse geschult und validiert werden muss.

In Beziehungen, so auch in der therapeutischen, nehmen histrionische Patienten oft eine zugleich fordernde und abhängige Position ein („demanding dependency“; Benjamin 2003). Schulenübergreifend wurde auf die Gefahr hingewiesen, dass der Therapeut in der Beziehung zum Patienten die Rolle eines Erlösers oder omnipotenten Helfers einnimmt (Beck et al. 1999; Fiedler 2003); zu einem solchen Agieren mit fatalen Folgen für die Behandlung kann er vom Patienten verführt oder aber gedrängt werden. Allen (1991: 161) formulierte das Dilemma aus der Patientenperspektive: „Entweder Sie geben mir alles oder ich breche die Behandlung ab; wenn Sie mir aber alles geben, wird es uns zerstören!“ Millon (1996) empfahl, von vornherein spezifische Therapieziele zu formulieren, in deren Mittelpunkt die Überwindung der Bereitschaft des histrionischen Patienten stehen sollte, zur Bedürfnisbefriedigung ausschließlich auf andere Menschen zu fokussieren.

Spezifische Behandlungsansätze

Es gibt bisher keine empirischen Untersuchungen zur Behandlung der histrionischen PS, allerdings wurden verschiedene Behandlungsansätze in zum Teil detaillierter Form ausgearbeitet. Diesen kommt bislang nur der Evidenzgrad der Expertenmeinung ohne empirische Evidenz zu.

Die *psychodynamische Schule* kann auf eine lange Tradition zurückblicken, gilt doch die Behandlung der „Hysterie“ seit Freud als eine der zentralen Indikationen der Psychoanalyse. Eckhardt-Henn und Hoffmann (2000) fassen in ihrer Übersichtsarbeit die Therapiethemen der psychodynamischen Behandlung der histrionischen Persönlichkeitsstörung zusammen:

- Agierendes Verhalten (überwiegend unbewusste Motivation).
- Die spezifische Emotionalität: Para- und Hyperemotionalität.
- Übertragung und Gegenübertragung.
- Die spezifische Wahrnehmung der Umgebung („Objektwelt“): hysterischer Stil.
- Gestörte Selbstwahrnehmung.

Der differenzierteste Behandlungsansatz für die histrionische Persönlichkeitsstörung stammt von Horowitz (1997, 2001), wobei es sich um eine „dynamische Kurzzeitpsychotherapie“ handelt, die neben psychodynamischen auch kognitive Elemente enthält. Horowitz (1997) unterscheidet drei Therapiephasen, wobei es in der ersten um eine *psychische Stabilisierung*, in der zweiten um die Bearbeitung von

Kommunikationsstrategien und Abwehrmechanismen und in der dritten um die Konsolidierung von **Identität und Beziehungen** geht.

Beck et al. (1999:192) räumen ein, dass „die Art des dysfunktionalen Denkstils histrionischer Patienten dazu [führt], dass sie mit einem Lebensansatz zur Sitzung kommen, der dem systematischen, strukturierten Wesen der kognitiven Therapie genau entgegengesetzt ist“, was eine **kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung** dieser Patienten erschwere. In ihrem kognitiven Ansatz empfehlen die Autoren zunächst die Einführung eines Zeitplans und inhaltlichen Rahmens mit klar definierten Therapiezielen. Im Weiteren stehen die Identifizierung von Gedanken und Gefühlen sowie die Bearbeitung dysfunktionaler automatischer Gedanken im Mittelpunkt. In der fortgeschrittenen Therapiephase sind dann die Konsolidierung von Identität, Selbstgefühl und Selbstbehauptung sowie die Bearbeitung der problematischen zwischenmenschlichen Beziehungen möglich. Je nach den Therapiezielen des Patienten ist nach Beck et al. (1999) eine Vielzahl spezifischer Techniken einsetzbar: Identifikation und Bekämpfung automatischer Gedanken, das Aufstellen verhaltenstherapeutischer Experimente zur Gedankenüberprüfung, die Aktivitätsplanung sowie Entspannungs-, Problemlösungs- und Selbstbehauptungstraining.

