

PARANOIDE PERSÖNLICHKEIT: KOGNITIV-BEHAVIORALES STÖRUNGSMODELL UND FALLDARSTELLUNG

Paranoid Personality: Cognitive-behavioral model and case-report

Thomas Fydrich

Zusammenfassung

Auf der Grundlage eines dimensionalen Ansatzes der Diagnostik von Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen wird ein Störungsmodell für Personen mit paranoiden Erlebens- und Verhaltensweisen beschrieben. In Anlehnung an Beck und Mitarbeiter (1999) werden spezifische Schemata und Kognitionen dargestellt, die folgende Bereiche umfassen: **Sicht der eigenen Person** als rechtschaffen, Ziel von Aggressionen anderer und als Opfer und Benachteiligte im zwischenmenschlichen Bereich. Das **Bild über Mitmenschen** ist deutlich negativ geprägt. Andere werden als egoistisch, verschwörerisch und nur auf ihren Vorteil achtend betrachtet. Andere betrügen, manipulieren und verschaffen sich rücksichtslos Vorteile. Sie mischen sich ungerechtfertigt in die persönlichen Angelegenheiten ein und nutzen ihnen zur Verfügung stehende Informationen, um zu demütigen und zu diskriminieren. Die **kognitiven Grundannahmen** beinhalten demnach die eigene Verletzlichkeit, notwendiges Misstrauen anderen gegenüber sowie die Annahme, dass andere die eigenen Probleme verursachen. Auf der **Handlungsebene** verhalten sich Personen mit paranoiden Haltungen sehr zurückhaltend, skeptisch und vorsichtig. Die **Affekte** von betroffenen Personen sind daher in erster Linie durch Angst, Ärger und häufig auch Groll gekennzeichnet.

Über eine Falldarstellung einer verhaltenstherapeutischen Behandlung eines Patienten mit einer Brückenphobie und paranoider Persönlichkeitsstörung werden zentrale Aspekte eines motivorientierten Indikations- und Interventionsmodells (MIIM, vgl. Fydrich in diesem Heft) erläutert: der Fokus der Behandlung liegt bei der Phobie; Störungskennntnisse über paranoide Motive und Haltungen sind jedoch wichtige Aspekte bei der Gestaltung der therapeutischen Interaktion.

Schlüsselwörter Persönlichkeit - Persönlichkeitsstörung - paranoide Persönlichkeit - kognitive Verhaltenstherapie - Psychotherapie - Falldarstellung

Charakteristika der Paranoiden Persönlichkeit bzw. Persönlichkeitsstörung

Betrachtet man die Liste der diagnostischen Kriterien für die

Summary

Based on a dimensional assessment approach of personality and personality disorders, a cognitive-behavioral model for paranoid personality is outlined. In reference to Beck's cognitive theory of personality disorders (Beck et al., 1999), the cognitive-behavioral model of paranoid personality identifies specific schemas and cognitions for the following areas: **View of self** as upright and target of aggression from others and a victim of interpersonal interactions. In substance, the **view of others** is very negative. Others are seen as egoistic, self-centered, manipulative, conspiratorial and only looking for their own advantages. In an unjustified way, others interfere with personal affairs and misuse available information in order to devalue and humiliate. **Cognitive schemas** include presence of own vulnerability and subsequently mistrust as well as the assumption that others are responsible for one's problems. The **behavior** of men and women with paranoid personality is characterized by being restrained, sceptical and careful. Predominant **affects** include anxiety, anger, resentment and grudge.

A cognitive-behavioral treatment of a patient with a bridge-phobia and an additional diagnosis of paranoid personality is presented in order to illustrate core elements of a motivation oriented model of psychotherapy indication and treatment (MIIM, see Fydrich in this volume). The focus of the intervention is the treatment of the specific phobia. However, additional knowledge about paranoid motives and schemas are central aspects regarding the therapist-patient interaction as well as treatment course and outcome.

Keywords Personality - paranoid personality disorder-psychotherapy - cognitive-behavioral therapy - case-report

paranoide Persönlichkeit bzw. Persönlichkeitsstörung in den gültigen Klassifikationssystemen für psychische Störungen (DSM-IV, ICD-10), so fällt auf, dass sich alle Merkmale ausnahmslos auf das Erleben und die Interpretation des Verhaltens anderer Menschen sowie auf das eigene Verhalten in der

Interaktion mit anderen beziehen. In diesem Sinne kann die paranoide Persönlichkeitsstörung - ähnlich wie nahezu alle anderen Persönlichkeitsstörungen - als interpersonelle Interaktionsstörung bezeichnet und betrachtet werden (vgl. Benjamin, 1993; Fiedler, 2000; Fiedler, 1998).

Personen, die paranoide Wahrnehmungs- und Interpretationsmuster haben und sich entsprechend verhalten, erwarten von anderen das Schlechteste. Sie sind ängstlich, argwöhnisch, kompromisslos und überzeugt, dass sie im Recht sind. Sie erleben bzw. interpretieren in den unterschiedlichsten Situationen das Verhalten anderer Menschen als absichtlich erniedrigend oder bedrohlich. Die diagnostischen Kriterien nach DSM-IV (Saß et al., 1996b) oder der ICD-10 (Dilling und Freyberger, 1999) sind sehr gut vergleichbar:

Betroffene

- fühlen sich (ohne ausreichenden Grund) von anderen ausgenutzt oder benachteiligt,
- stellen die Loyalität oder Glaubwürdigkeit von Bekannten, Freunden und Mitarbeitern grundlos in Zweifel,
- tendieren dazu, harmlosen Bemerkungen oder Ereignissen versteckte Bedeutungen zuzumessen, die als abwertend erlebt werden oder bedrohlichen Charakter für die Person haben,
- hegen Groll gegen andere und sind sehr nachtragend,
- vertrauen sich nur zögernd anderen an, aus Angst, die Informationen könnten gegen sie verwandt werden,
- fühlen sich leicht missachtet,
- reagieren schnell zornig oder starten früh „Gegenangriffe“,
- bezweifeln grundlos die Treue des Ehe- oder Sexualpartners,
- sind sehr empfindlich gegenüber empfundener Zurückweisung,
- interpretieren neutrale oder freundliche Handlungen anderer als falsch, verächtlich, heimtückisch oder verschwörerisch,
- sind häufig streitsüchtig, erscheinen rechthaberisch und bestehen kompromisslos auf dem eigenen Standpunkt,
- neigen oft zu Überheblichkeit und starker Selbstbezogenheit.

Die in beiden diagnostischen Systemen genannten Merkmale können als eine Liste prototypischer Eigenschaften verstanden werden, von der eine bestimmte Anzahl erfüllt sein muss, damit die Diagnose einer paranoiden Persönlichkeit bzw. Persönlichkeitsstörung gestellt werden kann. Bei einer entsprechenden (kategorialen) diagnostischen Entscheidung über das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung ist besonders zu beachten, dass die in den diagnostischen Kriterien beschriebenen Verhaltens- und Erlebensweisen ein situationsübergreifendes Charakteristikum für die Person darstellen müssen, dass eine Mindestzahl von Kriterien seit Adoleszenz oder frühem Erwachsenenalter vorhanden ist und dass ein persönlicher Leidensdruck und/oder ein nachteiliger Einfluss auf die soziale Umwelt vorliegt. Sie dürfen zudem nicht ausschließlich im Verlauf einer Schizophrenie oder einer wahnhaften Störung auftreten (vgl. hierzu die wichtigen G-Kriterien für die Diagnostik der spezifischen Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10; Dilling und Freyberger, 1999, S. 218 f.).

Jenseits der deskriptiven Darstellung bestimmter Kriterien für die Diagnostik der paranoiden Persönlichkeitsstörung nach ICD oder DSM werden von Millon (1996) unterschiedliche Differenzierungen bzw. Untertypen der paranoiden Persönlichkeit beschrieben. Millon unterscheidet dabei folgende Kombinationen paranoider Erlebens- und Verhaltensweisen: paranoid-narzisstisch, paranoid-antisozial, paranoid-zwanghaft und paranoid-negativistisch.

Möglichkeiten der strukturierten kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen im deutschsprachigen Raum sind durch die Anwendung des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV, Achse-II (SKID-II; Fydrich et al., 1997), der Internationalen Diagnose-Checklisten für Persönlichkeitsstörungen (ICDL-P; Bronisch et al., 1995) oder der deutschsprachigen Ausgabe des International Personality Disorder Examination (IPDE; Mombour et al., 1996) gegeben.

