

Kapitel 8

Persönlichkeitsstörung

Peter Fiedler, Heidelberg

Einführung

Unter Persönlichkeitsstörungen werden vor allem sozial extrem unflexible und wenig angepaßte Verhaltens- und Interaktionsauffälligkeiten verstanden. Die meisten Autoren betonen den Aspekt der Interaktionsstörung und betrachten Persönlichkeitsstörungen entsprechend als komplexe Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens (vgl. Fiedler, 1994, 1997). Die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ darf jedoch nicht grundsätzlich bei Vorliegen von Interaktionsstörungen vergeben werden. Vielmehr wird in den aktuell Diagnosesystemen DSM-IV und ICD-10 als Leitprinzip dafür gefordert, (a) daß die Leistungsfähigkeit der Betroffenen in der Folge der Persönlichkeitsstörungen erheblich beeinträchtigt ist und/oder (b) daß die Interaktionsprobleme der Betroffenen zu erheblichen subjektiven Beschwerden führen (vgl. American Psychiatric Association, 1996; Dilling, Mombour & Schmidt, 1991). Für die Diagnosevergabe darf also nicht die Verhaltensdevianz allein oder etwa das Leiden oder nur die Mitbetroffenheit der Bezugspersonen maßgeblich sein, sondern die Einschränkung der sozialen und interaktionellen Kompetenz der Betroffenen (vgl. Tabelle 1 mit einer Auflistung der Bezeichnungen und einiger interpersoneller Grobcharakterisierungen der elf wichtigsten Persönlichkeitsstörungen aus dem DSM-IV).

Persönlichkeitsstörungen werden im multiaxialen Diagnosesystem des DSM-III-R (wie auch des aktuelleren DSM-IV) auf einer eigenen Achse diagnostiziert. Dieser Aspekt macht darauf aufmerksam,

- 1) daß Persönlichkeitsstörungen mit spezifischen psychischen Störungen (beispielsweise einer Phobie, der Depression oder einer Bulimie, die im DSM auf der Achse 1 kodiert werden) in einen Zusammenhang gestellt

Tabelle 1: Übersicht über die Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV sowie wesentliche interpersonelle Verhaltensmerkmale

Persönlichkeitsstörungen Gruppe A (sonderbar und exzentrisch)

Paranoide Persönlichkeitsstörung:

Neigung, die Handlungen anderer als absichtlich erniedrigend oder bedrohlich zu interpretieren

Schizoide Persönlichkeitsstörung:

Gleichgültigkeit gegenüber sozialen Beziehungen und eingeschränkte emotionale Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit (unnahbar)

Schizotypische Persönlichkeitsstörung:

kognitive Eigentümlichkeiten (Beziehungsideen, seltsame Überzeugungen oder Wahrnehmungen); im äußeren Verhalten seltsam und exzentrisch; Mängel in sozialen Beziehungen

Persönlichkeitsstörungen Gruppe B (dramatisch, emotional, launisch)

Antisoziale Persönlichkeitsstörung:

verantwortungsloses und antisoziales Verhaltens (schon ab dem 15. Lebensjahr); nicht angepaßt, reizbar und aggressiv, rücksichtslos und ohne Reue

Borderline-Persönlichkeitsstörung:

Identitätsstörungen (Unsicherheit über Selbstbild, sexuelle Beziehungen, Ziele); intensive, instabile und extreme soziale Beziehungen zwischen Überidealisierung und Abwertung; affektive Instabilität (Stimmungsschwankungen)

Histrionische Persönlichkeitsstörung:

übermäßige Emotionalität (starke, zur Schau gestellte Emotionen, leicht erregbar); übermäßiges Verlangen nach Aufmerksamkeit, Anerkennung und Lob

Narzißtische Persönlichkeitsstörung:

übertriebenes Selbstwertgefühl von Großartigkeit und Besonderheit; überempfindlich gegenüber Einschätzung durch andere; Mangel an Einfühlungsvermögen (anspruchsvoll, neidisch)

Persönlichkeitsstörungen Gruppe C (ängstlich und furchtsam)

Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung:

soziales Unbehagen und Rückzug; Angst vor negativer Bewertung; allgemeine Schüchternheit

Dependente Persönlichkeitsstörung:

abhängiges, unterwürfiges Verhalten; mangelnde Selbständigkeit und Entscheidungsunfähigkeit; Angst vor Verlassenwerden und vor Kritik

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung:

Perfektionismus (nichts ist gut genug; sich verlieren in Regeln und Details); Starrheit (Beharren auf Vorgehensweisen, Unentschlossenheit, übermäßig Gewissenhaftigkeit)

Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung:

passiver Widerstand gegenüber Anforderungen und Leistungserwartungen im beruflichen und sozialen Bereich

werden können. Persönlichkeitsdiagnosen können also zusätzlich vergeben werden, wenn sie gleichzeitig mit einer spezifischen psychischen Störung auftreten (sog. Komorbidität). Die multiaxiale Diagnostik impliziert weiter,

- 2) daß Persönlichkeitsstörungen aufgrund einer Problemanalyse auch zur Hauptdiagnose werden können, wenn die spezifischen Probleme, mit denen die Patienten in die Therapie kommen, vorrangig Interaktionsstörungen sind und dann als solche ausschließlich eine Diagnosestellung auf der Achse II zulassen.

Eine gesonderte Diagnose von Persönlichkeitsstörungen kann jedoch auch nachträglich, im Verlauf der Therapie spezifischer psychischer Störungen sinnvoll in Betracht gezogen werden, wenn es im Rahmen der Behandlung wiederholt zu Beziehungsschwierigkeiten zwischen Therapeut und Patient kommt. Die Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung gilt als besonders bedeutsamer Prädiktor für den späteren Therapieerfolg. Und therapeutische Krisen sind zumeist dafür verantwortlich, daß der günstige Verlauf maßgeblich behindert wird und die Therapie zu scheitern droht. Aus diesem Grund wird es ganz allgemein sinnvoll sein, die besonderen Interaktionseigenarten und Interaktionsprobleme von Patienten möglichst frühzeitig mitzubeurteilen, damit sich der Therapeut interaktionell darauf einstellen kann, Krisen der Therapeut-Patient-Interaktion zu vermeiden.

Da die Kriterien der Persönlichkeitsstörungen in den aktuell gültigen Diagnosesystemen immer die Beurteilung des Interaktionsverhaltens beinhalten, bieten sie sich als erste Orientierung und Einordnung geradezu an. Und wichtige Überlegungen und Hilfestellungen, wie bei auffälligen Persönlichkeitseigenarten oder gar -störungen die Therapeut-Patient-Beziehung neu strukturiert werden sollte, finden praktisch arbeitende Therapeuten in aktuellen Arbeiten und Büchern über Persönlichkeitsstörungen, die zunehmend von Autoren mit unterschiedlicher Therapieausrichtung publiziert werden. Als Beispiele seien hier die Buchpublikationen von Beck, Freeman et al. (1993), Fiedler (1997) und Turkat (1990) erwähnt sowie eine eigene Arbeit, die dem besonderen Aspekt der Entstehung und Vermeidung therapeutischer Krisen bei Persönlichkeitsstörungen gewidmet ist (Fiedler, 1997).