In seinem **integrativen Ansatz** zur Psychotherapie der histrionischen Persönlichkeitsstörung schlägt Fiedler (2003) drei Fokusgruppen vor:

- Auswahl therapeutischer Ansatzpunkte:
- Aufbau eines stabilen Selbstwertgefühls und Verhaltenskontrolle.
- Reflexion und Erprobung dauerhafter Beziehungen im Privatleben und Beruf.
- Reflexion und Erproben von Möglichkeiten, etwas allein zu unternehmen oder sogar allein zu leben.
- Analyse und Begründung persönlicher Rollen:
- Insuffizienz integrativer Prozesse und Entwicklungsmöglichkeiten.
- Interaktionelle Konflikte.
- Krisenmanagement:
- Fokusbildung: konkrete Krisen.
- Akzeptanz persönlicher Stile.
- Motivanalyse.
- Sinnsuche und Sinnsetzung.

Nach Sachse (2004a) bedeutet komplementäres Handeln des Therapeuten zur Motivebene des histrionischen Patienten, dass der Therapeut dem Patienten **besondere** Aufmerksamkeit entgegenbringt: Der Therapeut hört dem Patienten (deutlich erkennbar) sehr aufmerksam zu, macht deutlich, dass er sich für den Patienten und alle Inhalte interessiert, dass er sich sehr darum bemüht, den Patienten zu verstehen. Vor allem aber nimmt er den Patienten **ernst**: sein Leiden, sein Erleben, seine Dramatik usw. In der Anfangsphase sollte der Therapeut Konfrontationen vermeiden und vor allem alles vermeiden, was als Ignorieren oder Nicht-Ernstnehmen des Patienten verstanden werden kann.

Wirksamkeitsnachweise

Es liegen bislang keine Wirksamkeitsstudien zur Behandlung der histrionischen Persönlichkeitsstörung vor (Evidenzgrad IV).

Die narzisstische Persönlichkeitsstörung

Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung sind beherrscht von Größenideen, zeigen nach außen ein übermäßiges Selbstbewusstsein und verlangen ein gesteigertes Maß an Bewunderung von anderen Menschen. Sie zeigen sich anderen Menschen gegenüber wenig empathisch und arrogant, dabei sind sie bereit, andere Menschen auszunutzen, um ihre eigenen Ziele zu erreichen. Hinter dieser Haltung steht die Bedrohung durch Schwäche und Abhängigkeit (Millon 1996), die in dem Moment eintreten können, wenn die Bestätigung und Bewunderung durch andere ausbleibt („ever present threat of a fall from grace“; Benjamin 2003). Die Prävalenz der narzisstischen Persönlichkeitsstörung in der Allgemeinbevölkerung liegt bei ca. 0,8% (Torgersen et al. 2001), in klinischen Populationen finden sich je nach Stichprobe von 1–16%, wobei z.B. im forensischen oder Suchtbereich besonders hohe Zahlen beobachtet wurden (Ronningstam 2005).

Diagnostik

Die ICD-10 enthält im Anhang vorläufige diagnostische Kriterien für die narzisstische Persönlichkeitsstörung und verlangt für die Diagnose mindestens fünf der folgenden Kriterien:

- Größengefühl in Bezug auf die eigene Bedeutung (z.B. die Betroffenen übertreiben ihre Leistungen und Talente, erwarten, ohne angemessene Leistungen, als überlegen angesehen zu werden).
- Beschäftigung mit Phantasien über unbegrenzten Erfolg, Macht, Brillanz, Schönheit oder idealer Liebe.
- Überzeugung, „besonders“ und einmalig zu sein und nur von anderen besonderen Menschen oder solchen mit hohem Status (oder von entsprechenden Institutionen) verstanden zu werden oder mit diesen zusammen sein zu können.
- Bedürfnis nach übermäßiger Bewunderung.
- Anspruchshaltung; unbegründete Erwartungen besonders günstiger Behandlung oder automatische Erfüllung der Erwartungen.
- Ausnutzung von zwischenmenschlichen Beziehungen, Vorteilsnahme gegenüber anderen, um eigene Ziele zu erreichen.
- Mangel an Empathie; Ablehnung, Gefühle und Bedürfnisse anderer anzuerkennen oder sich mit ihnen zu identifizieren.
- Häufiger Neid auf andere oder Überzeugung, andere seien auf die Betroffenen neidisch.
- Arrogante, hochmütige Verhaltensweisen und Attitüden.