Sicherlich ist im Kontext psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer Intervention die systematische Abklärung der kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen von großer klinischer Bedeutung. Jedoch hat eine ausschließlich kategoriale Betrachtung von Persönlichkeitsstörungen den entscheidenden Nachteil, dass damit nur sehr grob eine Aussage über das *Ausmaß* der entsprechenden Merkmale bei Patientinnen und Patienten gemacht werden kann. Bei der rein kategorialen Entweder-oder-Diagnostik geht ein großer Teil klinischer Information verloren. Daher wird in jüngerer Zeit zunehmend die Position vertreten, Persönlichkeitsmerkmale und auch Merkmale von Persönlichkeitsstörungen dimensional zu erfassen (z.B. Costa und McCrae, 1990; Costa und Widiger, 1994; Fydrich et al., 1996; Saß et al., 1996a, Widiger and Frances, 1994). Bei der dimensional Diagnostik von klinisch bedeutsamen, unter Umständen extremen Ausprägungen von Persönlichkeitsmerkmalen wird davon abgesehen, eine kategoriale Unterscheidung zwischen „gestört“ und „nicht gestört“ zu treffen. Diese Betrachtungsweise hat sowohl klinisch als auch methodisch den Vorteil, dass Informationen über den Grad der Ausprägung eines bestimmten Merkmals nicht verloren gehen: Es handelt sich nicht primär darum, ob jemand eine bestimmte Persönlichkeitsstörung hat oder nicht, sondern darum, wie stark Merkmale entsprechender Erlebens- und Verhaltensweisen ausgeprägt sind.

Eine entsprechende Form der dimensional Diagnostik von Persönlichkeitsmerkmalen, die sich inhaltlich an den im ICD-10 oder DSM-IV aufgeführten Persönlichkeitsstörungen orientiert, wird auch von einigen deutschsprachigen Verfahren realisiert. Hierzu gehören das aus der Persönlichkeitspsychologie stammende Fragebogenverfahren „Persönlichkeitsstil und -störungsinventar“ (PSSI; Kuhl und Kazén, 1997) sowie das von Beck und Mitarbeitern erarbeitete „Beck Inventar zu Kognitiven Schemata“ (B-IKS; deutsch: Fydrich, 2001). Ebenso ist sowohl für den SKID-Fragebogenteil als auch für die Auswertung des Interviews eine dimensionale Auswertung des Ausprägungsgrades von Merkmalen der unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen möglich (Fydrich et al., 1997).

Die Folgen paranoider Erlebens- und Verhaltensweisen umfassen meist eine weit reichende soziale Isolierung, verbunden mit selbst initiiertem wie auch passiver Ausgrenzung. Oft sind Kreisläufe derart zu beobachten, dass durch die misstrauischen und kritischen Verhaltensweisen von Personen mit paranoider Einstellung die eigene Sichtweise über die Reaktionen anderer Bestätigung findet: Die paranoide Grundhaltung führt dazu, dass nicht nur starkes Misstrauen vorherrscht, sondern dass sich häufig tiefer Groll aufbaut, gepaart mit deutlicher Unfähigkeit, zu verzeihen oder unangenehme Ereignisse zu vergessen. Insgesamt besteht eine geringe Bereitschaft, anderen zu vertrauen, Kompromisse einzugehen oder Schwierigkeiten gemeinsam zu lösen. Hierdurch ist es extrem schwierig - wenn nicht gar unmöglich -, befriedigende Beziehungen auf der Basis wechselseitiger Empathie, Anerkennung und Rücksichtnahme aufzubauen (Benjamin, 1993; Fiedler, 2000).

Kognitiv-behaviorales Störungskonzept

Bezug nehmend auf das Motivorientierte Indikations- und Interventionsmodell (MIIM; vgl. Fydrich, in diesem Heft) sowie den kognitiven Ansatz der Erklärung und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen (Beck, 1995; Pretzer, 1996; Pretzer in diesem Heft) ist das Erleben und Verhalten von Personen mit paranoiden Persönlichkeitszügen durch folgende überentwickelte Strategien und Motive gekennzeichnet: Wachsamkeit, Vorsicht, Misstrauen und Argwohn gegenüber anderen Menschen. Das Kernmotiv für dieses Erleben und das entsprechend erklärbar Verhalten ist, erwarteter Verletzung oder Benachteiligung vorzubeugen und diese abzuwenden. Im Zusammenhang damit steht andererseits, dass im Umgang mit anderen Vertrauen, Gelassenheit und Anerkennung keine oder nur extrem gering entwickelte Strategien bzw. Haltungen sind.

Nach Beck und Mitarbeitern (1999, S. 41 f.) können die kognitiven Muster sowie die damit kongruenten Verhaltensstrategien, was die Sicht der eigenen Person, das Bild über Mitmenschen sowie damit übereinstimmende Verhaltensstrategien angeht, folgendermaßen gekennzeichnet werden: Hinsichtlich des **Selbstbildes** sehen sich Personen mit paranoiden Einstellungen und Verhaltensweisen als rechtschaffen. Sie sehen sich selbst als Ziel von Aggressionen und als Opfer und Benachteiligte im zwischenmenschlichen Bereich.

Dementsprechend ist das **Bild über Mitmenschen** deutlich negativ. Sie betrachten andere als egoistisch, verschwörerisch und nur auf ihren eigenen Vorteil achtend. Mit dem Ziel, sich selbst in allen Lebenssituationen Vorteile zu verschaffen, schrecken andere nicht davor zurück, zu betrügen, zu manipulieren, meist subtil, seltener offen aggressiv zu sein. Sie mischen sich ungerechtfertigt in die persönlichen Angelegenheiten ein und nutzen die ihnen zur Verfügung stehenden Informationen, um zu demütigen und zu diskriminieren. Dabei werden diese Verhaltensweisen von den Mitmenschen eher verdeckt und unter dem Deckmantel der Unschuld gezeigt.

Die **kognitiven Grundannahmen** lauten:

- Ich bin anderen Menschen gegenüber verletzlich.
- Man kann anderen nicht trauen.
- Die Motive anderer sind suspekt.
- Die Verhaltensweisen anderer sind falsch und nicht offen.
- Andere wollen mich täuschen, sie wollen mich hintergehen, mich angreifen, sich auf meine Kosten Vorteile verschaffen.
- Andere sind schuld an meinen Problemen.

Daraus resultieren so genannte **konditionale Annahmen**, wie zum Beispiel:

- Wenn ich nicht vorsichtig bin und mich mit allen persönlichen Informationen zurückhalte, werde ich nur Nachteile haben, die Leute werden mich ausnutzen, manipulieren, hintergehen, demütigen und verletzen.
- Wenn meine Mitmenschen freundlich sind, dann versuchen sie damit, mich zu hintergehen, mich auszunutzen oder sich auf meine Kosten Vorteile zu verschaffen.

Entsprechend dieser Motivstrukturen sind die **handlungsleitenden, selbst instruktiven Gedanken**:

- Im Umgang mit anderen musst du immer vorsichtig sein!
- Traue niemandem und lass dich nicht täuschen!
- Halte immer nach verdeckten Motiven bei anderen Ausschau!
- Sprich mit niemandem über persönliche Dinge!
- Lass dich nicht täuschen, vor allem auch nicht durch gezeigte (gespielte) Freundlichkeit!
- Wehre dich früh genug, wenn du benachteiligt oder angegriffen wirst!

Die zentralen **Affekte** von Personen mit paranoiden Erlebens-, Denk- und Verhaltensweisen sind daher in erster Linie durch Angst und Ärger gekennzeichnet. Die Angst bezieht sich dabei meist auf antizipierte Verletzung oder Benachteiligung, wobei diese sich bis zu einer existenziellen Angst steigern kann: der Verlust wichtiger Personen, des Arbeitsplatzes und damit der Entzug zentraler materieller Grundlagen. Häufig sind andauernder Ärger, Missmut und Groll vorhanden. Das bezieht sich auf die als ungerechtfertigt erlebte schlechte Behandlung durch andere und die als falsch und feindselig oder egoistisch interpretierten Verhaltensweisen der Mitmenschen.

