

Redaktion

J. Freyberger, Stralsund/Greifswald
 B. Strauß, Jena

Marc Walter¹ · Gerhard Dammann²

¹ Erwachsenen-Psychiatrische Klinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel, Schweiz

² Psychiatrische Klinik, Münsterlingen

Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen

Übersicht aus neurobiologischer und psychodynamischer Perspektive

Bei Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen werden klinisch häufig auch Persönlichkeitsstörungen festgestellt. Um zu einem besseren Verständnis der Zusammenhänge zwischen Abhängigkeitsproblematik und Persönlichkeitsstörung beizutragen, werden in der vorliegenden Übersicht zunächst klinische und neurobiologische Befunde herangezogen, die anschließend durch psychodynamische Überlegungen ergänzt werden. Dabei soll nicht auf die Besonderheiten einzelner Substanzen eingegangen, sondern insbesondere ihre Gemeinsamkeiten betont werden. Ziel ist es, ein nach Schweregrad gestuftes Vorgehen für die psychotherapeutische Behandlung abhängigkeitserkrankter Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung zu entwerfen.

Abhängigkeitserkrankungen

Die akute Intoxikation (oder der Rauschzustand) bezeichnet eine nach Substanzeinnahme auftretende körperliche oder psychische Störung, die mit psychotischen Begleiterscheinungen und somatischen Symptomen verbunden sein kann, aber in der Regel reversibel ist. Der schädliche Gebrauch einer psychotropen Substanz wird diagnostiziert, wenn durch den Substanzkonsum eine Schädigung der

psychischen und physischen Gesundheit eingetreten ist (Dilling et al. 1991). Die Abhängigkeitserkrankung im engeren Sinn ist eine chronisch-rezidivierende Störung, die durch eine zwanghafte Suche nach der psychotropen Substanz und deren Konsum trotz negativer Konsequenzen charakterisiert ist. Der langjährige Einfluss psychotroper Substanzen führt neurobiologischen Studienergebnissen zufolge zu dauerhaften strukturellen Veränderungen neuronaler Strukturen (Koob u. LeMoal 2006).

Der Substanzkonsum geht auf die Annahme oder Erfahrung zurück, dass die Substanzeinnahme mit angenehmen Effekten verbunden ist. Wie kommt es zu diesen Effekten? Trotz Unterschieden in den pharmakologischen Eigenschaften geht der Konsum psychotroper Substanzen (einschließlich Alkohol) immer mit Veränderungen in der dopaminergen Aktivität des Gehirns einher. Die mesolimbisch-mesokortikalen Dopaminbahnen umfassen Projektionen von der ventralen tegmentalen Area zu limbischen Strukturen (Amygdala, ventrales Pallidum, Hippocampus und Nucleus accumbens) sowie kortikalen Strukturen (präfrontaler, orbitofrontaler und zingulärer Kortex; Koob u. Volkow 2010).

Positive Effekte des Substanzkonsums sind mit einem schnellen Dopaminanstieg in diesen Hirnarealen verbunden.

Der Substanzkonsum hat im Stadium des einfachen Rauschzustands zunächst eine positive Wirkung. Durch Absinken der Dopaminkonzentration braucht es eine wiederholte Zufuhr der Substanz. Tatsächlich werden durch die Abnahme der Transmittersensitivität des entsprechenden Rezeptors immer größere Mengen der Substanz benötigt, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Zusätzlich kommt es zu einer verminderten Ansprechbarkeit auf natürliche Verstärker der Dopaminfreisetzung, sodass ein positiver Zustand insbesondere durch die wiederholte Substanzeinnahme erreicht werden kann (Koob u. LeMoal 2006).

Die chronische Abhängigkeit mit dauerhafter Substanzeinnahme ist später mit einer reduzierten dopaminergen Aktivität verbunden. Diese Reduktion der dopaminergen Aktivität ist Studienergebnissen zufolge mit einer Dysfunktion präfrontaler Hirnregionen und der dysphorischen Grundstimmung assoziiert (Volkow et al. 2003).

Pathologische Veränderungen neuronaler Strukturen bilden insgesamt die Voraussetzung für die Entwicklung vom impulsiven zum compulsiven Substanzkonsum mit rezidivierender Rückfälligkeit (Koob u. LeMoal 2006). Es konnte gezeigt werden, dass Dauer sowie Schwere der Abhängigkeitserkrankung mit strukturellen und funktionellen Defiziten in

präfrontalen Hirnarealen assoziiert sind (Yuan et al. 2010).

Persönlichkeitsstörungen

Eine Persönlichkeitsstörung liegt vor, wenn bei einer Person bestimmte Verhaltens-, Gefühls- und Denkmuster vorhanden sind, die deutlich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweichen. Die charakteristischen Persönlichkeitszüge einer spezifischen Persönlichkeitsstörung sind überdauernd vorhanden, unflexibel sowie wenig angepasst und führen zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen Funktionsbereichen (Dilling et al. 1991).

Durch den Zusammenhang mit Suizidalität, Kriminalität, Abhängigkeitsproblemen und intensiven psychiatrischen Behandlungen nehmen die antisoziale Persönlichkeitsstörung und die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Sonderstellung unter den Persönlichkeitsstörungen ein (Coid et al. 2006). Die antisoziale Persönlichkeitsstörung ist durch ein Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer, die Borderline-Persönlichkeitsstörung durch ein Muster von interpersoneller und affektiver Instabilität und Impulsivität gekennzeichnet (Dilling et al. 1991).