Mit dem Narzissmusinventar (Deneke und Hilgenstock 1989) liegt ein validiertes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung narzisstischer Persönlichkeitszüge vor. Dieser Fragebogen gestattet zwar keine Diagnose einer narzisstischen PS, liefert jedoch valide Hinweise auf eine narzisstische Problematik. Das Instrument enthält 163 Items, die vier Skalen zugeordnet werden: bedrohtes Selbst, „klassisch“ narzisstisches Selbst, Ideal-Selbst und hypochondrisches Selbst. Die Bearbeitung des relativ langen Fragebogens dauert 30–45 Minuten.

Symptomatik

Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung fallen durch ihre Überheblichkeit und ihr Anspruchsdenken auf, das dazu führt, dass sie andere Menschen entwerten und ihnen kühl und unempathisch begegnen. Im Rahmen ihres Strebens nach Bewunderung, Macht und Erfolg neigen sie zu beträchtlicher Selbstinszenierung und sind bereit, andere für ihre eigenen Zwecke auszunutzen, wobei sie nur wenige Schuldgefühle entwickeln. Die Partnerschaften von Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung verlaufen meist nach zweierlei Mustern: Entweder wird ein unterlegener Partner gesucht, der als ständige

und zuverlässige Quelle von Anerkennung und Bewunderung „genutzt“ werden kann, oder es wird ein „bedeutender“ Partner gewählt, dessen Macht und Erfolg den narzisstischen Partner aufwertet (Sachse 2002, 2004b, 2013, 2014; Sachse, Sachse und Fasbender 2011).

Die Betroffenen können unter Umständen lange Zeit kompensiert und angepasst leben, nämlich dann, wenn sie aufgrund ihrer Begabung oder Attraktivität real mächtig und erfolgreich sind und beständig Bestätigung und Bewunderung erhalten, z.B. als Manager, Chefarzt, Politiker oder Filmstar. Charakteristischerweise kommt es zu – meist depressiven – Dekompensationen, wenn Erfolg und Bewunderung ausbleiben. Dabei kann es sich um berufliche Rückschläge handeln, z.B. Konkurs des eigenen Unternehmens, Ausbleiben von Angeboten an alternde Filmstars oder das bloße Erreichen der Pensionsgrenze. Es können aber auch zwischenmenschliche Probleme die Ursache einer Dekompensation sein, wenn beispielsweise ein lange Zeit stabilisierender Partner sich abwendet oder wenn im höheren Alter die körperliche Attraktivität nachlässt.

Meist kommen diese Patienten nicht aufgrund ihrer Persönlichkeitszüge in Behandlung, da unter diesen überwiegend die Mitwelt und weniger die Betroffenen zu leiden haben, sondern vielmehr aufgrund einer depressiven Dekompensation, die u.U. mit ausgeprägter Suizidalität einhergehen kann.

Nach Sachse (2004b, 2013) zeichnen sich Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung durch folgende zentrale Beziehungs- oder Interaktionsmotive aus:

- Motiv nach Anerkennung: das Motiv, positives Feedback über die eigene Person zu erhalten, als Person anerkannt zu werden, in positiven Eigenschaften wahrgenommen zu werden.
- Motiv nach Autonomie: das Motiv, eigene Entscheidungen über das eigene Leben treffen zu können, von anderen Personen unabhängig zu bleiben.

Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung weisen Schemata auf wie: „Ich bin nicht okay“ oder „Ich bin ein Versager“ oder „In Beziehungen wird man abgewertet“, „Meine Autonomie wird eingeschränkt“.

Sie bilden interaktionelle Ziele wie:

- Vermeide Abwertung und Kritik!
- Sei erfolgreich, um Anerkennung zu erhalten!
- Sei der Beste!
- Vermeide es, abhängig zu sein!