Der nachfolgende Fall ist nun gerade unter dem letztgenannten Aspekt ausgewählt worden. Am Beispiel einer Patientin mit einer Agoraphobie soll gezeigt werden, welche Konsequenzen sich durch die frühzeitige diagnostische Abklärung, ob zusätzlich zur Agoraphobie an eine Persönlichkeitsstörung gedacht werden kann, für die Planung und den weiteren Verlauf der Behandlung ergeben können. Bei der weiteren Lektüre bleibt angesichts der Vielzahl und Heterogenität der Persönlichkeitsstörungen (vgl.

Tabelle 1) jedoch zwingend zu beachten, daß das gewählte Vorgehen nicht auf jene Persönlichkeitsstörungen hin generalisiert werden kann, die nicht im vorliegenden Fall thematisch waren. Obwohl im folgenden Fall die Behandlung der Agoraphobie sehr wohl im Mittelpunkt der Behandlung stand, wird die Phobie nachfolgend nur zweitrangig als Orientierung für den formalen und inhaltlichen Aufbau der Fallbeschreibung dienen.

Biographische Angaben

Frau P. ist 36 Jahre alt und von Beruf Sekretärin. Sie wird uns von der Ambulanz der psychiatrischen Klinik zur verhaltenstherapeutischen Behandlung einer Agoraphobie mit Panikstörung überwiesen. Die Patientin leidet seit etwa 6 Jahren an der phobischen Störung, die sich bei ihr in der Folge einer epileptischen Erkrankung entwickelt hat (Angst davor, in der Öffentlichkeit einen Anfall zu erleiden; Panik entsteht häufig bereits durch das „Denken an die schrecklichen Folgen“, die es haben könnte, etwa auf belebter Einkaufsstraße bei einem Epilepsie-Anfall keine Hilfe zu erhalten). Die Epilepsie besteht seit etwa 8 Jahren. Ein epileptischer Anfall ist seit etwa 3 Jahren jedoch nicht mehr aufgetreten, bedingt durch eine erfolgreiche medikamentöse antiepileptische Rückfallprophylaxe. Neurologische Untersuchungen der letzten Jahre haben immer wieder zu dem Ergebnis geführt, daß die Antiepileptikabehandlung fortgesetzt werden muß.

Frau P. ist geschieden und lebt zur Zeit zusammen mit ihren Eltern, einer Tante und einem Onkel im Haus der ebenfalls noch lebenden Großmutter in einem Dorf, etwa 10 km entfernt von der Stadt, in der sie ihren Beruf ausübt. Seit etwa sechs Monaten hat sie erneut eine enge Beziehung zu einem etwa 10 Jahre jüngeren Mann und trägt sich mit dem Gedanken, diesen möglicherweise zu heiraten.

Die Patientin gibt an, sich nicht an ihre Kindheit (vor dem 10. Lebensjahr) erinnern zu können. Sie habe jedoch das Gefühl, daß diese weitgehend unbeschwert und sorgenfrei verlaufen sei. Sie sei wohl immer ein fröhliches Kind gewesen (das werde ihr von den Eltern und der Großmutter berichtet). In der Schule sei sie ohne Probleme zurecht gekommen; das jedenfalls wisse sie ziemlich genau, denn jegliches Lernen sei ihr immer – auch heute noch – ohne viel Anstrengung leicht gefallen. Leider habe sie nur die mittlere Reife gemacht, wäre ansonsten – aus heutiger Sicht – gern Lehrerin geworden. Heute fühle sie sich wegen der Ängste und eben ganz im Unterschied zu früher selbstunsicher, vielfach körperlich krank, komme dauernd ins Schwitzen, habe Konzentrationsschwierigkeiten und sei zunehmend unfähig, eigene Entscheidungen zu treffen.

Probleme im Elternhaus habe es eigentlich nur mit dem Vater gegeben. Der habe sie häufig kritisiert, gelegentlich geschlagen und ihr immer ausgesprochen viel abverlangt. „Der konnte schon aus der Haut fahren, wenn ich nicht mit einer ‚eins‘ in der Klassenarbeit nach Hause kam!“ Glücklicherweise habe die Mutter ihre versteckten Talente gesehen und sie immer vor den Forderungen des Vaters in Schutz genommen. Das sei auch heute noch so, wo der Vater zunehmend darauf dränge, daß sie sich endlich einen „vernünftigen Mann“ suche und von zuhause fortziehe. Des Vaters Verhalten könne sie gelegentlich so „zur Weißglut“ bringen, daß es zu langandauernden Streitereien mit ihm komme, die selbst die Mutter nicht mehr schlichten könne. „Zur Zeit . . .“ berichtet die Patientin im Erstinterview „. . . läuft gerade ‚Sendepause‘ zwischen uns beiden; aber das ist auch nur schwer auszuhalten.“ Zur Mutter bestehe eine innige Abhängigkeitsbeziehung, die sich u. a. darin ausdrücke, daß sie sich wechselseitig „von den Augen ablesen“ könnten, was der andere gerade möchte und bräuchte.

Der Gesundheitszustand habe sich zeitweilig mit 17 bis 19 Jahren verschlechtert (Magengeschwüre und Nierenbeckenentzündung; über mehrere Jahre in ärztlicher Behandlung). Die Patientin führt dies auf zunehmende Probleme mit ihrem Vater zurück. Die Beschwerden seien nämlich schlagartig zurückgegangen, nachdem der Vater mit seiner ständigen Kritik aufgehört habe; dies sei geschehen, als sie etwa mit zwanzig Jahren zu Hause eröffnet habe, daß sie daran denke, bald zu heiraten.

Den früheren Ehemann habe sie vor 15 Jahren kennengelernt. Gemeinsam hätten sie Pläne für einen Umzug in ein Dorf, weit entfernt vom Elternhaus ausgearbeitet. Der Umzug ins neue Haus sollte kurz nach der Hochzeit stattfinden. Während der Verlobungszeit lernt die Patientin während eines Tanzturniers (sie betreibt Tanzen als Sport) einen Ballett-Tänzer kennen, in den sie sich verliebt. Als dieser eine neue Anstellung in einer weit entfernten Großstadt annimmt, reist sie ihm – nur wenige Tage verheiratet – nach und bricht alle Verbindungen zum Ehemann und der Familie ab.

In der fernen Stadt lebt sie mit dem Tänzer in einer kleinen Dachwohnung zusammen und nimmt eine Tätigkeit als Sekretärin in einer größeren Firma an. Wenige Wochen später eröffnet ihr der neue Partner, daß er inzwischen eine andere Freundin habe und sich von ihr trennen möchte. Frau P. zieht in ein eigenes Zimmer und ist von nun an völlig auf sich gestellt. In dieser Zeit nimmt sie sexuelle Beziehungen zum Chef der Firma, in der sie arbeitet, auf. Der erkennt offensichtlich ihre existentielle, v. a. finanzielle Notlage und zwingt sie in den nun folgenden vier Jahren mehrmals – unter Ausnutzung der sexuellen Abhängigkeitsbeziehung, z. T. unter Androhung einer Kündigung – zu sexuellen Beziehungen mit seinen Geschäftspartnern, sozusagen als belohnende „Dreingabe“ bei guten Geschäftsabschlüs-

sen. Während dieser Zeit wird sie insgesamt dreimal schwanger und treibt – weil sie sich nicht anders zu helfen weiß – jedesmal ab.