Neurobiologischen Befunden zufolge sind die psychopathische und antisoziale Persönlichkeitsstörung durch eine eingeschränkte emotionale Reagibilität (Herpertz et al. 2001) und eine strukturelle Volumenminderung im frontalen Kortex geprägt (Narayan et al. 2007). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist durch ein negatives Selbstbild (Dammann et al. 2011) und durch eine erhöhte emotionale Reagibilität gekennzeichnet (Gundersen 2011).

Die pathologische Struktur der Persönlichkeit kann aus psychodynamischer Perspektive in unterschiedliche Schweregrade eingeteilt werden. Kernberg (2006) unterscheidet eine neurotische Persönlichkeitsorganisation, die durch eine Regression auf infantile Modi der Selbstwertregulation charakterisiert ist und bei der das Ich-Ideal durch infantile Bestrebungen, Werte und Verbote kontrolliert wird, von einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation bzw. einer schweren Persönlichkeitsstö-

rung. Diese ist insbesondere durch Identitätsdiffusion und primitive Abwehrformen wie Spaltung charakterisiert (Kernberg 1985). Die Einschätzung der Persönlichkeitsstruktur ist auch für die Diagnostik der Abhängigkeitserkrankungen betont worden und ist für ihre Behandlung von Bedeutung (Bilitza 2008).

Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen

Bei Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen im engeren Sinn werden neben komorbiden affektiven Störungen (Boden u. Fergusson 2011) häufig komorbide Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert. Die Prävalenzraten schwanken zwischen 30 und 70% in klinischen Stichproben mit abhängigkeitserkrankten Patienten (Verheul 2001).

Bei Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen sind die Borderline-Persönlichkeitsstörung, die antisoziale Persönlichkeitsstörung und nach einer aktuellen Studie auch die schizotype Persönlichkeitsstörung besonders häufig anzutreffen (Hasin et al. 2011). Das Risiko bei bestehender Persönlichkeitsstörung, auch eine komorbide Abhängigkeitserkrankung zu haben, ist um den Faktor 12 erhöht (Trull et al. 2010). Auf der anderen Seite konnte bei Patienten mit komorbider Persönlichkeitsstörung ein schwerer Verlauf der Abhängigkeitserkrankung festgestellt werden (Cohen et al. 2007). Für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ist das Risiko, im weiteren Verlauf eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln, als besonders hoch einzuschätzen (Walter et al. 2009).

Die Hypothesen für die häufig anzutreffende Komorbidität zwischen Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen sind vielfältig und reichen von gemeinsamen biologischen Vulnerabilitätsfaktoren wie etwa einer Impulskontrollstörung über eine sekundäre Abhängigkeitserkrankung bei primärer Persönlichkeitsstörung und passageren Abhängigkeitsproblemen in krisenhaften Zuständen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen bis hin zu der Vermutung, dass auch Folgen einer Abhängigkeitserkrankung wie etwa wiederholte Traumatisierungen zu Persönlichkeitsveränderun-

gen führen, die mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung einhergehen können (Moggi 2007). Allerdings gibt es derzeit noch keine ausreichende empirische Datenlage, die die Wechselwirkungen und die überschneidenden ätiologischen Aspekte bei Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen erklären könnte.

Psychodynamik

Abhängigkeitsproblematik

Aus psychodynamischer Perspektive scheint zu Beginn des Substanzkonsums die Selbstmedikation zur Stressminderung oder Belohnung im Vordergrund zu stehen (Walter et al. 2005).

Während normalerweise – kulturell und sozial eingebettet – der Konsum von psychotropen Substanzen die Funktionen von Entspannung, aber auch Rausch und Enthemmung vermittelt, kommen dem Konsum bei Personen mit neurotischen Konflikten zusätzliche Funktionen zu.

Patienten mit neurotischer Persönlichkeitsorganisation verwenden psychotrope Substanzen vorrangig zur Entlastung des Drucks auf das Ich-Ideal sowie zur Minderung ihrer Scham- und Schuldgefühle (Wurmser 1997). Zudem können krisenhafte Zustände, die sich durch unerträgliche Affekte wie Angst und Aggressionen und durch Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht äußern, durch den Substanzkonsum situativ behoben werden. Im Rauschzustand kommt es durch die Wirkung der Substanz zu einer Angleichung von Selbst und Ich-Ideal, sodass das Individuum eine psychische Entlastung erfahren kann und das Selbst als weniger bedroht erlebt wird. Die Substanzwirkung kann damit auch als eine Art generalisierter narzisstischer Abwehr verstanden werden.

Im Unterschied zu neurotischen Persönlichkeitsorganisationen werden bei schweren Persönlichkeitsstörungen mit fragmentierten Selbst- und Objektteilen Omnipotenzfantasien sowie unreife präodipale Wünsche und Sehnsüchte vermutlich schon im initialen Rauschzustand manifest. Aggressive und selbstdestruktive Affekte können ohne die Beziehung zu anderen erlebt werden und zum Aus-

druck kommen. Entwertungen gegenüber anderen und gegenüber der Gesellschaft als Ganzes führen im Rauschzustand zur Stabilisierung des Selbst und fördern die intensive Beziehung zur psychotropen Substanz. Die psychotrope Substanz wird aufgrund ihrer Wirkung zu einem idealisierten und destruktiven Objekt, das mit dem Selbst verschmelzen und das gleichzeitig gehasst und zerstört werden kann. Es stellt den Versuch dar, eine ideale Objektbeziehung aufzubauen, die alle Bedürfnisse befriedigt und mit der es ein Leben ohne Angst, Neid und interpersonelle Abhängigkeit gibt.

Abhängigkeitserkrankungen

Manifeste Abhängigkeitserkrankungen verlaufen sehr häufig chronisch, obwohl es auch vielen Patienten gelingt, zeitweise oder dauerhaft eine Abstinenz oder eine Reduktion des Konsums psychotroper Substanzen zu erreichen.

Während das Suchtverhalten ohne Abhängigkeitssyndrom häufig dem Prinzip der Selbstmedikation folgt, sind bei chronischen Abhängigkeitserkrankungen die neurobiologischen Veränderungen der Hirnfunktionen und -strukturen durch kontinuierliche sowie langjährige Einnahme psychotroper Substanzen der entscheidende pathogene Faktor.

Durch die Entwicklung zur Abhängigkeitserkrankung im engeren Sinn erhält die Beziehung zur idealisierten Substanz eine immer stärkere destruktive Färbung. Weitere psychosoziale Kennzeichen einer Abhängigkeitserkrankung wie sozialer Rückzug, aber auch Impulsivität, mangelnde Frustrationstoleranz, Unzuverlässigkeit in Beziehungen und antisoziale Lebensstile erschweren in diesem Krankheitsstadium häufig die valide Diagnostik einer spezifischen komorbiden Persönlichkeitsstörung, da sehr häufig eine Vielzahl diagnostischer Kriterien einzelner Persönlichkeitsstörungen erfüllt wird.

Die somatischen und sozialen Folgen der Abhängigkeitserkrankung verstärken in der Folge die pathologischen Persönlichkeitsmerkmale weiter, sodass sich die strukturellen Hirnveränderungen bei chronischen Abhängigkeitserkrankungen mit denen der pathologischen Persönlichkeitsmerkmale vermischen.

Psychotherapeut 2012 · 57:425–433 DOI 10.1007/s00278-012-0917-9
© Springer-Verlag 2012

Marc Walter · Gerhard Dammann

Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. Übersicht aus neurobiologischer und psychodynamischer Perspektive

Zusammenfassung

Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen treten klinisch häufig gemeinsam auf. In dieser Übersicht werden klinische und neurobiologische Befunde dargestellt, die durch psychodynamische Überlegungen ergänzt werden. Dies geschieht mit dem Ziel, ein Vorgehen für die psychotherapeutische Behandlung abhängigkeitserkrankter Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung zu entwickeln. Der Substanzkonsum beginnt häufig mit einer Form der Selbstmedikation. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen versuchen, durch den Substanzkonsum Affektüberflutungen zu vermeiden und ihren Selbstwert zu regulieren. Bei der chronischen Abhängigkeitserkrankung kommt es zu strukturellen Veränderungen im Gehirn.

Die klinischen Symptome der Abhängigkeitserkrankung erschweren dabei häufig die Diagnostik einer spezifischen Persönlichkeitsstörung. Die Behandlung erfolgt nach den Schweregraden der Abhängigkeitserkrankung und der Persönlichkeitsstörung. Bei einer Abhängigkeitserkrankung können suchtspezifische Therapiemethoden angewandt werden. Bei der Komorbidität aus Abhängigkeitserkrankung und schwerer Persönlichkeitsstörung werden störungsspezifische Psychotherapieverfahren mit Erfolg eingesetzt.

Schlüsselwörter

Antisoziale Persönlichkeitsstörung · Borderline-Persönlichkeitsstörung · Sucht · Komorbidität · Psychotherapie

Substance use disorders and personality disorders. Review from a neurobiological and psychodynamic perspective

Abstract

Substance use disorders and personality disorders often co-occur in clinical treatment. In this review the association between substance use disorders and personality disorders is described and discussed. Clinical and neurobiological data as well as psychodynamic concepts are included to focus on the therapeutic implications for patients with these comorbidities. The consumption of substances often begins as a kind of self-medication. Patients suffering from severe personality disorders need these substance effects to avoid severe destructive affects and to regulate their self-esteem. Patients with chronic substance dependence often show changes in brain structure. In the dependency stage of addiction clinical symptoms can

make the diagnosis of a specific personality disorder very difficult. The treatments can be classified by the severity of substance use disorders and personality disorders. Substance misuse can be treated with psychotherapy. In substance dependence, specific forms of addiction therapy should be included. In patients with the frequent comorbidity of substance use disorders and severe personality disorders, disorder-specific treatment can be used with good results.

Keywords

Antisocial personality disorder · Borderline personality disorder · Addiction · Comorbidity · Psychotherapy

Durch diesen chronischen Verlauf mit wiederholten Kränkungen und Frustrationen, auch durch die Substanzabhängigkeit, werden psychosoziale Abwärtsspiralen unter der Führung und Bewertung des Über-Ich und des Ich-Ideals verstehbar, die auch als „Teufelskreise“ bezeichnet werden (Wurmser 1997). Die Spannung zwischen Realitätsprüfung und Ich-Ideal führt zu einem weiteren Ausbau der narzisstischen Abwehr, damit das Selbstsystem stabili-

siert wird (Steiner 2006). In diesem Zusammenhang kann die Idealisierung der Substanz erneut mit einer Verleugnung von Trennung und Versagung sowie Verleugnung böser Objekte und schmerzhafter Erfahrungen verbunden sein.

Tab. 1 Psychotherapeutisches Vorgehen bei Abhängigkeitserkrankungen

Abhängigkeitserkrankungen		Schwergrad	Psychotherapie
Drogen	Alkohol		
Schädlicher Gebrauch von „weichen“ Drogen (z. B. Cannabismissbrauch)	Schädlicher Gebrauch von Alkohol	I	Psychotherapie im eigentlichen Sinn (evtl. zusätzlich suchtspezifische Psychotherapie)
Stimulanzienabhängigkeit (Kokainabhängigkeit und/oder Amphetaminabhängigkeit)	Alkoholabhängigkeit	II	Suchtspezifische Psychotherapie und Psychotherapie im eigentlichen Sinn
Polytoxikomanie: Mehrfachabhängigkeit (Heroin-, Kokain-, Sedativa-, Alkohol-, Cannabisabhängigkeit ...)	Alkoholabhängigkeit mit Folgeschäden	III	Zunächst ausschließlich suchtspezifische Psychotherapie (und Substitutionsbehandlung)

Psychotherapeutische Behandlungen

Abhängigkeitserkrankte Patienten

Die psychotherapeutische Behandlung kann sich an der Art und dem Krankheitsstadium der Abhängigkeitserkrankung und der Persönlichkeitsstruktur orientieren. Es gilt die Regel, bei der Alkoholabhängigkeit die Abstinenz anzustreben, während bei der Heroinabhängigkeit die Substitution mit Opioidagonisten die Therapie der Wahl sein kann (Strain u. Stitzer 2006). Entscheidend für die Wahl der psychotherapeutischen Behandlung ist zunächst die Schwere der Abhängigkeitserkrankung.

Die Behandlung eines schädlichen Gebrauchs von Alkohol, Benzodiazepinen oder Cannabis sollte, insbesondere wenn zusätzlich eine neurotische Persönlichkeitsorganisation vorliegt, durch eine Psychotherapie im engeren Sinn erfolgen. Zusätzlich können auch suchtspezifische Therapien eingesetzt werden. Suchtspezifische Therapien sind alle Psychotherapien, die speziell für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen entwickelt wurden. Beim schädlichen Gebrauch psychotroper Substanzen bleibt die Psychotherapie im engeren Sinn aber meistens die Hauptintervention. Kritisch bleibt anzumerken, dass die Übergänge zwischen kritischem und schädlichem Substanzgebrauch auch kulturell bedingt teilweise schwer zu ziehen sind.

Ist die pathologische Persönlichkeitsstruktur schwerer ausgeprägt und auf der Ebene der schweren Persönlichkeitsstörung (oder der Borderline-Persönlich-

keitsorganisation) einzuschätzen, zeigen störungsspezifische Psychotherapieverfahren eine sehr gute Wirksamkeit und sollten ergänzend zur Anwendung kommen (Dammann u. Janssen 2007). Es ist darauf hingewiesen worden, dass sich die pathologische Persönlichkeit allein durch die Behandlung der Abhängigkeitsproblematik nicht wesentlich verbessert (Gunderson 2010).

Ist die Abhängigkeitserkrankung schwerer ausgeprägt als bei einem schädlichen Gebrauch psychotroper Substanzen, wie bei der Kokainabhängigkeit oder der Polytoxikomanie (Mehrfachabhängigkeit), sollten in jedem Fall suchtspezifische Psychotherapieverfahren angewandt werden, da die Sucht eine zentrale Rolle im Leben der Patienten eingenommen hat. Das bedeutet auch, dass je nach Abhängigkeitserkrankung und Krankheitsphase, das suchtspezifische Vorgehen mehr in den Fokus der Behandlung rücken sollte (■ **Tab. 1**).

Stone (1990) konnte in seiner Langzeitkatamnese bei Borderline-Patienten zeigen, dass das Outcome bei Personen mit Abhängigkeitserkrankungen davon abhängt, ob sie eine suchtspezifische Behandlung erhielten oder nicht.

Besonders wichtig für die Behandlung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankung ist aus psychodynamischer Sicht die Analyse von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen. Typische Haltungen Suchtpatienten gegenüber, die als Gegenübertragungen verstanden werden können, sind extreme Strenge (getarnt als „Konsequenz“), das (korrumpierte) Tolerieren von Verhaltensauffälligkeiten oder Konsum, eine distanzlose Kumpelhaftig-

keit (die als „gute Beziehung“ verkannt wird) oder eine extreme Sachlichkeit und Neutralität im Umgang mit den Patienten, die der Distanzierung von (negativen) Gegenübertragungen dienen kann, statt diese zu verstehen und in der Behandlung aufzugreifen.

Suchtspezifische Therapien

Besonders zu Beginn der suchtspezifischen Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung und bei vorhandener Ambivalenz gegenüber dem Substanzkonsum hat sich die Technik der motivierenden Gesprächsführung als wirksam herausgestellt (Miller u. Rollnick 2002). Dieses therapeutische Verfahren eignet sich auch als Kurzintervention unter stationären Bedingungen. Ziele der Behandlung sind die Klärung von Ambivalenzen bezüglich des Substanzkonsums und die Schaffung von Bedingungen, die Eigenmotivation und Willen zur Veränderung in Richtung der Abstinenz oder des moderaten Konsums fördern. Dabei werden konfrontative Interventionen in empathischer Grundhaltung zunächst weitgehend vermieden, da diese eher dazu führen, dass eine Abwehrhaltung gegenüber dem Therapeuten eingenommen wird. Die motivierende Gesprächsführung eignet sich besonders gut dazu, zu Beginn der Therapie eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen. Auf diese Weise werden Suchtverlangen oder Rückfall, aber auch Gefühle, eher berichtet und können in der Therapie bearbeitet werden.

Gerade in der Entzugsbehandlung zeigen sich abhängigkeitserkrankte Patienten narzisstisch sehr vulnerabel (Scham- und Schuldgefühle, Kontrollverlust, Abhängigkeit von anderen Personen). Erlebte Kränkungen und Verletzungen werden in dieser Phase besonders häufig mit Substanzkonsum beantwortet. Der Therapeut sollte sich als gutes Objekt (im Sinne Winnicotts) zur Verfügung stellen. Aufdeckung und Konfrontationen bleiben aber wichtige therapeutische Techniken, insbesondere dann, wenn nach der Entzugsphase die neurotischen Konflikte wieder vermehrt auftauchen. Eine Gefahr besteht bei der suchtspezifischen Therapie darin, ausschließlich supportiv arbeiten zu wollen. Gerade die Patienten mit Persönlichkeits-

Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



störungen benötigen jedoch einen durch den Therapeuten gesetzten Therapierahmen und Grenzen, die bei Aufdeckung und konfrontativen Techniken nutzbringend in die Therapie eingebracht werden können (Kernberg 2006). Je nach Vulnerabilität und Krankheitsphase sollte die Arbeit mit aggressivem und destruktivem Material aber dosiert erfolgen, um den Patienten zunächst weiter in der Behandlung halten zu können. Dies ist bei Abhängigkeitserkrankten Patienten immer das entscheidende Behandlungsziel.

Weiterhin wird mit Erfolg die Rückfallprävention (Marlatt u. Gordon 1985) angewandt, insbesondere in Krankheitsphasen mit wechselnder Abstinenz und Rückfälligkeit. Ein Ziel dieser psychotherapeutischen Techniken ist es auch, Risikosituationen für ein Konsumereignis bzw. einen Rückfall zu identifizieren und ihnen mithilfe effektiver Bewältigungsfertigkeiten vorzubeugen. Die Veränderungen der individuellen Erwartungen an die positiven Effekte der Substanzwirkung sowie die Bedeutung des Konsums sollen dem Patienten helfen, in einer bedrohlichen Situation anders als gewohnt handeln zu können, d. h., einen bestimmten Gefühlszustand nicht mehr mit Substanzkonsum regulieren zu müssen, aber auch auf veränderte innere Objektbeziehungen (Schemata) zurückgreifen zu können, die durch Identifikation mit dem Therapeuten (Lernen am Modell), interpersonelle Klärungen, verstehende Deutungen und die Erfahrung einer hilfreichen sowie haltgebenden Beziehung modifiziert werden. Die Analyse der Situation, in der konsumiert wird, ermöglicht es, die spezifische Bedeutung des Konsums im Zusammenhang mit der individuellen Gefühlswelt zu verstehen, um die entsprechenden neurotischen und narzisstischen Konflikte zu bearbeiten.

Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen

Patienten, die unter einer Abhängigkeitserkrankung und einer Persönlichkeitsstörung leiden, stellen für jeden Psychotherapeuten eine große Herausforderung dar. Sie sind in der Therapie zeitweise unzuverlässig, was die Einhaltung der Termine und die Therapievereinbarungen be-

trifft, oder sie sind intoxikiert und nicht in der Lage, die erforderliche Konzentration und Aufmerksamkeit in der Sitzung aufzubringen oder sie lassen sich aufgrund ihrer Affektstürme sowie Aggressionen schwer eingrenzen und gar nicht behandeln. Wie bereits beschrieben, ist es notwendig, in diesen Fällen suchtspezifische Therapiemethoden in die Behandlung einfließen zu lassen.

Bei der Polytoxikomanie mit Heroinabhängigkeit ist zudem in Krankheitsphasen mit anhaltendem Substanzkonsum die Substitutionsbehandlung indiziert (■ **Tab. 1**). Substitutionsbehandlungen mit Opioidagonisten zeigten einen positiven Effekt auf den Substanzkonsum (Strain u. Stitzer 2006).

Die suchtspezifische Therapie und Substitution kann zu einer psychosozialen Stabilisierung führen und stellt für schwer kranke Patienten häufig die einzige mögliche Behandlungsform dar. Für eine Veränderung der Persönlichkeitsstruktur ist in diesen Fällen die zusätzliche Anwendung einer störungsspezifischen Psychotherapie der Persönlichkeitsstörung notwendig, wenn diese klar abgrenzbar ist und diagnostiziert wurde.

Verschiedene störungsspezifische Psychotherapien haben sich in der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung als wirksam erwiesen, darunter die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) und die übertragungsfokussierte Psychotherapie („transference-focused psychotherapy“, TFP; Sollberger u. Walter 2010).

Vor dem Hintergrund der Annahme einer Emotionsregulationsstörung bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung steht in der DBT das Erlernen von funktionalen Konzepten und Fähigkeiten zur Steuerung der Gefühle im Vordergrund. Die therapeutische Grundhaltung besteht im Wesentlichen in einer dialektischen Balance zwischen Veränderungsorientierung und Akzeptanz dysfunktionaler Problemlösungsstrategien. Die dialektische Strategie besteht in der Aufdeckung und Betrachtung scheinbarer Widersprüchlichkeiten in der Innenwelt des Patienten mit dem Ziel, diese aufzulösen und schrittweise zu integrieren (Linehan 1993).

Die TFP geht im Gegensatz dazu davon aus, dass bei schweren Persönlich-

keitsstörungen gute und böse Objektpräsentationen klar voneinander getrennt sind und aufgrund unkontrollierbarer Aggressionen nicht integriert werden können. Das Therapieziel ist deshalb die Integration der affektiv hoch besetzten Repräsentationen in die Komplexität eines differenzierten Selbst und Objekts mit sowohl guten als auch bösen Anteilen (Clarkin et al. 2001).

Das Problem für den Therapeuten sind oft die massiven Aggressionen dieser Patienten, die während der Therapie-sitzungen direkt (Hilflosigkeit, Angst, Insuffizienzgefühle) oder indirekt (Müdigkeit, Langeweile, Nichtverstehen) in der Gegenübertragung zum Ausdruck kommen.

Liegt eine stabile Phase seitens der Abhängigkeitserkrankung vor, sodass regelmäßige Therapiesitzungen stattfinden können, sollten diese Aggressionen in der Übertragung im Hier-und-Jetzt bearbeitet werden. Durch die Komorbidität mit der Abhängigkeitserkrankung bleibt es das Ziel, die Patienten in der Therapie zu halten und Phasen von stationären Entzugsbehandlungen oder Fehlzeiten bei dem Therapierahmen sowie den Therapievereinbarungen zu berücksichtigen und diese, wenn erforderlich, an die veränderte Situation anzupassen. Wenn immer möglich, sollte der Versuch unternommen werden, die Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen und schweren Persönlichkeitsstörungen in einem ambulanten psychotherapeutischen Setting zu behandeln.

Fallbeispiel: Patientin mit Drogenabhängigkeit und komorbider Persönlichkeitsstörung

Im folgenden Fallbeispiel ist die Psychotherapie einer Patientin mit Drogenabhängigkeit und komorbider Persönlichkeitsstörung übersichtlich dargestellt. Dieser Fall wird nach diagnostischer Einordnung und dem vorgestellten Schema als schwer einzustufen sein (■ **Tab. 1**). Zusätzlich zur suchtspezifischen Psychotherapie ist bei Heroinabhängigkeit eine Substitutionsbehandlung, bei komorbider Persönlichkeitsstörung eine störungsspezifische Behandlung indiziert.

Patientin (30 Jahre), antisoziale Persönlichkeitsstörung und Borderline-Persönlichkeitsstörung, Heroin- und Kokainabhängigkeit, allein lebend, geschützter Arbeitsplatz. Regelmäßiger Konsum von Heroin und Kokain, Geld für Drogen durch Prostitution.

Die Patientin wuchs als einzige Tochter einer drogenabhängigen Mutter ohne Vater auf. Früh wurde der Kontakt mit der Drogenszene aufgenommen; es bestand eine emotionale Vernachlässigung in der Kindheit. Ihre Mutter starb an Aids, als sie 14 Jahre alt war. Danach lebte sie zeitweise bei ihren Großeltern. Sie absolvierte die obligate Schulausbildung; verschiedene Ausbildungen wurden aufgrund von schwerem Drogenkonsum mit vielen Fehlzeiten abgebrochen.

Die Patientin träumte von einem geregelten Leben mit Familie. Sie hatte unrealistische Vorstellungen, die durch narzisstische Idealisierung und Entwertung geprägt waren. Die realistische Wahrnehmung auch unter therapeutischen Konfrontationen führte zu Selbstwerteinbrüchen, die mit Drogenkonsum beantwortet wurden. Gleichzeitig bedeutete die Droge ein verlässliches Objekt, das sie ge- und missbrauchen konnte. Zusätzlich führte der Drogenkonsum wiederum zur Stabilisierung der Situation und verhinderte die Anpassung an die Realität sowie die Integration negativer Affekte und Selbstanteile. Zunächst erfolgte ein nur unzuverlässiges Einhalten der Therapiestunden auch aufgrund des Drogenkonsums.