Um zumindest einen Teil ihrer interaktionellen Ziele zu befriedigen, entwickeln Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung folgende Strategien:

- Viel leisten, Erfolge sammeln, Statussymbole sammeln („symbolische Selbstergänzungen“).
- Leistungen und Erfolge deutlich sichtbar machen und Anerkennung einfordern.
- Von anderen einen „VIP-Status“ einfordern, Sonderbehandlung erwarten, Sonderrechte für sich reklamieren.
- Soziale Regeln bestimmen, wie man mit ihnen umzugehen hat; „Regelverletzer“ werden bestraft.
- Autonom bleiben, eigene Territorien definieren, sich nicht völlig auf Beziehungen einlassen.
- Nur Personen vertrauen, die nicht bedrohlich (z.B. nicht kritisierend) sind.

Ätiologie

Torgersen et al. (2000) zufolge weist die narzisstische Persönlichkeitsstörung mit .79 die höchste Heritabilität aller Persönlichkeitsstörungen auf, allerdings liegen bis heute keine empirischen Untersuchungen zu neurobiologischen Zusammenhängen vor.

Es gibt zwei grundlegend verschiedene Annahmen zur Rolle psychosozialer Faktoren in der Entstehung der narzisstischen PS: kindliche Frustration und Vernachlässigung auf der einen, und Bewunderung, Idealisierung und Verwöhnung des Kindes durch die Eltern auf der anderen Seite. Insbesondere psychoanalytische Autoren fokussieren auf die frustrierenden kindlichen Erfahrungen. Kohut (1973, 1979) sieht als wesentlichen Faktor in der Entwicklung der narzisstischen Persönlichkeitsstörung ein „Versagen der mütterlichen Empathie“ und in der Folge einen gestörten psychischen Entwicklungsprozess, der auf einer kindlichen Stufe der Grandiosität verhaftet bleibt. Kernberg (2006) geht von einer biologischen Disposition zur narzisstischen Persönlichkeitsstörung aus, die im Zusammenwirken mit einem kalten und zurückweisenden, aber auch bewundernden elterlichen Beziehungsstil zur Ausbildung eines grandiosen Selbst führt. Dabei kommt es charakteristischerweise durch Spaltungsabwehr zu einer Separation von positiven und negativen Anteilen in der Wahrnehmung des Selbst und der anderen Menschen, wobei die positiven, idealen Anteile dem grandiosen Selbst und die negativen Anteile den anderen zugeschrieben werden.

Nach Millon und Davis (2000) spielen inkonsistente Bewunderung, Anerkennung und Lob bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung eine wichtige Rolle: Derart idealisierten Kindern fehlt die Motivation, sich um die Fähigkeiten und Erfolge angemessen zu bemühen, für die sie ungerechtfertigterweise bereits bewundert werden. Benjamin (2003) hypostasiert eine selbstlose, inkonsistente elterliche Liebe und Bewunderung mit einer durchgängig respektvollen und versorgenden Haltung als Ursache der narzisstischen Persönlichkeitsstörung, wobei für das Kind in der unangemessenen Idealisierung implizit immer auch die Gefahr enthalten ist, in Ungnade zu fallen, wenn die enttäuschende Wahrheit ans Licht kommt, dass es doch „nur gewöhnlich“ ist.

Auch eine Kombination beider Erfahrungen erscheint denkbar, so eine Kombination von Bewunderung und Mangelenerfahrung, bei der sich ein misshandeltes Kind beispielsweise als vom misshandelnden Vater „auserwählt“ und damit besonders erlebt (Beck et al. 1999), oder auch von Verwöhnung und Vernachlässigung (Stone 1993).

Für beide Anschauungen gibt es auch bereits empirische Belege: Johnson et al. (1999, 2006) fanden in einer prospektiven Untersuchung eine signifikante Häufung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen bei Personen, die in ihrer Kindheit elterlicher Vernachlässigung und Gleichgültigkeit ausgesetzt waren. Ramsey et al. (1996) fanden sowohl einen permissiven als auch einen autoritären elterlichen Beziehungsstil als Prädiktor narzisstischer Persönlichkeitszüge.