Hinsichtlich der Sichtweise von Persönlichkeitsstörungen als zwischenmenschlichen Interaktionsstörungen werden nach dem kognitiv-behavioralen Modell folgende Interdependenzen angenommen:

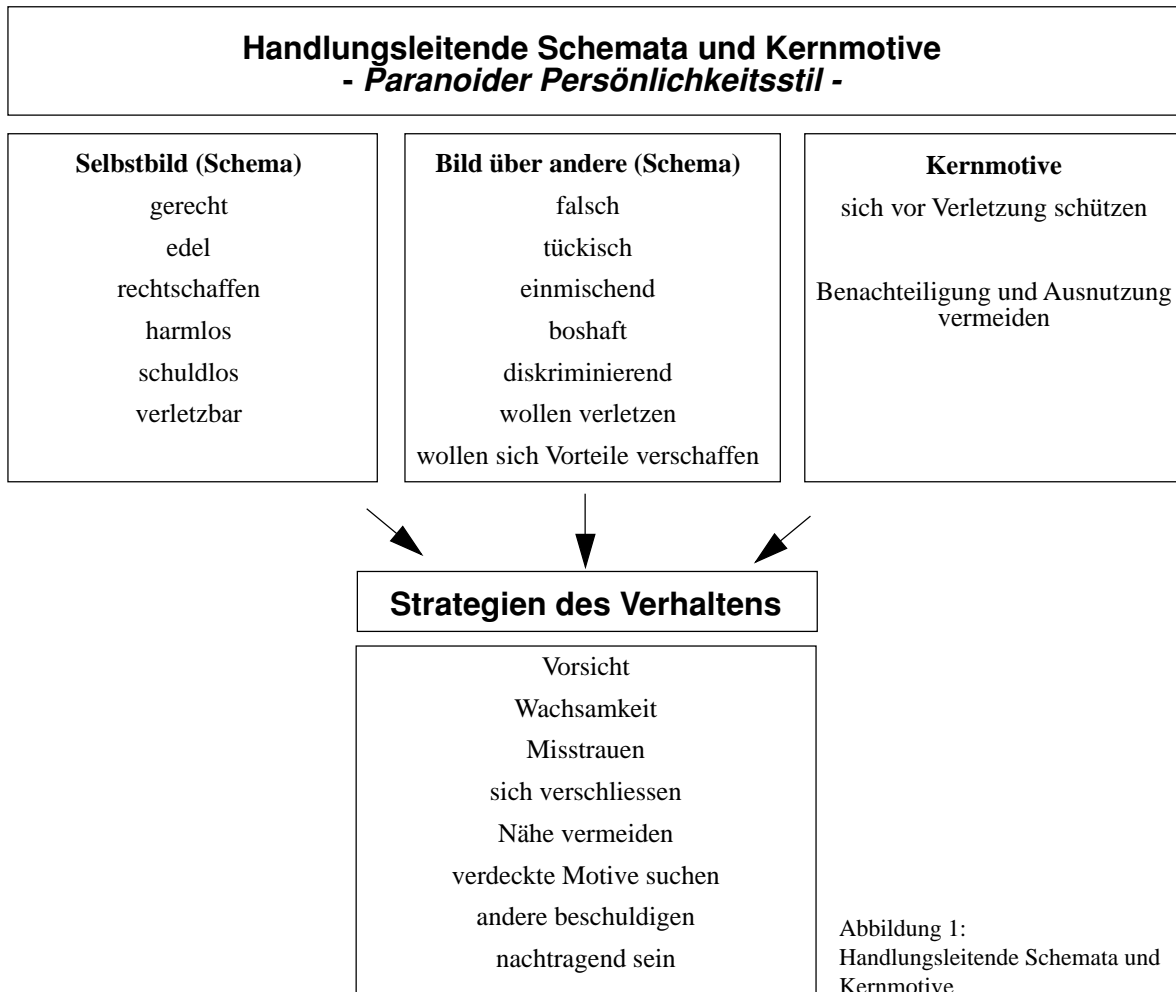


Abbildung 1:
Handlungsleitende Schemata und Kernmotive

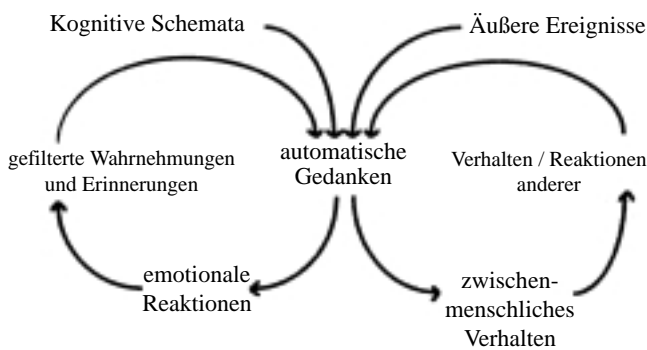


Abbildung 2: Kreislauf-Schema nach Pretzer

Falldarstellung: Herr Ivento¹

Herr Ivento, ein 45-jähriger Elektroingenieur, kam zum „Agoraphobia and Anxiety Treatment Center“, einer Psychotherapie-Ambulanz in einem Vorort von Philadelphia. Wie die Bezeichnung der Einrichtung zeigt, bestand ein Schwerpunkt des Teams darin, Patientinnen und Patienten mit Angststörungen zu behandeln. Dies war der Grund, warum Herr Ivento genau diese Ambulanz aufsuchte. Er litt unter einer starken Brückenphobie, die besonders seit vier Monaten sein Leben stark einschränkte. Die Kriterien für eine spezifische Phobie waren eindeutig erfüllt. Grund für die von Herrn Ivento erlebten Einschränkungen durch die Angst war, dass er eine neue Stelle in einer Firma jenseits des breiten Delaware-Flusses angenommen hatte. Um mit seinem PKW den direkten Weg zur neuen Arbeitsstelle zu nehmen, musste er zweimal täglich über eine große, etwa zwei Kilometer lange Brücke fahren. Zu Beginn seiner Tätigkeit an der neuen Arbeitsstelle hatte Herr Ivento einige Male versucht, die Brücke zu befahren, hatte dabei aber jeweils einen sehr starken Angstanfall erlebt, so dass er seit dem zweimal täglich einen Umweg von mehreren Meilen fuhr, um den Fluss an einer schmaleren Stelle zu überqueren. Dieser Umweg kostete ihn jedoch für Hin- und Rückweg jeweils mehr als eine Stunde zusätzliche Fahrzeit.

¹ Name geändert

Der von ihm vorgebrachte Anlass und Auftrag für die Therapie war entsprechend formuliert: „Sie sind doch hier eine Einrichtung, die auf die Behandlung von Ängsten spezialisiert ist. Ich habe solche Ängste, die Ben-Franklin-Brücke zu überqueren, und ich kann es mir nicht leisten, jeden Tag mehr als zwei Stunden zusätzliche Fahrzeit auf mich zu nehmen. Neben dem zeitlichen Problem ist es für mich auch finanziell wegen der Benzinkosten eine große Belastung. Können Sie mir diese Ängste in einer überschaubaren Zeit nehmen?“

Während der starken Angstanfälle, die Herr Ivento auf der Brücke erlebt hatte, zeigte sich vor allem eine starke Angst, die Kontrolle zu verlieren: „Ich hatte zweimal verdammt starke Angst, absolut die Kontrolle über mich und das Auto zu verlieren. In meinem Kopf rasten die Gedanken darum, was wohl passieren würde, wenn ich auf der Brücke plötzlich das Steuer herumreiße, die Brückengeländer durchbreche und in den Fluss stürze oder aber über den Mittelstreifen auf die andere Fahrbahnseite fahre und dort frontal mit einem entgegenkommenden Fahrzeug zusammenstoße.“ Neben derartigen Kontrollverlustängsten bestanden andere kognitiven Symptome in Befürchtungen, einen Kreislaufkollaps oder einen Herzinfarkt zu bekommen und dabei nicht mehr in der Lage zu sein, Dinge richtig wahrzunehmen und der Situation entsprechend reagieren zu können. Hierzu passte, dass er bei beiden Angstanfällen eine starke Einengung seiner visuellen Wahrnehmungsfähigkeit bemerkte: „Es war, als würde ich mit einem wahnsinnigen Tempo durch einen engen Tunnel fahren - ja, als würde ich durch diesen hindurchkatapultiert, gleichzeitig jedoch hatte ich das Gefühl, als würde dies eine Ewigkeit dauern, und ich würde niemals auf der anderen Seite der Brücke ankommen.“

Körperliche Symptome umfassten Herzrasen, Schwitzen, Schwindelgefühle sowie starke muskuläre Anspannung, vor allem in seinen Armen und Beinen. Die Berichte über sein Verhalten in den beiden Situationen waren durch die kognitiven Ängste überlagert. Herr Ivento erinnerte sich daran, dass er „mit aller Kraft“ das Lenkrad umfasste und möglichst schnell über die Brücke fuhr. Dabei hielt er sich „krampfhaft“ auf der mittleren der drei Fahrspuren und versuchte, nicht nach rechts oder links zu schauen. Um sich abzulenken, hatte er beide Male das Radio sehr laut gestellt. Weiterhin schilderte er es als hilfreich, eine Sonnenbrille zu tragen. Die Exploration der situativen Bedingungen für die Ängste zeigte weiterhin, dass das Überqueren einer zweiten Brücke, der Wart-Whitman-Brücke, die sogar etwas länger war als die von ihm gefürchtete Ben-Franklin-Brücke, für ihn etwas weniger angstauslösend war. Es wurde deutlich, dass die hohen Stahlstreben der Ben-Franklin-Brücke und die damit im Zusammenhang stehenden spezifischen optischen Reize (Licht-Schatten-Wechsel) besonders bei Sonneneinstrahlung Nervosität und die innere Unruhe erhöhten und damit auch die Angst deutlich verstärkt wurde. Die Wart-Whitman-Brücke hatte dagegen keine Stahlstreben. Weiterhin wurde deutlich, dass für Herrn Ivento das Überqueren von Brücken bei Dunkelheit deutlich weniger problematisch war.

Schon während der ersten Therapiesitzung zeigte sich, dass Herr Ivento sowohl dem Therapeuten als auch dem therapeutischen Ansatz gegenüber sehr skeptisch eingestellt war. Drängelnd fragte er nach einer möglichst genauen Schätzung der notwendigen Therapiestunden, stellte die Kompetenz des Therapeuten in Frage („Sie sind ja noch recht jung - haben Sie denn ausreichend Erfahrung?“) und betonte, dass er wegen der Trennung von seiner Frau und den Kindern in finanziellen Schwierigkeiten sei: „Wissen Sie, es ist sehr wichtig für mich, dass mir schnell geholfen wird. Die Therapiestunde kostet immerhin 95 Dollar, ich kann die Therapie nicht über die Krankenkasse meines Betriebes abrechnen lassen, da ich befürchte, dass die Tatsache, dass ich einen „shrink“ (umgangssprachlich ehrer abwertend für „Psychotherapeuten“) aufsuche, bekannt wird und gegen mich verwendet wird.“ Seine weitere aktuelle Lebenssituation, die er in sehr aufgeregtem, teilweise aggressivem Ton schilderte, umfasste eine als schwierig und frustrierend dargestellte Arbeitssituation. Er sei „ohne Grund und ohne eigene Schuld“ an seinem vorherigen Arbeitsplatz „gefeuert“ worden. Jetzt, am neuen Arbeitsplatz, habe er „so einen jungen Schnösel“ als Vorgesetzten bekommen und müsse unter seinem Niveau und unter seiner Kompetenz, zudem noch für weniger Lohn als vorher arbeiten. Er schilderte die Umstände seines alten und neuen Arbeitsplatzes ähnlich: Er müsse ständig aufpassen, dass er nicht hintergangen werde und dass andere nicht auf seine Kosten leben bzw. sich Vorteile verschaffen. Dies sei seine Lebenserfahrung seit seiner Kindheit und Jugend, und dies sei sowohl im Berufsleben als auch im Privaten immer wieder bestätigt worden. Die letzten Erfahrungen mit seinem alten Beruf zeigten, dass sich Kolleginnen und Kollegen immer wieder gegen ihn verschwören, kritisch und akribisch seine Tätigkeiten beobachteten und jede kleine Verfehlung den Vorgesetzten gemeldet hätten. Auch sozial sei er immer isoliert gewesen - die Leute hätten ihn einfach nicht gemocht und ihn abgelehnt.

Im privaten Bereich sei in den letzten Jahren - vollkommen ohne sein Zutun - die Beziehung zur Frau und den beiden Söhnen (15 und 17 Jahre alt) zunehmend schlecht geworden. Der Kontakt zu seiner Frau sei - abgesehen von den ersten beiden Ehejahren - nie richtig eng gewesen. Er habe seine Frau eigentlich nie richtig kennen gelernt; sie sei für ihn ein „Buch mit sieben Siegeln“ geblieben. Ihr Eheleben sei - besonders in den letzten Jahren - aneinander vorbeigelaufen. Die Konflikte hätten dann seit etwa fünf Jahren zugenommen, als er zunehmend den Eindruck gehabt hätte, dass seine Frau eine Beziehung zu einem anderen Mann hatte und auch sein Geld mit diesem „verprasste“. Ewig sei die Haushaltskasse leer gewesen, und die Frau hätte, wenn sie ausging, mehr und mehr Termine mit Freundinnen und mit ihrer Sportgruppe als Vorwand angegeben. Auch die Söhne seien seit dieser Zeit sehr kühl und abweisend, würden ihn meiden und ihre eigenen Wege gehen. Er habe oft das Gefühl gehabt, dass sich die drei gegen ihn „zusammenrotten und sich gegen ihn verschwören“. Da er vor einiger Zeit der Sache auf den Grund gehen wollte, habe er im Keller des Hauses an der Telefonleitung eine Abhöranlage installiert. Beim Abhören der Bänder habe er zwar nicht feststellen können, dass seine Frau

sich mit anderen Männern verabredete, es war aber klar, dass sich alle Familienmitglieder immer wieder bei anderen über ihn beklagten und schlecht über ihn redeten.

Die Beziehung zu seiner Frau und zu seinen Kindern hätte sich daraufhin weiter verschlechtert. Seine Frau habe ihn vor einigen Wochen - ohne jede Ankündigung - zusammen mit den Söhnen „in einer Nacht- und Nebelaktion“ verlassen. Sie habe sich einen Anwalt genommen, und nun werde - unge rechtfertigt - monatlich ein Teil seines Einkommens für den Unterhalt seiner Frau und der beiden Söhne gepfändet. Er sei „stinksauer“ auf seine Frau, seine Söhne, den Anwalt seiner Frau und seinen eigenen Anwalt, der absolut unfähig sei, nur sein Geld wolle und es nicht geschafft habe, gegen die Lohnpfändung erfolgreich vorzugehen.

Zur zweiten Therapiesitzung kam Herr Ivento deutlich verspätet, war so sehr erregt, dass er sich die ersten 10 Minuten nicht hinsetzte, sondern fluchend im Therapieraum hin und her lief und Drohungen aussprach: „Ich werde sie alle umbringen - meine Frau, deren Anwalt, meinen Anwalt und mich selbst.“ Hintergrund solcher Äußerungen, die besonders in den ersten Therapiesitzungen häufig vorkamen, waren aktuelle Auseinandersetzungen mit den Anwälten sowie die finanziellen Einbußen durch die Trennung.

Neben den Klagen über die gesamte derzeitige Lebenssituation, den Zornausbrüchen gegenüber seiner Familie, den Anwälten sowie den Kolleginnen und Kollegen am neuen Arbeitsplatz waren die ersten Sitzungen dadurch gekennzeichnet, dass Herr Ivento immer wieder in Frage stellte, ob er bei mir in richtigen, d.h. kompetenten, Händen wäre. Zudem äußerte er wiederholt die Besorgnis, in welcher Weise ich die Therapie dokumentierte und wem diese Informationen zugänglich wären. Das Angebot, einen Therapieantrag zu stellen bzw. die Therapiestunden über seine Betriebskrankenkasse abzurechnen, lehnte er kategorisch ab. Hintergrund war seine Befürchtung, dass beim Bekanntwerden einer Psychotherapie bei der Krankenkasse diese Tatsache seinem Arbeitgeber zugetragen werde und dies erneut zu Nachteilen oder sogar zu einer Entlassung führen könnte.

Die therapeutischen Maßnahmen in den ersten Stunden bezogen sich auf folgende Bereiche:

- Exploration der „Indexstörung“, d.h. der Phobie
- Anamnese der Lebensgeschichte mit dem Schwerpunkt auf Bereich der Ängste
- Eingehen auf die weiteren aktuellen Problembereiche, v.a. die Trennung von seiner Familie, die finanziellen Schwierigkeiten sowie seine Situation an der neuen Arbeitsstelle inklusive der Wahrnehmung von Bedrohung und Unsicherheit durch die Umstände an der Arbeitsstelle

Hierbei waren die Interaktionen mit dem Therapeuten vor allem durch Misstrauen und Verslossenheit einerseits, andererseits aber auch durch Impulsivität und (verbale) Aggressivität gekennzeichnet. Ein Merkmal der ersten Sitzungen war, dass Herr Ivento - außer zur ersten Therapiesitzung - meist

wesentlich zu spät kam und hierfür keine nachvollziehbaren Begründungen gab. Eine Sitzung versäumte er ganz. Parallel dazu ergaben sich Diskussionen um die Rechnungsstellung für die Behandlungssitzungen sowie Probleme bei der Bezahlung (es war Usus, die Psychotherapiesitzungen direkt nach der Therapiestunde per Scheck oder bar zu bezahlen).

Aus therapeutischer Sicht war bedeutsam, dass Herr Ivento ein hohes Verlangen nach Sicherheit in der Therapie hatte, ausgedrückt durch seinen Wunsch nach zielgerichteter, kurzer und kompetenter Behandlung der phobischen Störung und der wiederholt eingeforderten Versicherung der Verschwiegenheit des Therapeuten. Diese Unsicherheit war gepaart mit einer deutlichen Ambivalenz hinsichtlich der Person und der Kompetenz des Therapeuten. Weiterhin war es besonders wichtig, die Ernsthaftigkeit der verbalen Gewaltandrohungen einzuschätzen. Hier wurde deutlich, dass Herrn Ivento niemals gegenüber anderen physisch gewalttätig gewesen war und dass auch zum gegebenen Zeitpunkt keine konkreten Planungen zur Umsetzung seiner Gewaltphantasien festzustellen waren.

Der therapeutische Umgang mit diesen interaktionellen Faktoren umfasste seitens des Therapeuten:

Spiegelung der Ängstlichkeit und des Gefühls, bedroht zu sein und hintergangen zu werden etwa mit folgender Haltung:

„Sie haben offenbar in Ihrem Leben sehr häufig erleben müssen, dass Sie hintergangen und von anderen ausgenutzt wurden. Daher ist es mir gut nachvollziehbar, dass Sie in den verschiedensten Lebenslagen in hohem Maße vorsichtig und aufmerksam sind, um sich selbst zu schützen. Zu oft ist es Ihnen schon passiert, dass Sie in ungerechtfertigter Weise Nachteile haben hinnehmen müssen - vielleicht hätten diese mit noch höherer Achtsamkeit und noch intensiverer Vorsicht verhindert werden können. Wir wissen das jetzt nicht, aber Ihre Vorsicht mir und meiner Arbeit gegenüber ist - bezogen auf Ihre aktuelle Lebenssituation und auf unsere Arbeit hier in der Therapie - nur allzu schlüssig. Ich stehe dabei in einem gewissen Dilemma. Ich weiß zwar, dass ich solche Ängste, wie Ihre stark einschränkende Angst vor Brücken, schon einige Male erfolgreich behandelt habe. Es kann jedoch dennoch sein, dass es für die Behandlung der Problematik, wie sie bei Ihnen konkret vorliegt, hier im Raum Philadelphia andere Therapeuten gibt, die besser für Sie sind oder die Angst schneller und erfolgreicher behandeln können, als wir hier in dieser Einrichtung oder als ich persönlich. Daher könnte ich es gut verstehen, wenn Sie sich - bevor wir in die eigentliche Therapie einsteigen - nochmals nach einer anderen Einrichtung bzw. nach einem anderen Therapeuten umsehen.“

Spiegelung der gezeigten Ambivalenz hinsichtlich der vielfältigen Themen in den ersten therapeutischen Sitzungen:

„Herr Ivento, ich verstehe sehr gut, dass Sie in unseren Sitzungen immer wieder mit sehr aktuellen und akuten Themen kommen und diese hier einbringen. Vor allem die Probleme mit Ihrer Frau, den Anwälten, und die Schwierigkeiten mit den Erniedrigungen an Ihrem Arbeitsplatz sind ja tatsächlich so gravierend, dass sie jedermann gedanklich sehr stark beschäftigten würden. Dem gegenüber steht allerdings, dass ich

Sie gerne darin unterstützen würde, an Ihrer Brückenangst möglichst schnell und effektiv zu arbeiten, zumal ich weiß, welche - auch finanziellen - Belastungen für Sie mit dieser Therapie verbunden sind. Ich möchte Sie daher fragen, ob es für Sie in Ordnung ist, wenn Sie Teile jeder Sitzung dafür nutzen, sehr aktuelle Anlässe zu besprechen? Ist es auch in Ordnung für Sie, dass wir am Ende unserer Sitzungen kurz resümieren, wie gut Sie das Gespräch bzw. die gemeinsame Arbeit mit der Brückenangst weitergebracht hat? Soll ich Sie in den Stunden jeweils darauf hinweisen, wie viel Zeit wir für die Besprechung einzelner Problembereiche verwendet haben?“

Kommentar: Basierend auf dem Motivorientierten Indikations- und Interventionsmodell (MIIM; siehe Fydrich in diesem Heft) geht diese Art der Intervention und Gesprächsführung davon aus, dass es für Personen mit paranoiden Erlebens- und Denkweisen sehr bedeutsam ist, die Kontrolle über die Interaktionen mit anderen nicht zu verlieren. Dadurch werden Befürchtungen, von anderen verletzt oder benachteiligt zu werden, verringert. Dies gilt ebenso für die therapeutische Arbeitsbeziehung. Hieraus resultiert als notwendige und hilfreiche therapeutische Haltung, den Patienten eine entsprechend umfangreiche Kontrolle anzubieten bzw. sogar zu „verschreiben“.

Im Falle von Herrn Ivento wurde das Kontrollbedürfnis besonders an der Art und Weise deutlich, wie er dem Therapeuten von der Installation des Abhörgerätes für die Telefongespräche seiner Familienmitglieder berichtete. Er schilderte dies in vollkommen ich-syntoner Form, d.h. gänzlich ohne Distanz, was verdeutlicht, dass er diese Maßnahme im Sinne eines Schutzes für die eigene Person absolut als angemessen und notwendig ansah.

Den Zweifeln an der Loyalität des Therapeuten sowie an seiner Kompetenz begegnete der Therapeut mit der folgenden Haltung:

„Auf Grund der Erfahrungen, die Sie bisher in Ihrem Leben und vor allem in jüngster Zeit gemacht haben einerseits, andererseits aber auch wegen der finanziellen Schwierigkeiten, in denen Sie stecken, ist es verständlicherweise sehr wichtig, dass Sie besonders auf meine Person, meine Kompetenz und auch meine Vertrauenswürdigkeit achten. In diesem Zusammenhang kann ich gut verstehen, dass Sie mehr Sicherheit brauchen, als ich Ihnen in dieser kurzen Zeit, in der wir uns jetzt kennen, geben kann. Die verbalen Versicherungen meinerseits können für Sie nur ein Anhaltspunkt sein. Ob ich mich tatsächlich danach richte und daran halte, können Sie erst nach einiger Zeit wissen. Das heißt, die Sicherheit, die Sie benötigen, braucht Zeit. Dies wiederum widerspricht der Notwendigkeit einer schnellen und effektiven Behandlung Ihrer Brückenproblematik. Zeit geben ist für uns beide etwas, was wir uns unter den gegebenen Bedingungen schlecht leisten können.“

Nach fünf Sitzungen sagte Herr Ivento den folgenden Termin ab und meldete sich erst nach etwa drei Monaten erneut in

der Praxis. Er wollte explizit wieder einen Termin mit demselben Therapeuten vereinbaren. Die darauffolgende sechste Sitzung war durch sehr umfangreiche und exzessive Klagen über einen anderen Therapeuten gefüllt, den er in der Zwischenzeit einige Male aufgesucht hatte. Die Klagen bezogen sich auf dessen Versprechungen, schnell mit ihm an der Brückenproblematik zu arbeiten. Er habe jedoch nach einigen Sitzungen bemerkt, dass dieser „keine Ahnung von Phobie-Behandlung“ gehabt habe. Mit der Begründung, Wichtiges über seine Lebensgeschichte erfahren zu müssen, um mit ihm an der Phobie zu arbeiten, habe er nahezu die gesamte Zeit über sein Elternhaus, seine Schulzeit und die Zeit seiner ersten Berufsjahre sowie auch sehr detailliert über seine Ehejahre und die Streitigkeiten in den letzten Jahren berichten müssen. Außerdem habe er sich von dem Therapeuten angegriffen gefühlt, als dieser einige Male die Perspektive seiner Ehefrau und seiner Söhne eingenommen habe. Das Thema „Brückenphobie“ sei von dem anderen Therapeuten immer wieder abgeschnitten worden. Herr Ivento äußerte sich sehr negativ und verärgert über den anderen Therapeuten. Er klagte ausführlich über die „völlig nutzlos“ investierten Honorarkosten und sprach darüber, ob er die Honorarforderungen des anderen Therapeuten über seinen Anwalt anfechten solle.

Die in diesem Zeitraum des Kontaktes hinsichtlich der Skepsis und Distanz realisierte Haltung des Therapeuten nahm erneut Bezug auf die von Ängstlichkeit und Vorsicht geprägten Haltungen und Persönlichkeitszüge von Herrn Ivento. Dabei wurden wieder seine zentralen Motive, nämlich die Kontrolle zu behalten, möglichst wenig Persönliches zu berichten und zielgerichtet in der Therapie die Phobie anzugehen, aufgegriffen, und teilweise sogar „verschrieben“:

„Jetzt sind Sie wieder zu uns zur Behandlung gekommen. Ich möchte allerdings, dass Sie in jeder Phase unseres Kontakts darauf achten, wie weit Sie mir vertrauen können, und möchte daher auch, dass Sie bei allen Themen, die wir bearbeiten darauf achten, wie viel Sie mir berichten können und was Sie mir noch nicht sagen können. Dies bezieht sich auch auf alle Fragen, die ich Ihnen stelle. Ich schlage vor, dass wir am Ende jeder Sitzung kurz darüber sprechen, ob die Sitzung für Sie in Ordnung war und ob wir mit unserer Arbeit Ihrer Meinung nach dem Ziel, die Angst loszuwerden, näher gekommen sind. Ich werde von meiner Seite aus alle aus meiner Sicht notwendigen therapeutischen Schritte so gut es geht erläutern, und ich möchte, dass Sie mit großer Wachsamkeit darauf achten, dass wir nicht auf falsche Gleise kommen.“

Diese Sequenz verdeutlicht die besonders hohe Bedeutung, die der Transparenz nach diesem Interventionsmodell - besonders bei Patienten mit paranoiden Einstellungen - zugemessen wird. Hierzu gehört, dass im weiteren Verlauf die Therapieplanung und das Therapieangebot im Sinne der fortlaufenden Klärung des therapeutischen Auftrags und der Festigung des Arbeitsbündnisses mit Herrn Ivento immer wieder besprochen und reflektiert wurden. Das schon in der ersten Phase der Therapie gezeigte inkonsistente Verhalten mit einem sehr geringen Maß an Compliance, häufig verspätetem

Kommen, Absagen von Terminen und dem sprunghaften Wechsel zwischen verschiedenen Problembereichen setzte Herr Ivento über insgesamt etwa acht Sitzungen in einem Zeitraum von vier Monaten fort.

In der zehnten Sitzung kam Herr Ivento mit einem neuen Problembereich und äußerte sich gleich zu Beginn der Sitzung voller Wut und Ärger über seine Kollegen am Arbeitsplatz. Er schilderte, wie sein - vom Alter her deutlich jüngerer Vorgesetzter - ihn „herumscheuchen“ würde und ihm Arbeiten zuteile, die weit unter seiner Qualifikation lägen. Er fühle sich gänzlich unterfordert und empfinde dies als eine „absolute Schikane“. Zusätzlich habe er immer deutlichere Hinweise, dass sich das Kollegium gegen ihn verschworen habe und ihn noch während seiner Probezeit wieder loswerden wolle. Dies zeige sich deutlich daran, dass Kolleginnen und Kollegen sofort schwiegen, wenn sie zusammenstünden und er in den Raum käme. Auch habe er den Eindruck, dass in seiner Abwesenheit andere seinen Schreibtisch inspizierten und in seinen Sachen „herumschnüffelten“.

Ähnliches habe er auch in der Zeit nach der Trennung von seiner Frau wiederholt in alltäglichen Situationen erlebt. So sei es ihm am letzten Wochenende passiert, dass er in einem Laden war, um eine Flasche Wein einzukaufen. Der Verkäufer habe gerade einen anderen Kunden betreut. Als er sich verschiedene Weine im Regal angesehen und den beiden den Rücken zugekehrt habe, hätten sie getuschelt, und er habe so etwas wie „Das ist doch der Verrückte, den seine Frau verlassen hat“ gehört. Er habe dann noch kurz gezögert, ob er den Wein kaufen solle, habe dann aber auch noch gesehen, wie der Verkäufer ihn sehr flüchtig, aber ablehnend angeschaut habe. Darauf hin habe er schnell den Laden verlassen, ohne Wein zu kaufen.

Der therapeutische Dialog war daraufhin etwa folgender:

Therapeut: Dies war ja tatsächlich eine sehr unangenehme Situation. Einfach so nebenbei zu hören, dass man als Verrückter bezeichnet wird und zusätzlich sehr persönliche Dinge von Fremden im eigenen Beisein besprochen werden! Dies ist ja eine sehr verletzende Art, mit anderen umzugehen, zumal noch mit Kunden! Haben Sie eine Idee, welches Interesse der Verkäufer und sein Kunde haben könnten, Ihnen weh zu tun und Sie so zu verletzen?

Patient: Nein, keine Ahnung. Den Kunden kannte ich auch nicht. Aber wie es so ist - Sie kennen das ja - die Menschen freuen sich am Leid und an den Problemen anderer. Es ist vielleicht reine Schadenfreude - und das passiert mir sehr häufig.

Therapeut: Ich glaube, es ist wichtig, dass wir uns diese Situation noch etwas genauer ansehen, denn Sie erleben solches ja wirklich sehr häufig. Vielleicht gibt es eine Möglichkeit, dagegen etwas zu tun. Können Sie sich genauer erinnern, wie der Wortlaut dessen war, was die beiden über Sie gesagt haben?

Patient: Nein, den Wortlaut weiß ich nicht mehr, aber ich bin mir sicher, dass es etwas Negatives war.

Therapeut: O.K., lassen wir das für diesen Moment mal dabei.

Für zukünftige Situationen scheint es mir aber wichtig, dass Sie Ihre Antennen weit ausfahren, um solche Verletzungen genau mitzubekommen. Wahrscheinlich haben Sie sich nach dem Besuch vorgenommen, nicht mehr diesen Laden zu betreten, ist das richtig?

Patient: Ja sicherlich.

Therapeut: Das ist ja auch wirklich logisch und sinnvoll. Mit Leuten, die schlecht über einen reden, will man keine Geschäfte machen. Da diese Situation aber sehr beispielhaft dafür ist, was Sie - vor allem in letzter Zeit - oft erleben müssen, will ich Ihnen eine therapeutische Aufgabe vorschlagen. Ich möchte, dass Sie in den nächsten Tagen erneut in das Geschäft gehen und genau aufpassen, ob und ggf. in welcher Weise so etwas noch einmal passiert. Dabei möchte ich, dass Sie besonders aufmerksam und wachsam sind, was die anderen tun oder sagen und wie sie es sagen. Am besten ist es, wenn Sie so genau hinhören, als wären Sie ein Mikrofon mit einem Tonbandgerät. Wir haben gute Erfahrungen damit gemacht, dass sich Patientinnen und Patienten die Ergebnisse solcher Beobachtungen nach den entsprechenden Begegnungen genau notieren.

Hierzu legte der Therapeut Herrn Ivento eine einfache Rating-skala vor, die die zentralen Beobachtungen und Befürchtungen des Patienten beinhaltete:

- Situation: (bitte notieren)
- Wie stark fühlten Sie sich (argwöhnisch) beobachtet (0 = „überhaupt nicht“ bis 10 = „sehr stark“)
- Haben die Leute (negativ) über Sie gesprochen (0 = „nein, überhaupt nicht“ bis 10 = „ja, ganz sicher“)
- Haben andere (durch Mimik oder Gestik) sich Ihnen gegenüber ablehnend verhalten (0 = „nein, überhaupt nicht“ bis 10 = „ja, sehr deutlich“)
- Was hat die Person / die Personen getan bzw. gesagt (bitte notieren)

Die therapeutische Beobachtungsaufgabe wurde in der selben Sitzung auch auf den beruflichen Bereich erweitert.

Kommentar: Diese Form der Intervention hat zwei Ziele. Zum einen wird die paranoide Haltung zunächst als gegeben akzeptiert und durch diese Form der Beobachtungsaufgabe „validiert“, was bedeutet, dass die skeptische Haltung des Patienten bestätigt wird. Die Intervention ist kongruent mit dem System des Erlebens und Handelns des Patienten und mit seiner paranoiden Haltung. Die Beobachtungsaufgabe beinhaltet weiterhin, dass die vom Patienten regelmäßig, aber nicht systematisch eingesetzten (Schutz-)Handlungen nun im Rahmen der therapeutischen Beobachtungsaufgabe gezielt eingesetzt werden. Hierdurch wird erreicht, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Variation der Wahrnehmung, negativ oder gar bösartig beobachtet zu werden, dokumentiert wird. Es wird dadurch für den Patienten möglich, Kontingenzen der (paranoiden) Wahrnehmung zu erkennen oder -anders formuliert - die Abhängigkeit paranoider Wahrnehmungen und Interpretationen von situativen Bedingungen einerseits und eigenen Stimmungen oder Befindlichkeiten andererseits festzustellen. Hierdurch ergibt sich „wie von selbst“ eine Relativierung sei-

ner für die Interaktion mit anderen ungünstigen Haltung und Handlungen.

In den folgenden Sitzungen wurde diese Aufgabe beibehalten und jeweils die Ergebnisse der Beobachtungsaufzeichnungen besprochen. Erwartungsgemäß wurde deutlich, dass der Grad, in dem sich Herr Ivento von anderen beobachtet und negativ beurteilt oder hintergangen fühlte, in Abhängigkeit von eigenen Stimmungen und in Abhängigkeit von äußeren Bedingungen deutlich variierte. Beispielsweise änderte sich sein Eindruck darüber, wie er sich von einer jüngeren Kollegin negativ und argwöhnisch beobachtet fühlte, sehr deutlich zwischen 95% an einem Tag bis zu 15% an einem anderen - und dies, ohne dass Herr Ivento dies auf konkrete Verhaltensweisen der Kollegin zurückführen konnte. Die Beobachtungsaufgabe half, die „Relativität“ der von ihm selbst so erlebten Feindseligkeit der Mitmenschen erlebnisnah zu demonstrieren. Interessant war, dass die Inhalte der Beobachtungsaufgabe zunehmend weniger wichtig für ihn waren und er mehr und mehr auf „normale“ bzw. alltägliche Interaktionen - auch solche mit neutralem oder gar positivem Inhalt - achten konnte. Am stärksten wurde dies deutlich, als er in einer späteren Therapiestunde davon berichtete, dass ihn die oben erwähnte Kollegin beim Grüßen freundlich angelächelt hätte. Diese Beobachtung ist besonders bemerkenswert, weil Herr Ivento mit seiner argwöhnischen und eher feindseligen Haltung anderen gegenüber kaum in der Lage zu sein schien, bei anderen neutrale oder gar positive Motive wahrzunehmen.

Bei der Behandlung der Brückenphobie war Herr Ivento zunehmend bereit, sich zunächst auf kleinere Konfrontationsübungen einzulassen. Diese hatten einerseits zum Ziel, ihn bei vorbereitenden Übungen (hohe Außentreppe am Therapiegebäude, kleinere Bahnbrücke in der Nähe der Praxis) mit dem Vorgehen der verhaltensorientierten Intervention vertraut zu machen. Denn aus seiner Sicht ist und bleibt es notwendig, die Kontrolle über den Therapieprozess zu behalten, den Therapeuten konstant hinsichtlich seiner „Professionalität“ und seiner Ehrlichkeit zu „prüfen“, um dadurch zunehmend Sicherheit und damit auch Vertrauen in den vorgeschlagenen therapeutischen Weg der Konfrontationsbehandlung zu gewinnen.

Nach vier weiteren Therapiestunden war es dann möglich, mit Herrn Ivento die notwendigen Verhaltensübungen (mehrfaches Überqueren der beiden größeren Delaware-Brücken) durchzuführen und ihm entsprechende therapeutische Aufgaben zu übertragen. Die Konfrontationsbehandlung der Brückenphobie war sehr erfolgreich. Nach weiteren vier Wochen war es Herrn Ivento möglich, regelmäßig die vorher gefürchtete Brücke zu überfahren. Die Therapiefrequenz konnte nach der 25. Sitzung deutlich erniedrigt werden; die Therapie wurde dann mit der 30. Sitzung abgeschlossen.

In der Interaktion zwischen Therapeut und Patient war bemerkenswert, dass sich die starke Skepsis und die Verslossenheit zu Beginn der Behandlung vor allem im Verlauf der Konfrontationsübungen deutlich veränderten. Herr Ivento

wirkte weniger verschlossen und aggressiv. Seine Haltung dem Therapeuten gegenüber war zunehmend durch vertrauensvolle Offenheit sowie dadurch gekennzeichnet, dass er - fast in submissiver Weise - beim Therapeuten Rat und Unterstützung auch für andere Lebensbereiche suchte. So kam als neuer Problembereich in den letzten Sitzungen hinzu, dass er im Gespräch Unterstützung bei der Trennung von einer Freundin suchte, die ihn vor längerer Zeit verlassen hatte. In diesem Zusammenhang sprach er auch über eigene sexuelle Probleme in seinen Beziehungen.

Bei einem Besuch in Philadelphia - drei Jahre nach Abschluss der Behandlung - hatte ich Gelegenheit, Herrn Ivento zu einem katamnestischen Gespräch zu sehen. Er berichtete, dass er in geringem Maße wiederholt mit Ängsten zu tun gehabt habe. Diese seien jedoch nie mehr so stark gewesen, dass er Brücken vermieden hätte. An seinem Arbeitsplatz hatte er sich mittlerweile eine Stellung erarbeitet, mit der er zufrieden war. Er berichtete vor allem, dass es ihm seit der Therapie gelungen sei, eine ganze Reihe von persönlichen Querelen - sowohl am Arbeitsplatz als auch im privaten Bereich - zur Seite zu legen, und dass er insgesamt besser mit den Mitmenschen auskäme. Die Streitigkeiten mit seiner Frau hatte er ebenfalls beendet - er lebte sogar wieder mit ihr zusammen und schilderte die Beziehung zwar nicht als konfliktfrei, aber insgesamt als für beide zufriedenstellend.

Zusammenfassung der wichtigsten therapeutischen Schritte bei der Behandlung von Personen mit ausgeprägten paranoiden Haltungen und Verhaltensweisen:

Beim **Aufbau der therapeutischen Arbeitsbeziehung** stehen - neben der Klärung des therapeutischen Auftrags, der Exploration der Indexproblematik und der Lebensgeschichte - in besonderer Weise die Motivstruktur des Patienten, seine Sichtweise und die Art, zwischenmenschliche Interaktionen zu gestalten, im Vordergrund. Hierbei ist bei Personen mit paranoiden Haltungen bedeutsam, dass das hohe Maß an Kontrollbedürfnis bei gleichzeitig hohem Maß an Vorsicht und Skepsis anderen gegenüber „gewürdigt“ wird. Ebenso wie beim Kontakt zu anderen Menschen ist der Therapeut aus der Sicht einer Person mit paranoiden Schemata zunächst jemand, der möglicherweise böswillig oder zumindest in inkompetenter Weise mit ihm arbeitet. Es ist günstig, von therapeutischer Seite diese Haltung zu erwarten, und es ist dabei wichtig, entsprechende Handlungen oder Äußerungen seitens des Patienten nicht als feindselig und auf die Person des Therapeuten gerichtet zu betrachten. Zur Professionalität des therapeutischen Handelns gehört hier, eventuelles Schweigen, Angriffe oder vage Beschreibungen, aber auch das Nichteingehen auf Themenbereiche nicht als aggressiven oder passiven „Widerstand“ zu sehen, sondern als eine - aus der Lebensgeschichte des Patienten verstehbare, für die betroffene Person sogar notwendige - Maßnahme zu verstehen, die aus der Sicht des Patienten die interpersonelle Copingstrategie darstellt, welche ihm hinreichend Schutz vor Benachteiligung und Verletzung bietet.

Die Akzeptanz oder besser sogar die Antizipation solcher Motive und Verhaltensweisen ist am ehesten dazu geeignet, Vertrauen und eine therapeutische Arbeitsbeziehung aufzubauen.

Dies wird beispielsweise erleichtert durch

„**Verschreibung**“ von *Skepsis und Misstrauen*: „Ich möchte, dass Sie in allen Phasen der Therapie sehr genau darauf achten, dass ich nichts mit Ihnen tue, was Sie nicht verstehen und womit Sie nicht einverstanden sind. Bitte achten Sie selbst darauf, ob oder wie viel Vertrauen Sie zu mir haben können und wo Ihre Grenzen sind. Die Tatsache allein, dass ich ein Therapeut bin und eine entsprechende Ausbildung gemacht habe, heißt noch lange nicht, dass man mir unbedingt trauen kann. Daher ist es wichtig, dass Sie sich so viel Zeit wie nötig nehmen, um genau zu prüfen, ob oder wieweit ich vertrauenswürdig bin oder ob und wie wir zusammen arbeiten können. Es ist daher auch notwendig, dass Sie genau abwägen, was oder wie genau Sie über Dinge sprechen wollen oder können, die sehr persönlich oder intim sind. Es gibt viele Möglichkeiten, Sachverhalte nur anzudeuten, ohne dabei auf Details einzugehen, die vielleicht später gegen Sie verwendet werden könnten.“

Gänzlich ungeeignet sind dagegen alle offenen Versuche, um Vertrauen zu werben oder dieses gar einzufordern. Solche therapeutischen Verhaltensweisen werden von paranoiden Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit als Täuschungsversuch empfunden und damit Distanz und Misstrauen fördern.

Transparenz. „Ich werde Ihnen - soweit ich dies kann - die einzelnen Schritte des Vorgehens während der Behandlung möglichst genau erklären. Dies betrifft auch die Inhalte unserer Gespräche sowie die Art und Weise, wie ich mit Ihnen spreche. Bitte lassen Sie mich wissen, wenn Sie diese Punkte nicht nachvollziehen können.“

Fokus auf Auftrag der Patienten. Der Fokus der Behandlung soll auf die gemeinsam festgelegten Therapieziele ausgerichtet sein. In dem hier dargestellten Fallbeispiel war dies im größten Teil der Therapie die Behandlung der Brückenphobie. Es besteht keinerlei Auftrag, die paranoiden Sichtweisen zu behandeln oder „skurril“ erscheinende Verhaltensweisen zu ändern. Es ist von großer therapeutischer Bedeutung, solche Motive in der Therapeut-Klient-Beziehung und ihre mögliche Interdependenz mit den „Indexproblemen“ zu berücksichtigen. Dies bedeutet jedoch keinesfalls, dass diese Persönlichkeitsmerkmale als bloße Defizite oder Störungen verstanden werden und verändert werden müssen. Hierbei kann es bei Personen mit paranoiden Haltungen besonders hilfreich sein, mit kleineren Interventionsschritten zu beginnen, die einerseits nahe am vereinbarten Thema der Therapie liegen, dabei aber zunächst wenig an Selbstöffnung verlangen (vgl. Pretzer, 1996, S. 163).

Abschließender Kommentar:

Das von Herrn Ivento präsentierte Therapiemotiv lag keinesfalls im Bereich seiner paranoiden Verhaltensweisen, sondern war vielmehr durch eine sehr konkrete Einschränkung, näm-

lich die Brückenphobie, bestimmt. Die therapeutische Strategie nach dem motivzentrierten Indikations- und Interventionsmodell umfasst, dass die paranoide Haltung oder die entsprechenden Verhaltensweisen (vordergründig) nicht Fokus der Psychotherapie sind. Im Kontext der therapeutischen Beziehung hingegen ist es notwendig, dass Klienten wie auch immer mit Skeptizismus deutlich durchsetztes ein Vertrauen zum Therapeuten aufbauen. Dieses Vertrauen würde durch eine therapeutische Haltung oder Veränderungsintention, die auf die Reduktion der paranoiden Haltungen gerichtet ist, untergraben: Betroffene müssen sich einer solchen Intention widersetzen (vgl. Fiedler, 2000, S. 232 ff.).

Eine vertrauensvolle Beziehung kann nur dann aufgebaut werden, wenn von therapeutischer Seite Professionalität hinsichtlich der Indexproblematik vorhanden ist und angeboten wird. Professionalität ist gleichsam notwendig, um jenseits der präsentierten Hauptproblematik die Interaktionsmotive zu erkennen und damit umzugehen. Eine Person mit einer paranoiden, skeptisch-vorsichtigen Haltung wird in Hinblick auf die vom Therapeuten angebotenen Schritte zur Veränderung der präsentierten Beschwerden immer bedacht sein, dabei nicht „hintergangen“ zu werden. Dies muss in der therapeutischen Interaktion permanent berücksichtigt werden.

Die beste Chance, trotz dieser schwierigen Vorbedingungen eine arbeitsfähige, vielleicht auch zunehmend vertrauensvolle Beziehung in der therapeutischen Interaktion zu ermöglichen, liegt darin, die ängstlich-vorsichtigen Motive von Patienten zu antizipieren und den Fokus der Behandlung ganz auf die vom Patienten gewünschten Zielvorgaben zu beschränken. Dies macht deutlich, dass eine problem- bzw. störungsorientierte Fachkenntnis eine absolute Notwendigkeit ist. Über diese Kenntnisse einerseits und über die Kenntnis über angemessene Interventionsstrategien andererseits ist es möglich, ein inhaltliches Angebot zu machen, wodurch dann auch sukzessive Vertrauen aufgebaut werden kann.

Literatur

- Beck AT, Freeman A, Associates: Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. (4. Aufl.) Weinheim, Psychologie Verlags Union, 1999
- Benjamin LS: Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders. New York, Guilford, 1993
- Bronisch T, Hiller W, Zaudig M, Mombour W: IDCL-P Internationale Diagnose-Checklisten für Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV. Bern, Huber, 1995
- Costa PT, McCrae RR: Personality disorders and the five-factor model of personality. J Pers Disord 1990;4:362-371.
- Costa PT, Widiger TA: Personality disorders and the five-factor model of personality. Washington, American Psychological Association, 1994
- Dilling H, Freyberger HJ (Hrsg.): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (mit Glossar und diagnostischen Kriterien). Bern, Huber, 1999
- Fiedler P: Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen, Hogrefe, 2000
- Fiedler P: Persönlichkeitsstörungen (4. Aufl.). Weinheim, Psychologie Verlags Union, 1998

- Fydrich, T: Beck Inventar zu kognitiven Schemata (B-IKS). In Brähler E, Schumacher J, Stauß B (eds.), Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Göttingen, Hogrefe, 2001
- Fydrich T, Schmitz B, Hennch C, Bodem M: Zuverlässigkeit und Gültigkeit diagnostischer Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen. In Schmitz B, Fydrich T, Limbacher K (Hrsg.): Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie. Weinheim, Psychologie Verlags Union, 1996, 91-113
- Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B, Wittchen HU: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II (Persönlichkeitsstörungen). Göttingen, Hogrefe, 1997
- Kuhl J, Kazén M: Persönlichkeits-, Stil- und Störungsinventar (PSSI). Göttingen, Hogrefe, 1997
- Millon T: Disorders of personality: DSM-IV and beyond. New York, Wiley, 1996
- Mombour W, Zaudig M, Berger P, Gutierrez K, Berner W, Berger K, Cranach M v, Gighlhuber O, Bose M v: International Personality Disorder Examination (IPDE), ICD-10-Modul von A.W. Loranger. Bern, Hans Huber, 1996
- Pretzer J: Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. In Schmitz B, Fydrich T, Limbacher K (Hrsg.): Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie. Weinheim, Psychologie Verlags Union, 1996, 149-178
- Saß H, Houben I, Herpertz S, Steinmeyer EM: Kategorialer versus dimensionaler Ansatz in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In: Schmitz B, Fydrich T, Limbacher K (Hrsg.): Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie. Weinheim, Psychologie Verlags Union, 1996a, 42-55
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV). Göttingen, Hogrefe, 1996b
- Widiger TA, Frances AJ: Toward a dimensional model for the personality disorders. In: Costa PT, Widiger TA (eds.): Personality disorders and the five-factor model of personality. Washington, American Psychological Association, 1994, 19-39

Priv-Doz. Dr. Thomas Fydrich
Psychologisches Institut der Universität
Hauptstr. 47-51
D-69117 Heidelberg
fydrich@psychologie.uni-heidelberg.de