Wiederholte Neuanpassungen der Therapievereinbarungen wurden erforderlich, nachdem die Patientin viele Termine verpasst hatte. Es wurde eine regelmäßige Substitutionsbehandlung etabliert. In der Therapie wurden Verhaltensanalysen eingesetzt, um den Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und Gefühlen zu verstehen sowie die auftauchenden Gefühle und Affekte zu bearbeiten.

Nach initialer Arbeit an der therapeutischen Beziehung wurden im weiteren Verlauf überwiegend Techniken der TFP angewandt. Konfrontation und Deutung in der Übertragung führten zunächst wieder zu vermehrtem Auslassen der Therapiesitzungen und unbesorgtem, teilweise triumphierendem Auftreten während der folgenden Sitzungen. Es erfolgte ein Insistie-

ren des Therapeuten auf die Bedeutung der Fehltermine in der Beziehung.

In der Gegenübertragung führten Aggressionen zu Verachtung und Geringschätzung oder zu Langeweile beim Zuhören der selbststabilisierenden Monologe. Beides wurde in der Übertragungsbeziehung gedeutet und mit ihren früheren sowie aktuellen Beziehungen in Zusammenhang gebracht, die als langweilig oder ausbeuterisch und enttäuschend charakterisiert wurden.

Der Fokus wurde auf die Persönlichkeitsstruktur und auf die Abhängigkeitsproblematik gerichtet, je nach der im Vordergrund stehenden Problematik. Mehrere Jahre hochfrequenter Psychotherapie und gelegentlich supportive Psychotherapie während krisenhafter Selbstwertzustände führten zu einer Stabilisierung der Patientin und einem besseren psychosozialen Funktionsniveau.

Fazit für die Praxis

Persönlichkeitsstörungen liegen bei Patienten mit Abhängigkeitsproblemen häufig vor. Symptome beider Störungsbilder können die Diagnostik einer spezifischen Persönlichkeitsstörung im klinischen Alltag erschweren. Die Differenzialindikation für die Psychotherapie ist bei Patienten mit Abhängigkeitserkrankung von besonderer Bedeutung. Sie sollte aufgrund von Motivation, Schwere sowie Form der Abhängigkeitserkrankung und diagnostischer struktureller Einschätzung der pathologischen Persönlichkeitsanteile im Sinne einer schweren Persönlichkeitsstörung stärker, als häufig geschieht, gestuft erfolgen. Erst nach diagnostischer Einschätzung kann festgelegt werden, welche Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen welches Therapieangebot erhalten sollten. Leichtere Abhängigkeitserkrankungen werden mit Psychotherapie, ergänzt durch suchtspezifische Therapieformen, behandelt. Bei schweren Formen sollten suchtspezifische Therapien und Substitutionsbehandlungen eingesetzt werden. Bei einer Komorbidität mit schwerer und meist kombinierter Persönlichkeitsstörung sollten zusätzlich auch störungsspezifische Psychotherapien angewandt werden.

Korrespondenzadresse

PD Dr. Marc Walter

Erwachsenen-Psychiatrische Klinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken
Wilhelm Klein-Str. 27, 4012 Basel
Schweiz
marc.walter@upkbs.ch

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seinen Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Bilitza KW (Hrsg) (2008) Psychotherapie der Sucht. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Boden JM, Fergusson DM (2011) Alcohol and depression. *Addiction* 106:906–914
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (2001) Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Schattauer, Stuttgart
- Cohen P, Chen H, Crawford TN et al (2007) Personality disorders in early adolescence and the development of later substance use disorders in the general population. *Drug Alcohol Depend* 88:71–84
- Coid J, Yang M, Tyrer P et al (2006) Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry* 188:423–431
- Dammann G, Janssen PL (Hrsg) (2007) Psychotherapie der Borderline-Störungen, 2. Aufl. Thieme, Stuttgart
- Dammann G, Hügli C, Selinger J et al (2011) The self-image in borderline personality disorder. *J Pers Disord* 25:517–527
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, Weltgesundheitsorganisation. Huber, Bern
- Gunderson JG (2010) Revising the borderline diagnosis for DSM-V: an alternative proposal. *J Pers Disord* 24:94–708
- Gunderson JG (2011). Borderline personality disorder. *N Engl J Med* 364:2037–2042
- Hasin D, Fenton MC, Skodol A et al (2011) Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug, and nicotine use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 68:1158–1167
- Herpertz SC, Werth U, Lukas G et al (2001) Emotion in criminal offenders with psychopathy and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 58:737–745
- Kernberg OF (1985) Schwere Persönlichkeitsstörungen. Klett-Cotta, Stuttgart
- Kernberg OF (2006) Narzissmus, Aggression und Selbstzerstörung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Koob GF, LeMoal M (2006) Neurobiology of addiction. Elsevier, London
- Koob GF, Volkow ND (2010) Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology* 35:217–238
- Linehan MM (1993) Cognitive-behavioral treatment in borderline personality disorder. Guilford, New York
- Marlatt GA, Gordon JR (1985) Relapse prevention: a self-control strategy for the maintenance of behavior change. Guilford, New York
- Miller WR, Rollnick S (2002) Motivational interviewing: preparing people for change, 2. Aufl. Guilford, New York
- Moggi F (2007) Doppeldiagnosen. Komorbidität von psychischen Störungen und Sucht, 2. Aufl. Huber, Bern

Narayan VM, Narr KL, Kumari V et al (2007) Regional cortical thinning in subjects with violent antisocial personality disorder or schizophrenia. *Am J Psychiatry* 164:1418–1427

Sollberger D, Walter M (2010) Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Gemeinsamkeiten und Differenzen evidenzbasierter störungsspezifischer Behandlungen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 78:698–708

Steiner J (2006) Orte des seelischen Rückzuges, 3. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart

Stone MH (1990) The fate of borderline patients: successful outcome and psychiatric practice. Guilford, New York

Strain EC, Stitzer ML (2006) The treatment of opioid dependence. John Hopkins University Press, Baltimore

Trull TJ, Jahng S, Tomko RL et al (2010) Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord* 24:412–426

Verheul R (2001) Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur Psychiatry* 16:274–282

Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ (2003) The addicted human brain: insights from imaging studies. *J Clin Invest* 111:1444–1451

Walter M, Dammann G, Wiesbeck GA, Klapp BF (2005) Psychosozialer Stress und Alkoholkonsum. *Fortschr Neurol Psychiatr* 73:517–525

Walter M, Gunderson JG, Zanarini MC et al (2009) New onsets of substance use disorders in borderline personality disorder over seven years of follow-ups. *Addiction* 204:97–103

Wurmser L (1997) Die verborgene Dimension. Psychodynamik des Drogenzwangs. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Yuan K, Qin W, Dong M et al (2010) Gray matter deficits and resting-state abnormalities in abstinent heroin-dependent individuals. *Neurosci Lett* 482:101–105

Hilde-Bruch-Forschungspreis für Essstörungen an Dresdner Hirnforscher vergeben

Im Rahmen des 3. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen in Hannover erhielt der Dresdner Professor Stefan Ehrlich den zum zweiten Mal vergebenen Hilde-Bruch-Forschungspreis. Der mit 5.000 Euro dotierte Preis wird für Forschungsarbeiten zum Thema „Anorektische beziehungsweise bulimische Essstörungen“ vergeben. Die Notwendigkeit von fundierter Forschung in diesem Bereich ist hoch, denn Essstörungen gehören zu den häufigsten chronischen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. Neben der Behandlung von Patienten mit Essstörungen verantwortet Prof. Ehrlich die Grundlagenforschung zur Hirnentwicklung von Kindern und Jugendlichen. Eines seiner Schwerpunktthemen ist der Einsatz von Magnetresonanztomographie zur Erforschung neuronaler Prozesse bei Patienten mit Anorexia nervosa.

In einer aktuellen Studie werden neuronale Netzwerke untersucht, die für Gefühle, die bei Belohnungen entstehen, verantwortlich sind. Für diese Studie werden gesunde Probandinnen im Alter von 12 bis 18 Jahren gesucht. (www.kjp-dresden.de/de/Studienteilnehmer-gesucht).

Weitere Forschungsvorhaben laufen zu Tic-Störungen, zur Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und zu Zwangsstörungen. Neben einem 3-Tesla-MRT-Gerät nutzen die Wissenschaftler auch endokrinologische Methoden, da Informationen zu Stoffwechsel und Hormonspiegel ebenfalls Aufschluss über Art und Verlauf seelischer Erkrankungen geben können.

Quelle: Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, <http://www.uniklinikum-dresden.de>

Trauer, die krank macht

Nach dem Tod des Partners erkranken die Ehepartner häufig oder sterben sogar. Einige Hinterbliebene bleiben jedoch von diesem sogenannten „widowhood Effekt“ verschont. Ein Wissenschaftlerteam hat nun nachgewiesen, dass der Verteilung des Phänomens eine Genvariation zu Grunde liegen könnte. Psychischer Stress führt kurzzeitig zu erhöhten Werten von Entzündungsmarkern im Blut. Bei andauerndem Stress liegen diese Marker oft dauerhaft erhöht vor, was zu Arteriosklerose, Herzinfarkt oder Schlaganfall führen kann. Diese Stressreaktion konnte nun erstmals auch für Trauer gezeigt werden.

Von 64 Probanden hatten 36 ihren Partner in den vergangenen zwei Jahren durch den Tod verloren. Nur jeder zweite Proband hatte erhöhte Werte des Entzündungsmarkers IL-6 im Blut. Dieses Phänomen ist auf eine Variation des IL-6 Gens zurückzuführen, welche die Expression trotz Dauerstress unterdrückt. Die Trauernden ohne diese Genvariante zeigten hingegen deutlich erhöhte Entzündungswerte.

Insbesondere für Trauernde mit dem Genotyp, der nicht vor den Folgen des Trauerstress auf das Immunsystem schützt, könnten Präventivmaßnahmen sinnvoll sein. Solche Maßnahmen wären regelmäßige Kontrolle des kardiovaskulären Systems, die Teilnahme an Selbsthilfegruppen zur Trauerverarbeitung und die Betreuung durch Psychologen oder Psychotherapeuten.

Literatur:

Schultze-Florey CR, Martínez-Maza O, Magpantay L et al. (2012) When grief makes you sick: Bereavement induced systemic inflammation is a question of genotype. *Brain Behav Immun* [Epub ahead of print]