Allgemeines zur Therapie

Fiedler (2003) weist auf die Bedeutung der Komorbidität bei der Therapieplanung mit narzisstischen Patienten hin. Achse-I-Störungen, aber auch komorbide Persönlichkeitsstörungen verlangen ein anderes therapeutisches Vorgehen, insbesondere was die Therapiezielformulierung angeht. Besonderes Augenmerk sollte auf das Vorliegen antisozialer Tendenzen gelegt werden, die nach Auffassung einiger Autoren ab einem bestimmten Ausmaß ein kuratives psychotherapeutisches Vorgehen stark in Frage stellen (z.B. Kernberg 2006).

Vielfach wurde die Bedeutung der therapeutischen Beziehung in der Behandlung von narzisstischen Patienten betont, wobei einerseits ein hohes Maß an Empathie, Behutsamkeit und Takt gefordert ist, um den Patienten nicht zu kränken und möglicherweise sogar einen Therapieabbruch zu provozieren. Auf der anderen Seite

besteht die Gefahr, dass der Therapeut vom Patienten dazu bewegt wird, ihn zu bewundern anstatt maladaptive Verhaltensmuster und Problembereiche zu fokussieren (Horowitz et al. 2001). Menges (1999) wies in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung einer Balance zwischen Wertschätzung und kritischen Rückmeldungen hin. Ein Zuviel an Aufwertung des narzisstischen Patienten durch den Therapeuten kann sich als Bärendienst erweisen, wenn es nämlich dazu führt, dass der Patient seine Selbstüberhöhung lediglich wieder installiert und festigt, ohne sich darüber hinaus in Frage zu stellen (Millon und Davis 2000).

Im Verlauf der Behandlung muss der Therapeut mit Idealisierungen und auch Entwertungen von Seiten des Patienten rechnen, angesichts derer er ein Gefühl der „Selbstachtung und Objektivität“ (Frances 1987) beibehalten sollte. Hierzu wird vom Therapeuten eine sensible Beobachtung seiner eigenen Gefühle, Gedanken und Annahmen („Gegenübertragung“) verlangt, die er möglichst regelmäßig in einer Supervision reflektieren sollte (Beck et al. 1999).

Spezifische Behandlungsansätze

Es wurden bislang keine manualisierten Therapieansätze und keine kontrollierten Therapiestudien zur Behandlung der narzisstischen Persönlichkeitsstörung publiziert. Dennoch existiert eine umfangreiche theoretische und klinische Literatur zu diesem Thema, die vor allem von Autoren mit psychodynamischer Ausrichtung stammt. Die beiden wegweisenden *psychoanalytischen Konzeptualisierungen* der Therapie narzisstischer Persönlichkeitsstörungen stammen von Kohut (1973, 1979) und Kernberg (1978, 1985, 2006; Clarkin et al. 2001). Diesen Ansätzen ist gemeinsam, dass sie bislang keine empirische Evidenz aufweisen und daher nur als Expertenmeinungen zu gelten haben.

Kohut betont die Bedeutung der Empathie des Therapeuten, die durch eine korrigierende Beziehungserfahrung eine Nachreifung des infantilen grandiosen Selbst ermöglichen soll. Dabei bedient sich Kohut der idealisierenden Übertragung des Patienten, die jedoch zunächst nicht gedeutet wird. Vielmehr übernimmt der Therapeut eine sog. „Selbstobjekt-Funktion“, indem er zulässt, dass der Patient die respektvoll-akzeptierende Haltung des Therapeuten als Quelle der Stabilisierung und Aufwertung des Selbst für sich nutzt. Kommt es schließlich zu einer Enttäuschung des Patienten, die bei ihm Neid, Wut und Entwertung des Therapeuten hervorrufen, werden diese reflektiert und analysiert. Dabei wird eine schrittweise „umwandelnde Verinnerlichung“ der Selbstobjekt-Funktion in eine unabhängige intrapsychische Kapazität zur Selbstwertstabilisierung des Patienten angestrebt.