Nach der dritten Abtreibung bekommt sie ihren ersten epileptischen Anfall in einer belebten Fußgängerzone. Noch während der folgenden stationären Aufnahme durch einen Notarzt ruft sie ihre Mutter an (zum erstenmal, seitdem sie von zu Hause fortgegangen ist). Diese holt sie daraufhin sofort zurück. Im Jahr darauf erfolgt die Scheidung vom Ehemann.

Mit ihrer heutigen beruflichen Anstellung als Sekretärin in einem Chefvorzimmer sei sie zufrieden, obwohl sie gegenwärtig das Gefühl bekomme, daß sie vielleicht doch wieder einmal die Arbeitsstelle wechseln sollte. Ein Stellenwechsel sei für sie nichts Ungewöhnliches. Sie habe nämlich bis heute schon etwa 15mal die Arbeitsstelle gewechselt. Wenn sich „das Betriebs-Klima“ verschlechtere, etwa weil ungerechtfertigte Forderungen durch Vorgesetzte und Kollegen an sie herangetragen würden, habe sie es nie lange ausgehalten und sich immer nach einer neuen Stelle umgesehen und diese auch bekommen. Über kurze Zeiten ohne Arbeit und ohne Einkommen habe ihr immer die Mutter finanziell hinweggeholfen.

1 Beschreibung der Störung

Agoraphobie und Panikstörung

Die Agoraphobie von Frau P. ist bestimmt durch ein bereits recht ausgeprägtes Vermeidungsverhalten: So hat die Patientin Angst davor, sich auf Straßen, Plätzen und in Kaufhäusern aufzuhalten sowie Busse und Straßenbahnen zu benutzen – jeweils zentral bestimmt durch eine Erwartungsangst, in der Öffentlichkeit einen epileptischen Anfall zu bekommen. Besonders ausgeprägt sind die Ängste in den Spätherbst- und Wintermonaten, wenn sie gezwungen ist, während der Dunkelheit zur Arbeit zu fahren. In den Sommermonaten kann sie dies mit dem eigenen Wagen. In der Dunkelheit jedoch nimmt aus ihrer Sicht (und wohl auch faktisch) das Risiko beträchtlich zu, angesichts der blinkenden Lichter entgegenkommender Autos einen epileptischen Anfall zu bekommen. Vor Flackerlicht dieser Art jedenfalls hätten sie die Ärzte gewarnt. Ein früherer Anfall war offensichtlich durch Flackerlichter auf einer Kirmes ausgelöst worden. Da sie wegen ihrer phobischen Angst nicht mit dem Bus fahre, sei sie im Winter fast immer darauf angewiesen, mit einem Begleiter (mit einer Freundin zusammen) zur Arbeit zu fahren (oder sich von Angehörigen fahren zu lassen). Da in zwei Monaten die Sommerzeit zu Ende gehe, habe sie sich jetzt entschlossen, endlich etwas gegen die Ängste zu unternehmen. Sie habe

deshalb auf Anraten des Hausarztes die psychiatrische Ambulanz aufgesucht.

Persönlichkeitsstörung

Der Beginn der Therapie wird von zwei Ereignissen begleitet, die daran denken ließen, zusätzlich zur Agoraphobie den interaktionellen Auffälligkeiten besondere Beachtung zu schenken. (a) Zur ersten Therapiesitzung erscheint die Patientin nicht. Vielmehr ruft ihre Mutter an, um Frau R wegen einer Erkrankung zu entschuldigen. (b) Mit der Patientin wird am Ende der einige Wochen später stattfindenden ersten Therapiesitzung vereinbart, daß sie bis zum nächsten Mal eine Liste mit angstauselösenden Situationen erstellen soll, die die Grundlage für die weitere Therapieplanung darstellen könnte. Frau P, berichtet zu Beginn der zweiten Sitzung, daß sie schlicht vergessen habe, die Liste anzufertigen.

Diese beiden Ereignisse sowie zunehmend auch lebensbiographische Informationen aus den bisherigen und weiteren Gesprächen verdichten den Eindruck, daß die Patientin interaktionelle Gewohnheiten zeigt, die an eine Persönlichkeitsstörung denken lassen, und zwar an die einer sog. „passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung“.

Das auffälligste Merkmal der „passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung“ ist (gem. DSM-IV, vgl. Tabelle 1) eine gewohnheitsmäßige Widerständigkeit gegenüber Anforderungen von außen, die sich möglicherweise in einem aktiven Oppositionsverhalten, zumeist jedoch eher in einem passiven Widerstand manifestiert. Dazu gehören u. a. Verzögerungen und Vergeßlichkeit bei Verpflichtungen. Zwar sind diese Eigenschaften bei vielen Menschen beobachtbar, die dieses Verhalten zuweilen sinnvoll und kompetent einsetzen. Von den Betroffenen, auf die die Störungsdiagnose zutreffen könnte, werden diese Interaktionseigenarten nicht zwingend intentional, sondern weitgehend automatisiert und unreflektiert eingesetzt. Wenn andere Personen (zumeist Autoritätspersonen) Forderungen an sie richten, die sie nicht erfüllen wollen oder erfüllen können, so reagieren die Betroffenen aufgrund ihrer gewohnheitsmäßigen Abneigung gegenüber Anforderungen mit einer passiv-provokativen Enthaltung. Sollte aus ihrem Verhalten Kritik oder Ablehnung erwachsen, so ist es nicht selten, daß sie sich selbst nicht für die entstandenen zwischenmenschlichen Komplikationen verantwortlich fühlen, weil sie – wegen der Gewohnheitsmäßigkeit ihrer Handlungen (fehlende Absicht) – nurmehr schwer erkennen können, wie ihr eigenes Verhalten zu den interpersonellen Schwierigkeiten beigetragen haben könnte (sog. Ich-Syntonie der Persönlichkeitsstörungen; vgl. Fiedler, 1994, 1997). Insgesamt zählt die passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung zu den weniger gravierenden Interaktionsstörungen, da die interaktionellen Folgeprobleme selten das Ausmaß sozialer Devianz erreichen.

Die im DSM-IV vorhandene Begriffswahl „passiv-aggressiv“ ist verschiedentlich als etwas unglücklich kritisiert worden (in der ICD-10 wird diese Persönlichkeitsstörung nicht zuletzt deshalb nunmehr am Rande erwähnt). Alternativvorschläge wie „passiv-provokativ“, „passiv-protektiv“ oder auch „negativistisch“ haben sich bislang jedoch

noch nicht durchsetzen können, wenngleich die vielfältig geführten Diskussionen darauf hindeuten, daß sich bereits in naher Zukunft ein Wandel in der Benennung dieses Persönlichkeitsmusters in Richtung „negativistisch“ ergeben könnte (vgl. Fiedler, 1997).

Wie einleitend dargelegt, ist es zu rechtfertigen, Persönlichkeitsstörungen zusätzlich zu spezifischen Störungen zu diagnostizieren, wenn Interaktionsstörungen das Symptombild verkomplizieren und daraus therapeutische Krisen erwachsen können. Allgemein läßt sich die Diagnose einer spezifischen Persönlichkeitsstörung (als typisch interaktionelle Vereinseitigung oder Störung des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens) generell nur anhand einer Zusammenschau unterschiedlicher biographischer Informationen und aktuell beobachtbarer Interaktionseigenarten stellen. Beides (Biographie und Interaktion) wird sich zumeist erst im Verlauf mehrerer diagnostischer Gespräche und Kontakte zu einer stimmigen Bewertung zusammenfügen.

Aus der Biographie der Patientin ergeben sich eine Reihe von Hinweisen, die die vorläufige Zusatzdiagnose der passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung weiter erhärten: z. B. der außerordentlich häufige Stellenwechsel, der von Frau P, zumeist nach „ungerechtfertigten zusätzlichen Anforderungen“ erwogen und vollzogen wurde; weiter die Möglichkeit zur Verweigerung von Anforderungen des Vaters unter der schützenden Hand der Mutter. Die nun folgenden diagnostischen Gespräche mit der Patientin bringen weitere Hinweise: Steigen Anforderungen im Beruf (z. B. tritt die Notwendigkeit ein, unter Zeitdruck Schreibarbeiten erledigen zu müssen), bekommt sie regelmäßig Kopfschmerzen, die sie zumeist als Anlaß nimmt, sich krank zu melden. Sollte sie bei Vorstellungsgesprächen ihre Fingerfertigkeit auf der Schreibmaschine demonstrieren, hat sie bereits mehrfach von sich aus diese Einstellungsgespräche abgebrochen und auf eine Einstellung verzichtet. Schließlich seien in letzter Zeit zunehmend Beziehungsprobleme mit ihrem neuen Lebenspartner aufgetreten, weil dieser ihre Ängste nur schwer nachvollziehen könne und deshalb von ihr erwarte, daß sie endlich etwas dagegen unternehme. Über diese uneinfühlsame Haltung sei sie jedesmal sehr verstimmt.

2 Differentialdiagnostik

Hauptcharakteristikum der Persönlichkeitsstörungen ist, daß sie nicht nur als Komorbiditätsdiagnose zu den spezifischen psychischen Störungen (wie in unserem Fall: zur Agoraphobie) in Betracht gezogen werden können, sondern daß die unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen auch untereinander in einer Komorbiditätsbeziehung stehen und auftreten können. Eine differentialdiagnostische Abgrenzung von oder Feststellung der gegebenen Komorbidität mit weiteren Persönlichkeitsstörungen ist also notwendig und im Falle der passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung vor allem gegenüber den folgenden zwei Störungsbildern sinnvoll: So gehört die Widerständigkeit gegenüber so-

zialen Anforderungen beispielsweise auch bei der sog. selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung (vgl. Tabelle 1) zu den von außen beobachtbaren Interaktionsmustern. Bei der selbstunsicheren Person steht jedoch die subjektive Angst vor Ablehnung oder negativen Bewertungen im Vordergrund, während die passiv-provokativ interagierenden Personen die Anforderungssituation eher selbstsicher als ungerecht und uneinfühlsam kritisieren. Eine Widerständigkeit gegenüber sozialen Anforderungen kann weiter durch eine gewohnheitsmäßige Hilflosigkeit, Unentschlossenheit und die Tendenz, den Bedürfnissen anderer (möglicherweise nicht anwesenden Personen) entsprechen zu wollen, gekennzeichnet sein. Dieses sind Interaktionsmerkmale, die in den Diagnosesystematiken der sog. dependenten Persönlichkeitsstörung (vgl. oben. Tabelle 1) zugeordnet sind.

Eine selbstunsichere Persönlichkeitsstörung kann bei Frau P. ausgeschlossen werden. Gegen diese Diagnose spricht nicht nur ihre hohe Kompetenz, berufliche Anstellungen von sich aus zu wechseln. Auch in ihrem direkten interaktionellen Auftreten wirkt sie ausgesprochen selbstsicher und zugewandt. Zudem erweist sie sich als hochintelligent und in den verschiedensten Interessensgebieten als sehr versiert und belesen, was sie in den Gesprächen jeweils deutlich zum Ausdruck bringt.

Hingegen sprechen eine Reihe biographischer Hinweise wie auch aktuell beobachtbare Interaktionseigenarten für die Möglichkeit, daß dependente Personcharakteristika zusätzlich zur passiv-aggressiven Interaktionsstruktur mitbedacht werden sollten: Frau P. hat eine innige Beziehung zur Mutter, der sie alles von den Augen ablesen könne. Andererseits hat sie für den Balletttänzer (durch die spontane Nebenziehung zu ihm angeregt und um seiner Wertschätzung ihrer besonderen Talente als Tänzerin wegen) den ersten Ehemann kurz nach der Eheschließung verlassen. Auch darf möglicherweise die Bereitschaft, sich während der Episode in der Großstadt von ihrem damaligen Chef zu sexuellen Handlungen mißbrauchen zu lassen, wenigstens teilweise auf eine Neigung zur Dependenz zurückgeführt werden.

3 Erklärungsansätze

Agoraphobie

Auf die Erklärung der Agoraphobie soll hier nurmehr in wenigen Sätzen eingegangen werden. Es ist nicht gerade selten, daß der Beginn der Agoraphobie mit Belastungen und besonderen Lebensereignissen zusammenfallen kann (vgl. Ehlers & Margraf, 1998). Daß die Patientin die bei der Agoraphobie üblicherweise vorhandenen Ängste vor in der Öffentlichkeit eintretenden peinlichen und hilflos machenden Situationen zugleich mit der Epilepsie (als einer wenigstens teilweise real gegebenen Bedrohung)

verbinden kann, verleiht ihrem Vermeidungsverhalten nurmehr (subjektiv und auch objektiv) deutlich größere Plausibilität und Evidenz. Die Entstehung der phobischen Störung ließe sich recht plausibel und sparsam mit der sog. Zwei-Faktoren-Theorie Mowrers annähernd hinreichend erklären (vgl. Ehlers & Margraf, 1998). Nach dieser Auffassung ist durch den ersten erlebten epileptischen Anfall in belebter Hauptstraße als traumatisierendes Ereignis die Phobie klassisch konditioniert worden – eine Lernbedingung zudem, die durch spätere weitere Anfälle in der Öffentlichkeit noch verstärkt wurde. Weiter konnte die sich entwickelnde und generalisierende Agoraphobie durch das einsetzende und beständige (operante) Vermeidungsverhalten nicht gelöscht werden und hat deshalb weiter Bestand. Schließlich hat die Agoraphobie durch die sich entwickelnden Panikanfälle eine Verschlechterung erfahren, die ihrerseits durch Generalisierungswirkungen (z. B. Denken an bedrohliche Situationen) erklärbar sind.

Persönlichkeitsstörung

Für Verhaltenstherapeuten (z. B. Turkat, 1990) sind Persönlichkeitsstörungen Ausdruck einer besonderen interpersonellen Kompetenz, die lebenslang im Umgang mit bedrohlich-aversiven Interaktionssituationen erworben, wiederholt erfolgreich eingesetzt und gefestigt wurde und die sich damit zu einer schwer reflektierbaren Interaktionstypik (Gewohnheit) ausformen kann. Kognitive Therapeuten (wie Beck et al., 1993) betonen zusätzlich, daß die den Persönlichkeitsstörungen zugrunde liegenden Interaktionsmuster von einer spezifischen kognitiv-schematischen Struktur abhängen, durch die sie routinisiert ausgelöst und gesteuert werden. Interaktionseigenarten, wie die interpersonelle Dependenz oder Autonomie oder Widerständigkeit eines Menschen, lassen sich danach als Funktion der kognitiven Grundstruktur begreifen, mit der ein Mensch seine zwischenmenschlichen Beziehungen aufbaut und gestaltet. Beiden Auffassungen gemeinsam ist, daß sich Persönlichkeitsstörungen als spezifisch gelernte Fähigkeiten des Menschen verstehen lassen, seine eigene zwischenmenschliche Vulnerabilität zu schützen. Als lebenslange Interaktionsroutinen (oder ich-syntone Gewohnheiten) sind sie jedoch der aktuellen Reflexion nurmehr sehr schwer zugänglich, weshalb Persönlichkeitsstörungen als schwer zu behandeln gelten (zusammenfassend: Fiedler, 1997).

Für die passiv-protective Vermeidung und Zurückweisung sozialer Anforderungen durch Frau P. findet sich in den extrem divergierenden Erziehungsstilen der Eltern eine hinreichend plausible Erklärung. Den Schilderungen der Patientin zufolge, hat sich die Mutter (zunehmend zusammen mit der Tochter) dem kritisierenden und fordernden Vater gegenüber fast durchgängig erfolgreich in der Weise durchgesetzt, daß die Tochter „sorgenfrei und unbeschwert“ eigene Ziele und Wünsche durchsetzen konnte. Die Schule fiel ihr leicht, wohl nicht zuletzt wegen der vorhandenen Begabung und vielfältigen Interessen. In ihrem späteren Berufsleben war es

ihr (wenn möglicherweise auch nur aufgrund vielfältiger Zufälle, u. a. weil sie von der Mutter finanziell unterstützt wurde und wegen ihrer interaktionellen Geschicklichkeit) relativ leicht möglich, Arbeitsstellen fast beliebig zu wechseln, wenn die jeweils von außen an sie herangetragenen Anforderungen in einem Maß anstiegen, die ihren eigenen Ansprüchen nicht entsprachen.

4 Interventionsprinzipien

Es ist auf der Grundlage des bisher Dargestellten leicht einsichtig, daß sich gerade innerhalb einer psychoedukativ-lenkend ausgerichteten (kognitiven) Verhaltenstherapie besondere Schwierigkeiten ergeben können, wenn Therapeuten Patienten mit passiv-aggressiven bzw. passiv-protektiven Interaktionsmustern behandeln. Das besondere therapeutische Problem in der verhaltenstherapeutischen Behandlung dieser Patienten liegt darin, daß es genau die lenkend-psychoedukativen Strategien der Verhaltenstherapie sind, die – und zwar methodenbedingt – die passiv-protektiven Widerstände des Patienten provozieren können. Hinzu kommt, daß sich Menschen mit passiv-aggressiver Persönlichkeitsstörung in aller Regel Autoritätspersonen widersetzen. Damit steht nicht nur das therapeutische Vorgehen, sondern vor allem die Person des Therapeuten selbst jeweils unmittelbar im Bereich der Anlässe, die bei zunehmenden Anforderungen an den Patienten die passiv-protektive Interaktionsroutine aktivieren könnten.

Nach Meinung der (kognitiven) Verhaltenstherapeuten, die sich mit diesem Störungsbild beschäftigt haben (z. B. Beck et al., 1993, S. 302 ff., Perry & Flannery, 1982), kommt es deshalb gerade bei dem Einsatz lenkend-direktiver Psychotherapiestrategien darauf an, den Patienten das Gefühl zu vermitteln, bei der Behandlung grundsätzlich und aktiv entscheiden zu können und nicht vom Therapeuten angeleitet oder manipuliert zu werden. Zur mittel- oder langfristigen Vermeidung therapeutischer (Interaktions)Krisen ist vor allem zu Beginn der Behandlung besonderer Wert darauf zu legen, Wege zu bedenken und auszuloten, die es den Patienten weitgehend unmöglich machen, ihre passiv-protektive Interaktionsroutine zu entfalten. Das Dilemma der (kognitiven) Verhaltenstherapeuten besteht vielfach darin, daß Patienten mit einer passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung von einer Therapiestrategie profitieren sollen, die ihre besondere Wirksamkeit aus einem psychoedukativ-lenkenden Ansatz bezieht.

Prinzipielle Therapieplanung

Ziel dieser Verhaltenstherapie ist die Behandlung der Agoraphobie und nicht die der Persönlichkeitsstörungen. Die Persönlichkeitsstörungen nehmen nun jedoch auf die weitere Planung insofern entscheidend Einfluß, als der formale Aufbau der Behandlung und die Gestaltung der therapeutischen Beziehung so ausgerichtet werden, daß therapeutische Krisen (Kri-

sen der Therapeut-Patient-Interaktion) vermieden werden können. Grundüberlegungen zu Beginn dieser Therapie gingen entsprechend davon aus, daß es möglich sein müßte, die Patientin mittel- oder langfristig zu einer positiven, vor allem jedoch eigenständigen Entscheidung zu führen, an einer verhaltenstherapeutischen Expositionsbehandlung teilzunehmen. Angezielt war dazu die in der Verhaltenstherapie übliche sog. Reizkonfrontation (therapeutische Konfrontation der Patientin mit für sie angstprovozierenden Situationen und Kontexten, um sie zur Wiedererlangung ausreichender Kompetenzen zu führen, unangemessene Angstzustände zu bewältigen und angemessene Angstzustände zu ertragen).

Die eigenständige Entscheidung für den Beginn der Expositionstherapie sollte für die Patientin durch folgende Einzelmaßnahmen vorbereitet und erleichtert werden:

1. genaue Information und Aufklärung über aktuelle Verstehensansätze der Agoraphobie und der Panikstörungen;
2. Aufklärung über unterschiedliche verhaltenstherapeutische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsmaßnahmen bei Ängsten und Phobien sowie Transparenz bezüglich der empirisch belegten unterschiedlichen Effektivität der Verfahren;
3. da die Patientin sehr gerne liest und auch anspruchsvolle Texte ihr offensichtlich keine Verständnisschwierigkeiten bereiten, soll ihr ein Buch über die verhaltenstherapeutische Behandlung bei Phobien und Panikanfällen als Lektüre mitgegeben werden; konkret gedacht wurde dabei an das Therapiemanual „Panik – Angstanfälle und ihre Behandlung“ von Margraf und Schneider (1989), in dem der konkrete Ablauf verhaltenstherapeutischer Expositionstherapien detailliert beschrieben wird.

Benötigt die Patientin zu dieser Entscheidung längere Zeit, sollten ihr in der dadurch frei werdenden Therapiezeit allgemeine (psychotherapeutische) Gespräche über folgende Themen angeboten werden, die sie selbst jeweils frei auswählen konnte:

- a) *weitere Erläuterungen zur verhaltenstherapeutischen Behandlung von Phobien und Ängsten:* Diese könnten sich auf Fragen beziehen, die bei der Lektüre des Behandlungsmanuals auftauchen.
- b) *Gespräche über Probleme, die aus der Phobie in der Beziehung zu anderen Personen, insbesondere zu den Angehörigen und zum Lebenspartner, entstanden waren:* Diese sollten einerseits eine weitere Motivierung ermöglichen, sich für den Beginn der Expositionsbehandlung zu entscheiden. Weiter waren sie als Möglichkeit gedacht, lebensgeschichtlich bedeutsame Aspekte, die möglicherweise mit der Phobieentwicklung in einem Zusammenhang stehen könnten, zu thematisieren.

Schließlich sollten Möglichkeiten eruiert werden, den Lebenspartner aktiv an der Expositionsbehandlung zu beteiligen.

- c) *Gespräche über private Probleme*: Diese waren vorgesehen, um der Patientin Raum zu geben für Themen, die sie bisher nicht mit nahen Bezugspersonen besprochen hatte, die nach aller Erfahrung jedoch eine erhebliche Psychodynamik beinhalteten und deshalb möglicherweise mit der Phobienbehandlung interferieren konnten. Gedacht war z. B. an eine therapeutische Bearbeitung der möglicherweise traumatischen Erfahrungen in der Zeit des sexuellen Mißbrauchs durch ihren Chef und über die erfolgten Abtreibungen, die ja dem ersten epileptischen Anfall unmittelbar vorausgingen.
- d) *Gespräche über Beziehungsprobleme mit den Angehörigen und dem Lebenspartner*: Diese Themenstellung war gedacht, sich wenigstens zeitweilig der Möglichkeit anzunähern oder um ein Gespräch über die besonderen persönlichkeitsbedingten Interaktionsprobleme zu führen. Auf diese Weise sollte (in Ergänzung zu Punkt b) überprüfbar werden, ob nicht die Phobie selbst bereits eine Funktion in der Interaktionsstruktur der Patientin insofern erhalten hatte, als sie als Mittel der Widerständigkeit gegenüber Anforderungen eingesetzt wird. Andererseits verband sich damit die Hoffnung, daß mehr Transparenz über den interpersonellen Sekundär-Nutzen der Phobie der Patientin eine größere Handlungsfreiheit bei zwischenmenschlichen Konflikten zurückgeben könnte, die aus der Phobie z. B. bereits dem Partner gegenüber erwachsen waren. In eine ähnliche Richtung zielten schließlich
- e) *Gespräche über Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit dem Verlauf der Therapie und mit der therapeutischen Beziehung*: Diese Gespräche sollten eine Transparenz ermöglichen, (a) über die Zusatzdiagnostik im Bereich der Persönlichkeitsstörungen und (b) welche besonderen Folgen und Abweichungen sich daraus gegenüber einer standardmäßig durchgeführten Expositionstherapie ergeben hätten.

Bei einer solchen Vorgabe einer *ingeschränkten* Anzahl *therapeutisch relevanter* Themen handelt es sich (a) um die konkrete Umsetzung von Therapievorschlägen, die zur allgemeinen Gestaltung der Therapiebeziehung bei passiv-protaktiven unterbreitet wurden (vgl. Perry & Flannery, 1982; Beck et al., 1993; Fiedler, 1997), sowie (b) um Vorschläge von Verhaltenstherapeuten, die sich zum (paradox)therapeutischen Umgang mit den prinzipiell ähnlich gelagerten Problemen bei Widerständen in der Folge geringer Behandlungs-*Compliance* geäußert haben (vgl. z. B. die Arbeiten in Ascher, 1989). Zum einen wird durch das jeweilige Angebot *mehrerer* Themen sichergestellt, daß die Patienten stets die volle Selbstbestimmung über die inhaltliche Gestaltung und den Verlauf der Therapie behalten und nicht bereits auf dieser Ebene zur Widerständigkeit provoziert werden. Andererseits bleibt die *therapeutische Relevanz* der Gespräche dennoch erhalten, weil es sich um Themenvorschläge handelt, die *der Therapeut* unterbreitet und die er aus Überlegungen zur Problemanalyse herleitet. Dieses Vorgehen ent-

stammt aus der Paradoxen Psychotherapie und Compliance-Behandlung und trägt dort die Bezeichnung „Illusion der Alternativen“.

Konkrete Therapiedurchführung

Die Patientin nahm den ihr in der 3. Therapiestunde unterbreiteten Vorschlag, über den Beginn der Expositionsbehandlung selbst zu entscheiden, dankbar auf. Sie werde das erhaltene Manual über die Behandlung der Panikstörungen baldigst durchlesen und – soweit ihr das möglich sei – selbst Vorschläge zur Behandlungsdurchführung unterbreiten.

In den folgenden Therapiesitzungen (bis einschließlich der 8. Sitzung) nahm sie die Gelegenheit wahr, jeweils über eines der vorgeschlagenen Alternativthemen zu sprechen. Interessanterweise stellte sich während dieser Gespräche das Erinnerungsvermögen an die Kindheit teilweise wieder her. Andererseits ergaben sich zahlreiche weitere Hinweise, daß es im vorliegenden Fall durchaus sinnvoll gewesen war, die Zusatzdiagnose der passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung zur Leitorientierung der Therapieplanung zu machen. Die Therapiegespräche beinhalteten (fast erwartungsgemäß) insbesondere: (a) Probleme und Erfahrungen, die während der Zeit in der fernen Großstadt auftraten und gemacht wurden; (b) Probleme und Konflikte im Zusammenhang mit der Absicht, einen zehn Jahre jüngeren Mann heiraten zu wollen; (c) die besonderen interaktionellen Schwierigkeiten mit dem Vater; (d) den Wunsch, endlich Kinder zu haben; weiter (e) sexuelle Störungen, die aus den Erfahrungen der Zeit des sexuellen Mißbrauchs resultierten. In diesem Zusammenhang berichtete die Patientin (f) von einer weiteren Abtreibung, die sie kurz vor Therapiebeginn auf Anraten der Ärzte habe vornehmen lassen, weil angesichts der spezifischen Antiepileptika-Behandlung eher zu erwarten gewesen war, daß das Kind mit Behinderungen zur Welt kommen würde. Schließlich wurde mit Frau P. (g) mehrfach erneut über das konkrete Vorgehen in der Angstbehandlung gesprochen, auch darüber, daß neue Forschungsergebnisse zeigten, daß Patienten gelegentlich durchaus in der Lage seien, die Angstbehandlung manualorientiert eigenständig oder unter Mitwirkung des Partners durchzuführen (u. a. mit Verweis auf den programmatischen Trendsetter in diesem Bereich von Mathews, Teasdale, Munby, Johnston & Shaw, 1977, sowie zahlreicher Nachfolgearbeiten, in der sich die Selbstbehandlungsversuche jeweils etwa gleichwertig erfolgreich wie Therapeutenbehandlungen erwiesen hatten; vgl. Mathews, Gelder & Johnston, 1981).

Das therapeutische Vorgehen und die therapeutische Gesprächsführung orientierte sich in diesen Sitzungen unter anderem an Vorschlägen, wie sie von Beck et al. (1993; S. 56–67) zur therapeutischen Beziehungsgestaltung bei Persönlichkeitsstörungen un-

terbreitet wurden. Es wurde besonderer Wert darauf gelegt, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen und Bedingungen für therapeutische Krisen zu vermeiden. Nach Beck et al. wird es bei einigen Persönlichkeitsstörungen (wie der passiv-aggressiven) immer als gute Therapiestrategie angesehen, den von Patienten vorgeschlagenen Themenstellungen zeitweilig Vorrang vor einer problemanalytisch begründeten Therapiemethodik einzuräumen. Die von den Autoren vorgeschlagene therapeutische Gesprächsführung ähnelt in vielem dem Vorgehen in der klientenzentrierten Gesprächstherapie, etwa in den Grundvariablen Empathie, Wertschätzung des Patienten und Kongruenz des Therapeuten. Andererseits gibt es Unterschiede dahingehend, als der Therapeut in den Gesprächen eine größtmögliche Realitätsorientierung anstrebt. Letzteres wird erreicht vor allem über die bereits aus der Depressionstherapie Becks bekannten sog. „Sokratischen Dialoge“, die eine personenzentrierte Befragung des Patienten (nicht seine Indoktrination!) darstellen. Nicht zuletzt durch diese Art kongruenter und wertschätzender, eher *behutsamer Lenkung* lernt der interaktionsunsichere oder -gestörte Patient (über den Therapeuten als mögliches Modell), wie sich stabile und tragfähige Beziehungen trotz möglicherweise divergierender Auffassungen aufrechterhalten lassen.

Im Verlauf der 8. Sitzung machte die Patientin den Vorschlag, mit der Expositionsbehandlung beginnen zu wollen. Der Therapeut schlug daraufhin vor, daß die Patientin die eingangs der Therapie schon einmal angeregte Liste mit Angstsituationen anfertigen solle, möglichst geordnet nach dem Ausmaß der erlebten Angst und subjektiven Bedrohlichkeit.

In der 9. Sitzung berichtete die Patientin, daß sie zwar verzweifelt versucht habe, die Liste anzufertigen, daß es ihr jedoch nicht gelungen sei, auch nur eine Situation aufzuschreiben. Sie habe extreme Kopfschmerzen bekommen und daraufhin panische Angst, daß sie einen epileptischen Anfall bekommen könne.

In dieser Situation zeigte der Therapeut großes Verständnis, da auch ihm bereits aufgefallen sei, welche große Anstrengungen und Mühen es für die Patientin jeweils bedeute, für sie neue und vor allem bedrohliche Anstrengungen zu unternehmen. Auf die neugierige Anfrage der Patientin, was dem Therapeuten denn aufgefallen sei, erklärt dieser ihr die bisherige Therapiestrategie und die Gründe, die für die besondere Rücksichtnahme der Patientin gegenüber maßgeblich waren. Er argumentierte u. a. damit, daß er davon ausgehe, daß die Patientin gute Gründe habe, sich in den verschiedensten Situationen vorsichtig-skeptisch und zurückhaltend zu verhalten und sich nicht vorschnell auf möglicherweise ungerechtfertigte Anforderungen einzulassen. Dies habe sich sozusagen als sinnvolles Leitmotiv durch ihr Leben gezogen, angefangen bei der Widerständigkeit gegenüber den uneinfühlsamen Forderungen ihres Vaters. Später, durch die schmerzhaften Erfahrungen während der Zeit des sexuellen Mißbrauchs sei die Notwendigkeit zu Vorsicht und Mißtrauen erheblich bekräftigt worden – möglicherweise sei ihre Widerständigkeit als Selbstschutz ja auch besonders wichtig im zwischenmenschlichen Umgang mit Männern. Alles dies seien Hinweise genug für den Therapeuten gewesen, sie nicht zu schnell zu einer Therapiemethode zu drängen, die ihr viel Energie und Anstrengung abverlangen würde, letztlich sogar bedeutete, daß sie extreme Angst bewältigen lernen müsse. Bei diesem Vorgehen handelte es sich um das Prinzip

der „Positivierung/Umdeutung“ (Weeks & L'Abate, 1985) bzw. „personenzentrierten Verantwortungszuweisung“ (Maiwald & Fiedler, 1981; Fiedler, 1997).

In der 10. Therapiesitzung kommt die Patientin mit einer langen Liste angstauslösender Situationen in die Therapie. Sie nutzt die Therapiesitzung jedoch nochmals zu einem therapeutischen Gespräch (diesmal über sich selbst) und berichtet, daß es ihr seit der vergangenen Sitzung so gut wie schon seit langer Zeit nicht mehr gegangen sei. Sie habe aufgrund der Gespräche in der vergangenen Therapiesitzung zu sich selbst gefunden, in dem ihr nun wieder klar sei, wer und was sie sei, nämlich: ein „Trotzkopf“ – und – daß sie diese Einsicht in gewisser Hinsicht mit Stolz erfülle. Das nun folgende Gespräch läßt auch viele Probleme, die mit der Agoraphobie in einem Zusammenhang stehen, in einem neuen Licht erscheinen. Die Patientin schließt nämlich nicht mehr die Möglichkeit aus, daß auch die Phobie selbst von ihr funktional im Sinne der Widerständigkeit gegenüber Anforderungen eingesetzt worden sei. Der Therapeut schlägt ihr daraufhin einige Experimente vor, die sie allein erproben könne. Sie solle bezogen auf einige Angstsituationen doch – indem sie sich ihnen aussetze – einmal erkunden, ob und wie stark die Angst wirklich sei.

Die 11. Therapiesitzung eröffnet die Patientin mit der Bemerkung, daß sie glaube, keine große Phobie mehr zu haben. Ängste und Befürchtungen seien zwar noch vorhanden, aber bei weitem nicht mehr bedrohlich. Sie bittet darum, die folgenden Sitzungen erneut über ihre zwischenmenschlichen Probleme sprechen zu dürfen. Dies sei ihr nach den Gesprächen der letzten Stunden ein wichtigeres Anliegen geworden. Ihr sei nämlich in der vergangenen Woche aufgefallen, daß sie ihren Vater zunehmend sympathischer finde, daß ihr hingegen die Mutter „mit ihrem Getue“ zunehmend unangenehmer werde. Der Therapeut bekundet zunächst erhebliche Skepsis, daß sie keine Phobie mehr habe und prognostiziert einen Rückfall. Er willigt dann jedoch in die Gesprächswünsche der Patientin ein, weil er inzwischen davon ausgehe, daß die Patientin genau wisse, was sie bei aufkommender Angst von sich aus zu tun habe, nämlich die Konfrontation mit der angstauslösenden Situation in keinem Fall zu vermeiden.

Die „Prognostik des Rückfalls“ gehört ebenfalls zu den empfohlenen „paradoxen“ Strategien der o. g. Autoren. Einerseits kann im Fall der Phobie angesichts vorliegender Empirie nie ein Heilungserfolg vorab garantiert werden. Andererseits nimmt man den Patienten in gewissen Grenzen die Möglichkeit, Rückfälle auf die Therapie selbst zurückzuführen, als diese eben durch den Therapeuten selbst vorausgesagt wurden.

In den verbleibenden Therapiesitzungen kreisen die Gespräche vor allem um Fragen der Beziehung der Patientin zu den Eltern und um die geplante Heirat mit ihrem jetzigen Partner. In der letzten Therapiesitzung berichtet

die Patientin, daß sie auf einer Tanzveranstaltung einen Arzt kennengelernt habe, in den sie sich „ganz offensichtlich verliebt“ habe.

Katamnesen

In halbjährlichen Abständen finden drei katamnestiche Sitzungen statt. Im folgenden Frühjahr berichtet die Patientin, daß sie in den zurückliegenden Wintermonaten bei zunehmender Dunkelheit häufig extreme Angst und Panikanfälle bekommen habe, wenn sie allein mit dem Auto zur Arbeit und zurück gefahren sei. Sie habe jeweils auf einem Parkplatz pausiert, sei dann jedoch („die Zähne zusammenbeißend“) weitergefahren. Sie sei immer allein gefahren und deshalb inzwischen auch sehr stolz darauf, ihre Phobie auf diese Weise selbständig bewältigt zu haben. Auch seien in der Stadt und in Kaufhäusern keine Angstzustände mehr aufgetreten. Die zweite Katamnese-Sitzung benutzt die Patientin für Vorüberlegungen, wie sie dem jetzigen Lebenspartner (der immer noch jener 10 Jahre jüngere Mann aus der Therapiezeit ist) endlich einmal erzählen könne, was sie während der Zeit der Eheschließung und danach vor ihren epileptischen Anfällen in der fernen Großstadt erlebt habe. Sie glaube, daß die sexuellen Beziehungsstörungen zu ihm damit zusammenhängen. Der Therapeut ermuntert sie sehr zu einem solchen Gespräch und bespricht ausführlich, wie dieses Gespräch trotz aller zu erwartender Schwierigkeiten durchgeführt werden könne. In der dritten Katamnese-Sitzung berichtet die Patientin, daß der letzte neurologische Befund keine Anzeichen mehr für das Fortbestehen des Epilepsierisikos erbracht habe und daß sie zur Zeit die Medikation langsam absetze. Die Heirat mit ihrem jetzigen Lebenspartner stehe kurz bevor.

5 Resümee

Es sollte deutlich gemacht werden, daß es zusätzlich zu einer spezifischen Störungsdiagnose (in diesem Fall der Agoraphobie) durchaus sinnvoll sein kann, die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (als Interaktionsstörung) in Betracht zu ziehen. Daß die konkrete Durchführung der Verhaltenstherapie schließlich in solch extremer Weise von der ursprünglichen Planung abweichen wird, ist (schon wegen der Unterschiedlichkeit der Persönlichkeitsstörungen) bei weitem nicht in jedem Fall zwingend zu erwarten. Schließlich kann dieser Fall als gutes Beispiel dafür angesehen werden, daß eine höhere Eigenverantwortung der Patienten an der Expositionsthe-

rapie durchaus sinnvoll sein kann. Die oben erwähnten Studien zur „home-based“ Therapie bei Agoraphikern (vgl. Mathews, Gelder & Johnston, 1981) finden in diesem Zusammenhang immer noch viel zu wenig Beachtung. Wie der geschilderte Fall auch zeigt, ist eine solche eigenverantwortliche Selbstbehandlung letztlich eben nur durch eine therapeutische Vorbereitung möglich geworden – in diesem Fall paradoxerweise durch eine therapeutische Akzeptanz und Stützung der interpersonellen Eigenarten der Patientin. Vielleicht sind diese fälschlicherweise von uns eingangs als Persönlichkeits-Störungen diagnostiziert worden, weshalb wir sie nachträglich denn auch –, übrigens ganz im Sinne der verhaltenstherapeutischen Konzeptbildung – besser als spezifische Persönlichkeits-Kompetenzen bezeichnen möchten, die es in der Therapie fruchtbar zu machen gilt. Verallgemeinern und vertreten kann man diese Sicht jedenfalls solange, wie Persönlichkeitsstörungen selbst nicht in den Bereich sozialer Devianz extremisieren.

Literatur

- Ascher, L.M. (Ed.). (1989). *Therapeutic paradox*. New York: Guilford Press.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.; revised). Washington, DC: American Psychiatric Association [deutsch: (1989). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R*. Weinheim: Beltz].
- American Psychiatric Association (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)*. Göttingen: Hogrefe.
- Beck, A.T., Freeman, A. & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press [dt. (1993). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union].
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1991). *Klassifikation psychischer Krankheiten. Klinisch-diagnostische Leitlinien nach Kapitel V (F) der ICD-10*. Bern: Huber.
- Ehlers, A. & Margraf, J. (1998). Agoraphobien und Panikstörungen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen* (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (1994). Persönlichkeitsstörungen: Schlüssel zum Verständnis therapeutischer Krisen. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie* (S. 785–795). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fiedler, P. (1996). Persönlichkeitsstörungen. In K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.), *Psychische Störungen und ihre Behandlung* (S. 799–900). Göttingen: Hogrefe. [Enzyklopädie der Psychologie: Klinische Psychologie: Band 2].
- Fiedler, P. (1997). *Persönlichkeitsstörungen* (3. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fiedler, P. (1998). Persönlichkeitsstörungen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der*

-
- Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen* (3. Auflage; S. 249–290). Göttingen: Hogrefe.
- Maiwald, G. & Fiedler, P. (1981). Die therapeutische Funktion kooperativer Sprachformen. In P. Fiedler (Hrsg.), *Psychotherapieziel Selbstbehandlung. Grundlagen kooperativer Psychotherapie* (S. 97–132). Weinheim: edition psychologie im VCH-Verlag.
- Margraf, J. & Schneider, S. (1989). *Panik – Angstanfälle und ihre Behandlung*. Berlin: Springer.
- Mathews, A.M., Gelder, M.G. & Johnston, D.W. (1981). *Agoraphobia: Nature and treatment*. New York: Guilford.
- Mathews, A.M., Teasdale, J., Munby, M., Johnston, D.W. & Shaw, P. (1977). A home-based treatment program for agoraphobia. *Behavior Therapy*, 8, 915–924.
- Perry, J.C. & Flannery, R.B. (1982). Passive-aggressive personality disorder: Treatment implications of a clinical typology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 164–173.
- Turkat, LD. (1990). *The personality disorders. A psychological approach to clinical management*. New York: Pergamon Press.
- Weeks, G.R. & L'Abate, L. (1985). *Paradoxe Psychotherapie*. Stuttgart: Enke.