Die von Kernberg entwickelte Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP, s. auch > Kap. 21.4 in diesem Buch) zielt von Beginn an auf Klärung, Konfrontation und Deutung der Übertragung, wobei insbesondere negative Übertragungsaspekte wie Neid, Wut, Hass und Aggression thematisiert werden. Im Gegensatz zu Kohuts Vorgehen wird der Patient nicht durch zeitweilige Übernahme einer Selbstobjekt-Funktion stabilisiert, vielmehr werden widersprüchliche Selbst- und Objektwahrnehmungen – und in diesem Zusammenhang auch das pathologische grandiose Selbst – aufgegriffen und im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung gedeutet. Auf diese Weise werden eine Überwindung der durch Spaltungsabwehr beeinträchtigten Selbst- und Objektwahrnehmung und eine Integration der inneren Bilder vom Selbst und den anderen gefördert. Ziel der Behandlung ist die Entwicklung einer stabilen und realitätsgerechten Identität mit funktionierender Selbstwertsteuerung und empathischem Umgang mit anderen.

Auch von *kognitiv-behavioraler Seite* wurden Therapieansätze zur Behandlung der narzisstischen Persönlichkeitsstörung entwickelt. Nach Sachse (2004b) bedeutet komplementäres Handeln zur Motivebene bei Patienten mit narzisstischer PS, dass der Therapeut

- es unbedingt vermeiden, den Patienten defizitär zu definieren: Der Patient hat kein Problem, sondern er will sich „weiterentwickeln“, und das ist völlig o.k.; der Patient hat ganz „normale“ Anliegen, und es ist völlig in Ordnung, ja sehr klug, damit einen Experten zu betrauen;
- die Leistungen, Erfolge usw. des Patienten deutlich wahrnimmt und deutlich positiv konnotiert;
- immer wahrnimmt, dass die „Probleme“ des Patienten, verglichen mit den Erfolgen des Patienten, im Grunde marginal sind;
- sich als kompetent zeigt, als jemanden, den der Patient als „peer“ anerkennen kann;
- die Autonomie des Patienten respektiert, dem Patienten also immer nur **Angebote** und keine Vorschriften macht.

Beck et al. (1999) betonen zunächst die Bedeutung einer sorgfältigen Therapiezielformulierung und die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Als die drei wesentlichen Zielbereiche ihrer kognitiven Therapie nennen die Autoren Großartigkeit, Überempfindlichkeit gegenüber der Einschätzung anderer und fehlendes Einfühlungsvermögen. Die Behandlungsinterventionen zielen dabei auf die Steigerung der Verantwortung für das eigene Verhalten, den Abbau kognitiver Verzerrungen und des dysfunktionalen Affekts sowie die Formulierung neuer Einstellungen.

Ein schulenübergreifender Therapieansatz für die narzisstische PS, der in erster Linie auf Suizidalität und Mangel an Empathiefähigkeit fokussiert, stammt von Menges (1999). Die Autorin formuliert zunächst eine therapeutische Grundhaltung, die auf Empathie, Transparenz und Grenzsetzung basiert, bevor sie einen Therapieablauf in fünf Schritten konzeptualisiert (s. > **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

Wirksamkeitsnachweise

Es liegen bislang keine Wirksamkeitsstudien zur Behandlung der histrionischen Persönlichkeitsstörung vor (Evidenzgrad IV).

Literatur

- Allen DW (1977): Basic treatment issues. In MJ Horowitz (ed.), *Hysterical personality*. New York: Jason Aronson.
- Allen DW (1991): Basic treatment issues. In MJ Horowitz (ed.), *Hysterical personality style and the histrionic personality disorder*. New York: Jason Aronson, 147–191.
- Beck AT, Freeman A, Pretzer J, Davis DD, Fleming B, Ottaviani R, Beck J, Simon KM, Padeski C, Meyer J, Trexler L (1999): *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. 4. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Benjamin LS (2003): *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. 2nd ed. New York: Guilford Press.
- Bernstein DP, Ubeda D, Sievers LJ (1993): Paranoid personality disorder. *Journal of Personality Disorders* 7: 53–62.
- Chambless DL, Renneberg B, Goldstein A, Gracely EJ (1992): MCMI-diagnosed personality disorders among agoraphobic outpatients: Prevalence and relationship to severity and treatment outcome. *Journal of Anxiety Disorders* 6: 193–211.
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (2001): *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit*. Stuttgart: Schattauer.
- Deneke FW, Hilgenstock B (1989): *Das Narzissmusinventar*. Bern: Hogrefe.
- Doering S (im Druck): Sexueller Missbrauch: nur einer von vielen ätiologischen Faktoren der Borderline-Persönlichkeitsstörung? In B Dulz, C Benecke, N Knauerhase (Hrsg.), *Borderline-Störungen und Sexualität. Ätiologie, Störungsbild und Therapie*. Stuttgart: Schattauer.

- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (2006): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*. 4., überarb. Aufl. Bern: Huber.
- Eckhardt-Henn A, Hoffmann SO (2000): Zur psychodynamischen/psychoanalytischen Therapie der Histrionischen Persönlichkeitsstörung. *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie* 4(3): 160–167.
- Falkai P, Wittchen HU (2015): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler P (1994): *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fiedler P (2003): *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. 2. Aufl. Bern: Hogrefe.
- Frances A (1987): *DSM-III personality disorders. Diagnosis and treatment*. New York: BMA Audio Cassettes.
- Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B, Wittchen HU (1997): *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Herpertz SC, Zanarini M, Schulz CS, Siever L, Lieb K, Möller HJ & WFSBP Task Force on Personality Disorders (2007): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Personality Disorders. *World J Biol Psychiatry* 8(4):212-44.
- Herpertz SC, Wenning B (2003a): Paranoide Persönlichkeitsstörung. In SC Herpertz, H Saß (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Thieme, 60–65.
- Herpertz SC, Wenning B (2003b): Schizoide Persönlichkeitsstörung. In SC Herpertz, H Saß (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Thieme, 65–71.
- Herpertz SC, Wenning B (2003c): Histrionische Persönlichkeitsstörung. In SC Herpertz, H Saß (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Thieme, 102–110.
- Hoek HW, Susser E, Buck KA, Lumey LH, Lin SP, Gorman JM (1996): Schizoid personality disorder after prenatal exposure to famine. *American Journal of Psychiatry* 153; 1637–1639.
- Hoffmann SO (1979): *Charakter und Neurose*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Horowitz MJ (1997): Psychotherapy for histrionic personality disorder. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* 6(2): 93–104.
- Horowitz MJ, Marmor C, Krupnick J, Wilner N, Kaltreider N, Wallerstein R (2001): *Personality styles and brief psychotherapy*. 3rd ed. New York: Jason Aronson.
- Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP (1999): Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry* 56: 600–606.
- Johnson JG, Cohen P, Chen H, Kasen S, Brook JS (2006): Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of General Psychiatry* 63: 579–587.
- Kendler KS, Masterson CC, Ungaro R, Davis KL (1984): A family history study of schizophrenia-related personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 141: 424–427.
- Kernberg OF (1978): *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kernberg OF (1985): *Schwere Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg OF (2006): *Narzissmus, Aggression und Selbstzerstörung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Koenigsberg HW, Reynolds D, Goodman M, New AS, Mitropoulou V, Trestman RL, Silverman J, Siever LJ (2003): Risperidone in treatment of schizotypal personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 64(6): 628–634.
- Kohut H (1973): *Narzissmus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kohut H (1979): *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt: Suhrkamp.

- Lenzenweger MF (1999): Stability and change in personality disorder features: Findings from a longitudinal study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry* 56: 1009–1015.
- Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna SM, Coid B, Dahl A, Diekstra RF, Ferguson B, Jacobsberg LB, Mombour W, Pull C, Ono Y, Regier DA (1994): The International Personality Disorder Examination. *Archives of General Psychiatry* 51: 215–224.
- Maier W, Lichtermann D, Klingler T, Heun R (1992): Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community. *Journal of Personality Disorders* 6: 187–196.
- Maier W, Falkai P, Wagner M (1999): Schizophrenia spectrum disorders: A review. In J Maj, N Sartorius (Hrsg.), *Schizophrenia*. New York: Wiley, 211–371.
- Menges C (1999): Psychotherapeutische Behandlungsansätze bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung. In H Saß, S Herpertz (Hrsg.), *Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Thieme, 133–143.
- Millon T (1996): *Disorders of personality*. DSM-IV and beyond. 2nd ed. New York: Wiley.
- Millon T, Davis R (2000): *Personality disorders in modern life*. New York: Wiley.
- Millon T, Everly GS (1985): *Personality and its disorders: A biosocial learning approach*. New York: Wiley.
- Parnas J, Licht D, Bovet P (2005): Cluster A personality disorders: A review. In M Maj, HS Akiskal, JE Mezzich, A Okasha (eds.), *Personality disorders. WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry Volume 8*. Hoboken, NJ: Wiley, 1–74.
- Ramsey A, Watson PJ, Biderman MD, Reeves AL (1996): Self-reported narcissism and perceived parental permissiveness and authoritarianism. *Journal of Genetic Psychology* 157(2): 227–238.
- Ronningstam E (2005): Narcissistic personality disorder: A review. In M Maj, HS Akiskal, JE Mezzich, A Okasha (eds.), *Personality disorders. WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry Volume 8*. Hoboken, NJ: Wiley, 277–327.
- Ryckoff C (1991): The analysis of paranoid personality. In MFR Kets de Vries, SM Perzow (eds.), *Handbook of character studies: Psychoanalytic explorations*. Madison, CT: International Universities Press, 557–583.
- Sachse R (1999): *Persönlichkeitsstörungen*. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse R (2001): *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse R (2002): *Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse R (2004a): *Persönlichkeitsstörungen*. Leitfaden für eine Psychologische Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse R (2004b): Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen. In R Merod (Hrsg.), *Behandlung von Persönlichkeitsstörungen*. Tübingen: DGVT-Verlag, 357–404.
- Sachse R (2006): Das Ein-Personen-Rollenspiel. In R Sachse, P Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*. Lengerich: Pabst Science Publishers, 252–280.
- Sachse R (2013): *Persönlichkeitsstörungen: Leitfaden für eine psychologische Psychotherapie*, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse R (2014a): Klärungsorientierte Verhaltenstherapie des Narzissmus. *Psychotherapie*, 19-1, 1-9.
- Sachse R, Fasbender J, Breil J, Sachse M. (2011): Bearbeitung von Schemata im Ein-Personen-Rollenspiel. In R Sachse, J Fasbender, J Breil, M Sachse (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie II*. Lengerich: Pabst, 184-204.
- Sachse R, Sachse M, Fasbender J (2010): *Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.

- Sachse R, Sachse M, Fasbender J (2011): *Klärungsorientierte Psychotherapie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse R, Sachse M, Fasbender J (2014): *Klärungsorientierte Psychotherapie der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (1996): *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmahl C, Bremner JD (2006): Neuroimaging of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatry Research* 40: 419–427.
- Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA (2002): The borderline diagnosis II: Biology, genetics, and clinical course. *Biological Psychiatry* 51: 951–963.
- Stone MH (1993): *Abnormalities in personality: Within and beyond the realm of treatment*. New York: Norton.
- Torgersen S, Lygren S, Øien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, Tambs K, Kringlen E (2000): A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry* 41(6): 416–425.
- Torgersen S, Kringlen E, Kramer V (2001): The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry* 58: 590–596.
- Turkat ID (1996): *Die Persönlichkeitsstörungen*. Bern: Hans Huber.
- Wöller W, Hartkamp N, Langenbach M, Ott J (2002a): Paranoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.1). In W Tress, W Wöller, W Hartkamp, M Langenbach, J Ott (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen*. Leitlinien und Quellentext. Stuttgart: Schattauer, 71–82.
- Wöller W, Langenbach M, Ott J, Hartkamp N (2002b): Schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.1). In W Tress, W Wöller, W Hartkamp, M Langenbach, J Ott (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen*. Leitlinien und Quellentext. Stuttgart: Schattauer, 83–91.
- Zanarini MC (2000): Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 23(1): 89–101.
- Zimmerman M, Coryell W (1989): DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample: Demographic correlates and comorbidity. *Archives of General Psychiatry* 46: