



H o c h s c h u l e N e u b r a n d e n b u r g

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studiengang Psychosoziale Beratung

**MENSCHEN MIT PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG IN DER
PSYCHOSOZIALEN BERATUNG**

M a s t e r a r b e i t

zur

Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts (M.A.)

vorgelegt von: Franziska Braun

Erstbetreuer:in: Fr. Prof. Barbara Bräutigam

Zweitbetreuer:in: Hr. Prof. Daniel Rottke

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2024-0650-9

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	2
1.1.Relevanz des Themas	2
1.2.Aufbau der Arbeit.....	3
2. Methodik	4
2.1 Erkenntnisinteresse und Forschungsfrage	4
2.2 Vorgehensweise der Literaturrecherche.....	4
3. Verständnis von Persönlichkeitsstörungen	5
3.1. Einordnung von Persönlichkeitsstörungen	5
3.2. Beschreibung von Persönlichkeitsstörungen	7
3.3. Diagnostische Perspektive.....	12
4. Spezifische Persönlichkeitsstörungen	16
4.1. Borderline Persönlichkeitsstörung	16
4.2. Narzisstische Persönlichkeitsstörung	21
4.3. Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	28
5. Schwerpunkte in der Behandlung	32
5.1. Krisenintervention.....	32
5.2. Beziehungsgestaltung.....	36
5.3. Ressourcenorientierung	40
5.4. Psychoedukation	41
6. Bezug zur Psychosozialen Beratung	45
6.1. Verständnis Psychosoziale Beratung.....	45
6.2. Verhältnis zur Psychotherapie.....	47
6.3. Beratung von Menschen mit psychischen Erkrankungen	48
7. Ergebnisse.....	52
7.1. Zusammenfassung.....	52
7.2. Diskussion und Reflexion.....	56
8. Fazit	58
8.1. Zentrale Erkenntnisse im Kontext der Forschungsfrage	58
8.2. Weiterführende Gedanken und Ausblick	60
Quellenverzeichnis	62

1. Einleitung

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit gehört zu den grundlegenden Fragen menschlichen Daseins. Fragen wie: Wer bin ich, was macht mich aus und wie nehme ich mich selbst wahr oder wie werde ich von anderen gesehen und bewertet, beschäftigen Menschen unabhängig von Alter, Herkunft und sozialem Kontext. Sie berühren die Themen Identität, Selbstverständnis und beeinflussen zwischenmenschliche Beziehungen. Persönlichkeit ist ein komplexer Begriff, für den verschiedene Definitions- und Erklärungsansätze existieren. Persönlichkeit wird unter anderem als ein „komplexes Muster tief verankerter psychologischer Eigenschaften verstanden, die sich automatisch in nahezu allen Bereichen des psychischen Funktionierens ausdrücken“ (Millon et al. 2004, S. 35).

Was bedeutet es für einen Menschen, wenn seine Persönlichkeit als pathologisch bewertet wird? Der Begriff der Persönlichkeitsstörung wirkt vermeintlich allumfassend und betrifft scheinbar nicht nur einzelne Verhaltensweisen oder Schwierigkeiten.

Die Abgrenzung zwischen Normalität und Abweichung ist dabei wesentlich. In der gegenwärtigen Fachliteratur wird zunehmend betont, dass diese Übergänge fließend sind. Persönlichkeitsstörungen werden als pathologisch beschrieben, wenn es zu ausgeprägten Defiziten in der psychischen Stabilität, zu einer geringen Widerstandsfähigkeit gegenüber Stress und unflexiblen Denk-, Gefühls- und Verhaltensmustern kommt (vgl. Millon et al. 2004, S. 35).

Der Kontakt von Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung zu professionellen Fachkräften entsteht jedoch häufig nicht aufgrund der Persönlichkeitsproblematik selbst, sondern wegen belastender Symptome oder komorbider Erkrankungen. Dazu zählen unter anderem depressive Symptomatiken, selbstverletzendes Verhalten oder akute psychosoziale Krisen (vgl. Lyons 2023, S. 523). Diagnostische Zuordnungen sind hier nicht immer eindeutig. So werden beispielsweise Menschen mit selbstverletzendem Verhalten vorschnell mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, obwohl auch andere psychische Störungen oder Problemlagen in Betracht gezogen werden können (vgl. Lyons 2023, S. 524).

Persönlichkeitsstörungen sind scheinbar vor allem ein psychologisches oder psychiatrisches Thema. In der Praxis kommen unterschiedliche therapeutische Verfahren zum Einsatz, darunter verhaltenstherapeutische Ansätze und psychoanalytisch orientierte Psychotherapien.

Gleichzeitig bestehen nur begrenzte Erkenntnisse darüber, welche Interventionen bei Persönlichkeitsstörungen wirksam sind. Vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen im Gesundheitssystem ist zu beobachten Behandlungsangebote zu priorisieren, zu reduzieren oder anzupassen. In diesem Zusammenhang wird empfohlen Einzel- und Gruppensettings zu kombinieren und ergänzende Unterstützungsangebote auszubauen beispielsweise durch Psychosoziale Beratung und andere Angebote (vgl. Lyons 2023, S. 525).

1.1. Relevanz des Themas

Persönlichkeitsstörungen sind in der Allgemeinbevölkerung häufig anzutreffen. Aktuelle Übersichtsanalysen aus den USA und Europa berichten Prävalenzraten zwischen etwa 3,9 %

und 15,5 %. Die Spannbreite lässt sich durch Unterschiede in der Stichprobenauswahl und in den diagnostischen Verfahren, den Studiensettings und durch kulturelle Unterschiede erklären. Innerhalb des Gesundheitssystems liegen die Prävalenzraten höher. Demzufolge erfüllen 25 % der Patient:innen die Kriterien. In psychiatrischen Ambulanzen weisen 50 % der behandelten Personen Merkmale oder Diagnosen auf (vgl. Ekselius 2018, S. 200 f.).

Diese Zahlen verdeutlichen, dass Persönlichkeitsstörungen statistisch betrachtet eine große Gruppe betreffen. Auch Angehörige, Fachkräfte unterschiedlicher Professionen und das soziale Umfeld sind damit konfrontiert. Persönlichkeitsstörungen stellen ein individuelles und gesellschaftlich relevantes Thema dar.

Im öffentlichen Diskurs sind psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen oder Essstörungen bekannt und zunehmend akzeptiert. Persönlichkeitsstörungen sind dagegen stark stigmatisiert. Sie werden in den Medien und im professionellen Hilfesystem meist negativ bewertet. Diese Haltungen gegenüber Menschen mit Persönlichkeitsstörungen beeinflussen die Behandlung, Beratung und Begleitung und können belastend für Betroffene sein.

Die Arbeit möchte einen Beitrag zum Abbau von Vorurteilen, Stigmatisierungen und Pauschalisierungen leisten. Eine differenzierte Darstellung fachlicher Erkenntnisse und Aufklärung über Entstehungsbedingungen, Verläufe und Ressourcen soll dazu beitragen.

Besondere Relevanz besteht auch für die psychosoziale Beratung. In vielen Beratungssettings, wie unter anderem in der Familien-, Partnerschafts- oder Suchtberatung gehören Menschen mit psychischen Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen zu den Adressat:innen. Fachkräfte sind regelmäßig mit den Auswirkungen konfrontiert, verfügen aber oft nicht über spezifisches Wissen.

1.2. Aufbau der Arbeit

Begonnen wird mit einer begrifflichen Annäherung an Konzepte von Gesundheit, Krankheit und Persönlichkeitsstörung. Diese sind beeinflusst durch gesellschaftliche, kulturelle, historische Faktoren. Persönlichkeitsstörungen sind Konstrukte, die auf normativen Annahmen beruhen. In diesem Zusammenhang werden Chancen als auch Grenzen diagnostischer Kategorien von Persönlichkeitsstörungen thematisiert. Besonders die dimensionale Sichtweise des ICD-11 wird dargestellt. Diagnostische Prozesse und Methoden werden nicht erwähnt, da sie nicht relevant sind für das Erkenntnisinteresse.

Anschließend werden drei spezifische Persönlichkeitsstörungen intensiv dargestellt. Die Borderline Persönlichkeitsstörung, die Narzisstische Persönlichkeitsstörung und die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung. Die Auswahl erfolgte aufgrund der hohen Prävalenz und damit klinischen Relevanz und wegen der medialen Aufmerksamkeit. Im Fokus stehen Besonderheiten im zwischenmenschlichen Bereich, der Umgang mit Emotionen, Selbstwahrnehmung und Identität. Betont werden Ressourcen, die mit den Persönlichkeitsausprägungen verbunden sind. Auf eine vollständige Darstellung aller Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 wird aufgrund der Komplexität verzichtet.

Das folgende Kapitel behandelt Schwerpunkte der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen. Der Umgang mit Krisen stellt eine Herausforderung für Fachkräfte unterschiedlicher Professionen dar. Ebenso die Beziehungsgestaltung, da Persönlichkeitsstörungen als Beziehungs- und Interaktionsstörungen verstanden werden können. Ressourcenorientierung dient als Gegenpol zu einer defizitorientierten Perspektive. Psychoedukation ist ebenso ein wichtiger Bestandteil der Behandlung.

Der Bezug zur psychosozialen Beratung wird abschließend hergestellt. Typische Beratungsinhalte und Zielgruppen werden beschrieben. Das Verhältnis zwischen psychosozialer Beratung und Psychotherapie wird betrachtet. Schnittmengen und Abgrenzungsversuche werden thematisiert.

2. Methodik

2.1 Erkenntnisinteresse und Forschungsfrage

Die vorliegende Arbeit basiert nicht auf einer eigenständigen empirischen Datenerhebung. Es ist eine literaturbasierte Arbeit, die sich mit dem aktuellen Forschungsstand und theoretischen Positionen auseinandersetzt. Ziel ist es relevante Erkenntnisse zusammenzufassen, zu strukturieren und zu reflektieren, um die Forschungsfrage zu beantworten:

Welche Erkenntnisse aus der psychotherapeutischen Behandlung lassen sich für die psychosoziale Beratung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen übernehmen?

Davon ausgehend richtet sich das Erkenntnisinteresse auf Persönlichkeitsstörungen aus psychotherapeutischer Perspektive. Wie werden sie in der Fachliteratur beschrieben? Welche theoretischen Konzepte, Haltungen und Vorgehensweisen sind hilfreich im Umgang mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen? Welche Aspekte lassen sich daraus für die Psychosoziale Beratung ableiten?

Dabei werden zwei unterschiedliche, historisch und professionell eigenständig entwickelte Perspektiven miteinander in Beziehung gesetzt: die der psychotherapeutischen Behandlung und die der psychosozialen Beratung. Die Arbeit bewegt sich an der Schnittstelle verschiedener Professionen, die aber im praktischen Umgang mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen mit gleichen Herausforderungen konfrontiert sind.

2.2 Vorgehensweise der Literaturrecherche

Durch eine intensive Literaturrecherche entstand ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand. Ziel war es zentrale Schwerpunkte und Diskurse zu Persönlichkeitsstörungen, psychotherapeutischer Behandlung und psychosozialer Beratung in diesem Kontext herauszuarbeiten.

Die Auswahl der Literatur erfolgte anhand inhaltlicher Suchkriterien, die sich aus der Forschungsfrage ableiten lassen. Suchbegriffe waren unter anderem Persönlichkeitspsychologie, Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen, Psychosoziale Beratung bei psychischen Störungen, Ressourcenorientierung bei Persönlichkeitsstörungen

und Begriffe zu drei spezifischen Persönlichkeitsstörungen (Borderline Persönlichkeitsstörung, Narzisstische Persönlichkeitsstörung, Zwanghafte Persönlichkeitsstörung).

Berücksichtigt wurden deutsch- und englischsprachige Fachbücher und Fachartikel. Die Recherche erfolgte über wissenschaftliche Datenbanken wie PubMed, Google Scholar und über den Bibliothekskatalog der Hochschule Neubrandenburg. Ergänzend wurde ChatGPT bei der Quellensuche genutzt. Aufgrund der hohen Fehleranfälligkeit wurden alle Quellen intensiv überprüft.

Die Auswahl wurde auf Veröffentlichungen der letzten 30 Jahre begrenzt, um aktuelle Entwicklungen abzubilden. Das betrifft nicht die Einordnung essentieller Begriffe, wie den der Persönlichkeitsstörung. Dieser unterliegt einem starken historischen Wandel, der das gegenwärtige Verständnis beeinflusst.

Ausschlusskriterien waren Inhalte einzelner spezifischer Therapieschulen, wie beispielsweise die Dialektisch-Behaviorale Therapie. Da diese begrenzt auf die psychosoziale Beratung übertragbar sind. Auch das amerikanische Klassifikationssystem wurde nicht berücksichtigt. Der Fokus liegt auf der aktuellen Version des ICD-11.

3. Verständnis von Persönlichkeitsstörungen

3.1. Einordnung von Persönlichkeitsstörungen

„Ein Mensch kann dissozial oder sozial sein und bleibt stets ein Mensch“. Mit diesem Verweis auf Aristoteles betont Lieb, dass das Recht auf Menschlichkeit unabhängig von sozialen Kompetenzen, Anpassungsleistungen oder gesellschaftlichen Normen besteht (vgl. Lieb 2014, S. 23). Unabhängig davon, ob sich ein Mensch sozial angepasst oder dissozial verhält, bleibt er in seinem Menschsein unantastbar. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Menschen sich nicht eindeutig in soziale oder dissoziale Kategorien einteilen lassen. Es können soziale und dissoziale Verhaltensweisen parallel auftreten. Verhalten ist stets situationsabhängig und kontextgebunden und kann daher unterschiedlich oder sogar unvorhersehbar ausfallen.

Trotz dieser Komplexität neigen Gesellschaften dazu, menschliches Verhalten und mentale Zustände mit normativen Maßstäben zu bewerten. Dabei wird häufig zwischen Kategorien wie „gesund“ und „krank“ oder „gestört“ unterschieden. Im Folgenden werden diese Begrifflichkeiten näher definiert und in Beziehung zur Thematik der Persönlichkeitsstörungen gesetzt. Ziel ist es, Persönlichkeitsstörungen aus einer Perspektive zu betrachten, die die Bezeichnung einer „gestörten Persönlichkeit“ grundsätzlich kritisch hinterfragt.

Die Frage nach der Definition von Gesundheit ist dabei zentral. Schulte versteht Gesundheit als die Fähigkeit, soziale und gesellschaftliche Erwartungen sowie Anforderungen optimal zu erfüllen (vgl. Schulte 1998, S. 20). Ausgehend von dieser Norm der „gesunden Person“ beschreibt er Krankheit nicht als objektiv feststellbare Realität, sondern vielmehr als „theoretisches Konstrukt, ein allgemeines Denkmodell, das dazu dient, auffällige und unerklärliche Veränderungen beim Menschen begrifflich zu fassen und damit (scheinbar) zu begreifen“ (Schulte 1998, S. 20). Diagnostik setzt demnach eine Abweichung von einer

angenommenen Norm voraus, die folglich als behandlungsbedürftig gilt (vgl. Schulte 1998, S. 21).

Normen erfüllen in Gesellschaften eine steuernde und kontrollierende Funktion, sei es durch gesetzliche Regelungen oder durch soziale Sanktionen im zwischenmenschlichen Miteinander (vgl. Schulte 1998, S. 22). Daraus ergibt sich die zentrale Fragestellung, ab welchem Punkt Erleben und Verhalten eines Menschen als krank gelten und welche Bedeutung dies insbesondere im Kontext psychischer Störungen hat.

Grundsätzlich erleben alle Menschen im Verlauf ihres Lebens Konflikte und Belastungen, auf die sie unterschiedlich reagieren und für die sie individuelle Bewältigungsstrategien entwickeln. Welche Problemlagen auftreten und wie intensiv diese erlebt werden variiert in Abhängigkeit von individuellen Entwicklungsverläufen und normativen Entwicklungsschritten (vgl. Wittchen et al. 2020, S. 8f). Psychische Gesundheit wird in diesem Zusammenhang als die Fähigkeit verstanden, sich an wechselnde Anforderungen anzupassen und die sozialen Herausforderungen des Alltags zu bewältigen (vgl. Wittchen et al. 2020, S. 8f).

Ist eine Person hingegen über einen längeren Zeitraum deutlich eingeschränkt in der Bewältigung alltäglicher Aufgaben im privaten oder beruflichen Kontext und kann persönliche sowie gesellschaftlich-normative Zielvorstellungen nicht mehr verwirklichen, kann eine psychische Störung vorliegen, die mit erheblichem Leidensdruck einhergeht. Die Grenze zwischen „gestört“ und „nicht gestört“ ist dabei fließend und nicht eindeutig zu ziehen. Wittchen et al. weisen zudem auf mögliche negative Folgen der Verwendung des Begriffs „Störung“ hin, da dieser häufig mit gesellschaftlich belastenden Zuschreibungen verbunden ist (vgl. Wittchen et. al 2020, S. 8f).

Der Begriff psychische Störung ist daher seit langem Gegenstand fachlicher Diskussionen. Kritisiert wird insbesondere seine Abhängigkeit von geltenden Werten und sozialen Normen sowie die implizite Annahme, dass Behandlung zwangsläufig eine Anpassung an gesellschaftliche Erwartungen erfordere (vgl. Schulte 1998, S. 22). Dabei sind Werte, Normen und Vorstellungen keineswegs konstant oder naturgegeben, sondern unterliegen einem kontinuierlichen Wandel, beeinflusst durch soziokulturelle Bedingungen, historische Entwicklungen und neue wissenschaftliche Erkenntnisse (vgl. Knappe/ Wittchen 2020, S. 55).

In der Klinischen Psychologie und Psychotherapie werden psychische Störungen daher als Konstrukte, die auf dem jeweils aktuellen Stand der Forschung beruhen und ihre Legitimation daraus beziehen, dass sie in der praktischen Anwendung hilfreich sind, verstanden. Sie stellen zeitlich begrenzte Übereinkünfte fachlicher Expert:innen dar (vgl. Wittchen et al. 2020, S. 7f). Entsprechend können sich Definitionen psychischer Störungen sowie die Inhalte gängiger Klassifikationssysteme im Laufe der Zeit erheblich verändern (vgl. Wittchen et. al 2020, S. 7f).

Vor diesem Hintergrund betont Lieb, dass es entscheidend ist, ob einer Person aufgrund bestimmter Verhaltensweisen Eigenschaften zugeschrieben werden und diese einer Störung gleichgesetzt werden oder nicht. Insbesondere im Umgang mit Persönlichkeitsstörungen ist das von zentraler Bedeutung, da es darüber entscheidet, ob Menschen primär als „gestört“ etikettiert oder als individuelle Persönlichkeiten mit spezifischen Mustern des Erlebens und Handelns verstanden werden. (vgl. Lieb 2014, S. 23).

3.2. Beschreibung von Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen sind in der Allgemeinbevölkerung vergleichsweise häufig anzutreffen. Aktuelle Übersichts- und Metaanalysen aus den USA und Europa zeigen Prävalenzraten zwischen etwa 3,9 % und 15,5 %. Die große Spannweite dieser Schätzungen lässt sich unter anderem durch Unterschiede in der Stichprobenauswahl, den verwendeten diagnostischen Verfahren, den jeweiligen Studiensettings sowie durch kulturelle Unterschiede im Umgang mit Persönlichkeitsmerkmalen und -problematiken erklären.

Innerhalb des Gesundheitssystems liegen die Prävalenzraten deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Schätzungen zufolge erfüllen etwa 25 % der Patient*innen in der Primärversorgung die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung, während in psychiatrischen Ambulanzen sogar ungefähr 50 % der behandelten Personen entsprechende Merkmale oder Diagnosen aufweisen.

In der Allgemeinbevölkerung sind Männer und Frauen insgesamt etwa gleich häufig von Persönlichkeitsstörungen betroffen. In stationären psychiatrischen Settings zeigt sich jedoch ein Überwiegen weiblicher Patientinnen. Es wird vermutet, dass Frauen tendenziell eher professionelle Hilfe in Anspruch nehmen als Männer, was sich in der höheren Repräsentation in klinischen Versorgungsstrukturen widerspiegelt.

Studien zur zeitlichen Stabilität von Persönlichkeitsmerkmalen zeigen, dass diese sowohl im Kontext gesunder Persönlichkeitsentwicklung als auch bei Persönlichkeitsstörungen eine gewisse Kontinuität aufweisen. Gleichzeitig verändern sich einzelne Merkmale im Lebensverlauf: Während sich manche Eigenschaften verstärken, nehmen andere in ihrer Intensität ab. Moderne Forschungsansätze distanzieren sich daher zunehmend von der Annahme, Persönlichkeitsstörungen seien grundsätzlich starr und unveränderlich. Zwar sind entsprechende Merkmale häufig früh im Lebensverlauf erkennbar, sie entwickeln sich jedoch weiter und gelten heute als deutlich veränderbarer als früher angenommen.

Ein weiteres zentrales Merkmal von Persönlichkeitsstörungen ist ihre hohe Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen. Diese Begleiterkrankungen beeinflussen das klinische Gesamtbild maßgeblich, insbesondere in Abhängigkeit von ihrem Schweregrad und ihrer funktionellen Beeinträchtigung im Verlauf. Darüber hinaus zeigen Studien eine erhöhte Mortalitätsrate bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen. Diese wirkt sich nicht nur auf suizidale Todesursachen aus, sondern erhöht das Risiko für nahezu alle somatischen Todesursachen und hat damit erhebliche Auswirkungen auf Gesundheit, Lebensqualität und Lebenserwartung der Betroffenen (vgl. Ekselius 2018, S. 200f).

Die Persönlichkeit eines Menschen wird durch individuelle Eigenschaften und Charaktermerkmale definiert, die ihn von anderen unterscheiden. Diese prägen das Verhalten, die Wahrnehmung und Deutung der eigenen Person, der sozialen Umwelt und Ereignisse sowie Situationen. Persönlichkeit wirkt damit strukturierend auf das gesamte psychische Erleben und Handeln. Die Persönlichkeitspsychologie als wissenschaftliche Disziplin untersucht nach Asendorpf „nicht-pathologische, andauernde, verhaltensrelevante individuelle Besonderheiten von Menschen innerhalb einer Population“ (Asendorpf 2007, S. 10). Im Zentrum der klinischen Psychologie steht hingegen die Frage, ab welchem Punkt

individuelle Persönlichkeitsvariationen nicht mehr als Normvariante gelten, sondern als pathologisch einzuordnen sind (vgl. Asendorpf 2007, S. 11). Dabei ist zu berücksichtigen, dass gewisse Abweichungen von einer statistisch normativen Persönlichkeit akzeptiert sind, da diese ein theoretisches und fiktives Konstrukt darstellt (vgl. Asendorpf 2007, S. 160).

Demgegenüber steht der Versuch, Menschen im Rahmen psychiatrischer Diagnostik in Kategorien einzuordnen, die auf Grundlage therapeutischer oder pädagogischer Zielsetzungen mit Zuschreibungen wie „wunderlich“, „absonderlich“, „wesensverändert“, „anstrengend“, „bemitleidenswert“, aber auch „reizbar“ oder „sozial unverträglich“ verbunden sind (vgl. Martius 2022, S. 11). Diese Kategorisierungen verdeutlichen bereits die normative Dimension psychiatrischer Diagnosen.

Historisch betrachtet war Persönlichkeit im 18. Jahrhundert ein zentrales Humanitätsideal der Klassik und des Neuhumanismus und galt als „höchstes Ziel der Selbstverwirklichung des Menschen durch Bildung“ (Martius 2022, S. 12) Mit Beginn des 20. Jahrhunderts entwickelte sich der Persönlichkeitsbegriff zunehmend zu einem psychologischen Konstrukt. Aus früheren Konzepten wie Psychopathie, Soziopathie und Charakterneurose ging schließlich der Begriff der Persönlichkeitsstörung hervor. Martius verweist in diesem Zusammenhang auf die Arbeiten von Kraepelin, dessen Überlegungen teilweise bis heute Gültigkeit besitzen. Bereits damals wurde hervorgehoben, dass eine klare Trennung zwischen „gesund“ und „gestört“ nicht möglich ist und dass Persönlichkeitsstörungen aufgrund ihrer unterschiedlichen Ausprägungen und Schweregrade nur schwer eindeutig zu beschreiben sind. Erschwert wird diese Einordnung zusätzlich durch gesellschaftliche und zeitgebundene Einflüsse, die die Bewertung von Krankheit und Abweichung maßgeblich mitprägen (vgl. Martius 2022, S. 12).

Darüber hinaus bezieht sich Martius auf Schneider, der psychopathische Persönlichkeiten als Menschen beschrieb, die entweder selbst unter ihrem von geltenden Werten und Normen abweichenden Verhalten leiden oder bei denen die Gesellschaft durch dieses Verhalten belastet wird (vgl. Martius 2022, S. 12f). Die psychotherapeutische Auseinandersetzung mit Persönlichkeitsstörungen begann maßgeblich mit der Psychoanalyse Freuds. Persönlichkeit wird bei Freud als ein „seelischer Apparat“ verstanden, der die Psyche strukturiert und durch systematische Analyse zugänglich gemacht werden kann (vgl. Martius 2022, S. 18). Während Triebe und innerpsychische Konflikte als dynamisch und veränderbar gelten, wird die Persönlichkeitsstruktur als vergleichsweise stabil und dauerhaft beschrieben. Persönlichkeitsstörungen wurden in diesem Kontext als Ausdruck einer Ich-Schwäche interpretiert, die sich unter anderem in Defiziten der Impulskontrolle, der Affektregulation, der Beziehungsgestaltung oder der Selbstwertregulation zeigt. Psychoanalytische Behandlungsansätze galten lange Zeit als wenig erfolgreich, was häufig mit einer eingeschränkten Einsichtsfähigkeit der Betroffenen begründet wurde (vgl. Martius 2022, S. 18).

Einen erweiterten Zugang entwickelte Kernberg, der den Fokus stärker auf lebenspraktische und alltagsrelevante Aspekte richtete. Von besonderem Interesse waren für ihn die Grundannahmen über das eigene Selbst und die eigene Identität. Zentrale Schwerpunkte der Behandlung sah er in der therapeutischen Beziehungsgestaltung sowie in der Auseinandersetzung mit Abwehrmechanismen, individuellen Bewältigungsstrategien in

Krisen, dem Umgang mit Aggressionen, moralischen und normativen Vorstellungen sowie der Fähigkeit zur Realitätsprüfung (vgl. Martius 2022, S. 20).

Ab den 1970er-Jahren entwickelten sich auch verhaltenstherapeutische Ansätze mit eigenständigen Konzepten zu Persönlichkeitsstörungen. Maßgeblich für diese Perspektive ist die Annahme, dass erlernte Verhaltensweisen in Interaktion mit situativen Auslösern zur Entwicklung von Persönlichkeitsmerkmalen beitragen (vgl. Martius 2022, S. 22). Auf Grundlage persönlichkeitspezifischer Schemata entstehen kognitiv-emotionale Reaktions- und Handlungsmuster, die sich im Alltag häufig als dysfunktional erweisen. Später wurden diese Modelle durch die Berücksichtigung genetischer und biologischer Bedingungen sowie sozialer und umweltbezogener Einflussfaktoren erweitert (vgl. Martius 2022, S. 22).

Lieb beschreibt Menschen mit Persönlichkeitsstörungen als eine Gruppe, deren zentrales Problem nicht durch eine Liste einzelner Symptome erfasst werden kann, sondern „mit der Person selbst“ in Zusammenhang steht (vgl. Lieb 1998, S. 11f). Die enge Verbindung von Persönlichkeit und dem Begriff der Störung bewertet er als unmenschlich und konzeptionell unbrauchbar. Stattdessen versteht er Persönlichkeitsstörungen als komplexe Beziehungs- und Interaktionsstörungen, die sich in normabweichenden, unflexiblen und sozial unangepassten Erlebens- und Verhaltensmustern zeigen (vgl. Lieb 1998, S. 22). Die Problematik wird demnach erst im sozialen Miteinander sichtbar. Typisch ist dabei eine geringe Änderungsmotivation, die Lieb mit einer ausgeprägten Ich-Syntonie erklärt. Das bedeutet, dass Betroffene sich mit ihren als abweichend bewerteten Verhaltensweisen identifizieren und diese subjektiv nicht als problematisch erleben (vgl. Lieb 1998, S. 12f).

Asendorpf betont in diesem Zusammenhang, dass der Übergang zwischen einer sogenannten gestörten Persönlichkeit und einer vermeintlich normalen Persönlichkeitsvariante fließend ist. Unterschiede bestehen vor allem im Ausprägungsgrad in Abhängigkeit zum statistischen Durchschnitt (vgl. Asendorpf 2007, S. 167). Für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ist darüber hinaus entscheidend, dass mehrere Lebensbereiche beeinträchtigt sind und ein subjektiver Leidensdruck entsteht. Charakteristisch ist zudem, dass entsprechende Schwierigkeiten bereits im frühen Erwachsenenalter, häufig sogar in Kindheit oder Jugend beginnen und zeitlich stabil bleiben (vgl. Asendorpf 2007, S. 164).

Hölzel hebt ebenso hervor, dass die Problematik nicht auf alterstypische Entwicklungsphasen oder ausschließlich auf soziale oder kulturelle Bedingungen zurückzuführen ist (vgl. Hölzel et al. 2024, S. 319). Schwarzer beschreibt, dass es durch die extreme, starre und unflexible Ausprägung von Eigenschaften neben innerer Unzufriedenheit insbesondere in zwischenmenschlichen Beziehungen zu Konflikten und Problemen kommt (vgl. Schwarzer 2013, S. 190). Zur Kompensation entwickeln Betroffene häufig dysfunktionale Verhaltensweisen, etwa suizidales Verhalten, Aggressivität, Selbstverletzung sowie Alkohol- oder Drogenmissbrauch (vgl. Schwarzer 2013, S. 190).

Weitere Auswirkungen von Persönlichkeitsstörungen sind eine stark eingeschränkte Handlungsoptionen und damit unflexible Reaktionsmuster. Treffen diese auf äußere Anforderungen, insbesondere in sozialen Kontexten wie dem Berufsleben oder in Gruppen, fällt es Betroffenen schwer, sich anzupassen. In der Folge entsteht häufig ein Teufelskreis und sich wiederholende Konflikte mit ähnlichen problematischen Inhalten (vgl. Barnow/ Miano

2020, S. 1301). Die Reaktionen des sozialen Umfelds sind entsprechend oft ablehnend oder konfliktreich, was die Problematik weiter verstärkt. Nicht selten entwickeln Betroffene daraufhin komorbide Störungen wie Depressionen oder Angsterkrankungen und suchen erst aus diesem Anlass therapeutische Hilfe auf. Die grundlegenden Symptome der Persönlichkeitsstörung werden hingegen häufig als weniger belastend erlebt oder kaum problematisiert. Abzugrenzen sind Persönlichkeitsstörungen von abrupt auftretenden Persönlichkeitsveränderungen infolge anderer psychischer Erkrankungen, etwa bei Demenz oder Schizophrenie. Statistisch betrachtet leben Menschen mit Persönlichkeitsstörungen häufiger allein, sind öfter ledig oder arbeitslos und weisen ein erhöhtes Belastungs- und Konfliktpotenzial in nahezu allen Lebensbereichen auf (vgl. Barnow/ Miano 2020, S. 1301).

Sachse distanziert sich von Konzepten, die Persönlichkeitsstörungen als Störung der gesamten Persönlichkeit verstehen. Er argumentiert, dass nicht die Gesamtpersönlichkeit betroffen ist, sondern bestimmte Muster, die sich im Laufe der Biografie entwickelt haben (vgl. Sachse 2006, S. 10). Ähnlich wie Lieb versteht er Persönlichkeitsstörungen explizit als Beziehungs- und Interaktionsstörungen. Ursache sind dabei negative Grundannahmen und Schemata über zwischenmenschliche Beziehungen, aus denen dysfunktionale Strategien resultieren (vgl. Sachse 2006, S. 11). Die erschwerte Interaktion bildet somit die Basis, aus der veränderte Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster resultieren. Kennzeichnend ist dabei häufig eine eingeschränkte Fähigkeit zur Mentalisierung, also zur empathischen Wahrnehmung eigener innerer Zustände sowie der Perspektiven anderer Menschen (vgl. Sachse 2006, S. 12).

Sachse beschreibt Persönlichkeitsstörungen als „Lösungen für schwierige Interaktionssituationen. Es handelt sich aus seiner Sicht um grundsätzlich normale psychische Prozesse, die sich jedoch langfristig in problematischen Beziehungsgestaltungen manifestieren können. Entgegen früherer Annahmen bewertet er Persönlichkeitsstörungen weder als hochgradig pathologisch noch als grundsätzlich schwer behandelbar (vgl. Sachse 2006, S. 13). Er nimmt damit einen relativierenden Blickwinkel ein, indem er davon ausgeht, dass nahezu jeder Mensch zumindest leichte Ausprägungen von Eigenschaften aufweist, die auch bei Persönlichkeitsstörungen betroffen sind. Vor diesem Hintergrund hält Sachse starre Definitionsversuche von Persönlichkeitsstörungen für willkürlich und wenig geeignet, um den individuellen Leidensdruck angemessen zu erfassen (vgl. Sachse 2006, S. 22f).

Abschließend betont Sachse, dass insbesondere professionell Helfende nicht die Illusion haben sollten, im Gegensatz zu ihren Klientinnen und Klienten selbst „ungestört“ zu sein. Diese scheinbar provokative Haltung stellt Helfende und Betroffene auf eine gemeinsame menschliche Ebene und kann zu einer erweiterten professionellen Haltung beitragen. Das Eingeständnis eigener Schwächen, dysfunktionaler Muster oder begrenzter Ressourcen ermöglicht eine offenere, wertschätzende und weniger pathologisierende Perspektive im therapeutischen Setting (vgl. Sachse 2006, S. 23).

Um die Ätiologie von Persönlichkeitsstörungen umfassend zu verstehen ist ein interdisziplinärer Zugang erforderlich. Aktuelle Forschungsansätze gehen davon aus, dass Persönlichkeitsstörungen aus komplexen Wechselwirkungen genetischer, familiärer, außerfamiliärer, neurobiologischer und psychosozialer Faktoren entstehen. Diese Faktoren beeinflussen sowohl das Risiko für die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung als auch die

individuelle Fähigkeit zur Resilienz. In den letzten Jahren haben insbesondere neurobiologische Erkenntnisse an Bedeutung gewonnen. Es wird angenommen, dass vor allem Hirnareale, die an der Emotionsverarbeitung und Handlungsplanung beteiligt sind, sowie die Verbindungen zwischen subkortikalen und kortikalen Strukturen betroffen sind (vgl. Barnow/ Miano 2020, S. 1307).

Im Hinblick auf genetische Voraussetzungen wird davon ausgegangen, dass bestimmte Temperamentsmerkmale vererbbar sind. Diese treten in Wechselwirkung mit sozialen Erfahrungen und tragen maßgeblich zur Ausprägung der Persönlichkeit bei (vgl. Barnow & Miano 2020, S. 1305). Das biopsychosoziale Diathese-Stress-Modell verdeutlicht diese Zusammenhänge, indem es eine individuelle Vulnerabilität für psychische Störungen beschreibt, die sich aus dem Zusammenspiel biologischer Dispositionen und belastender Umweltfaktoren ergibt. Genetische Einflüsse sind dabei ebenso bedeutsam wie familiäre und außerfamiliäre Erfahrungen. In den Biografien vieler Menschen mit Persönlichkeitsstörungen finden sich gehäuft negative Lebensereignisse, etwa traumatische Erfahrungen durch Vernachlässigung sowie körperlichen, sexuellen oder emotionalen Missbrauch (vgl. Barnow/ Miano 2020, S. 1305f).

Auch elterliches Erziehungsverhalten spielt eine zentrale Rolle. Wiederholte Bestrafungen, emotionale Kälte, mangelnde Aufmerksamkeit und eine überwiegend negative Kommunikation begünstigen die Entwicklung dysfunktionaler Persönlichkeitsmuster (vgl. Barnow & Miano 2020, S. 1306). Von besonderer Bedeutung ist dabei ein validierendes Umfeld, in dem die Gefühle und Bedürfnisse des Kindes wahrgenommen, akzeptiert und ernst genommen werden (vgl. Barnow/ Miano 2020, S. 1309).

In diesem Zusammenhang ist auch die Bindungstheorie von zentraler Bedeutung. Schuhler bezieht sich auf Bowlby und beschreibt das Bindungssystem als „ein primäres, genetisch verankertes motivationales System, das zwischen der primären Bezugsperson und dem Säugling nach der Geburt aktiviert wird und eine überlebenssichernde Funktion hat“ (Schuhler 2014, S. 77). Bowlby unterscheidet verschiedene Bindungstypen, die sich aus dem Zusammenspiel von Temperament und individuellen, teils auch traumatischen Bindungserfahrungen entwickeln. Aus diesen Erfahrungen entstehen innere Arbeitsmodelle, die zu Beginn des Lebens noch instabil sind, sich jedoch im Verlauf durch wiederholte Bindungserfahrungen zunehmend verfestigen. Diese inneren Modelle beeinflussen nachhaltig das spätere Verhalten im Erwachsenenalter, insbesondere die Art und Weise, wie Beziehungen eingegangen, gestaltet und aufrechterhalten werden.

Menschen mit Persönlichkeitsstörungen haben häufig unsichere Bindungserfahrungen gemacht, aus denen sich sowohl Bindungsängstlichkeit als auch Bindungsvermeidung entwickeln können. Zwar führt Bindungsunsicherheit nicht zwangsläufig zur Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung, dennoch zeigt sich ein Zusammenhang zwischen unsicheren Bindungsmustern und dieser Störungsgruppe (vgl. Barnow/ Miano 2020, S. 1306).

Hinsichtlich des Verlaufs und der Veränderbarkeit von Persönlichkeitsstörungen bestehen unterschiedliche fachliche Einschätzungen. Schwarzer vertritt die Auffassung, dass Persönlichkeitsstörungen dauerhaft und stabil sind und nicht grundlegend verändert werden können (vgl. Schwarzer 2013, S. 194). Auch nach langfristigen Behandlungen geht es aus seiner

Sicht darum, extreme Grade der Symptomatik zu mildern und innerhalb der Störungsgrenzen soziale Kompetenzen zu fördern (vgl. Schwarzer 2013, S. 194). Ebenso weist er auf den Widerspruch zwischen hohem subjektivem Leidensdruck und häufig fehlender Therapiemotivation hin (vgl. Schwarzer 2013, S. 195).

Dagegen beschreibt Hölzel Persönlichkeitsstörungen als veränderbar. Der Beginn liegt häufig in der Kindheit, eine Intensivierung erfolgt im Jugendalter, gefolgt von einer relativen Stabilität im jungen Erwachsenenalter. Im mittleren Lebensabschnitt kann es zu einer Abschwächung der Symptomatik kommen, sodass diagnostische Kriterien nicht mehr vollständig erfüllt sind. Dennoch bleiben bestimmte Beeinträchtigungen häufig bestehen, wobei sich Art und Schweregrad im Lebensverlauf verändern können (vgl. Hölzel et al. 2024, S. 330f). Insgesamt gelten Persönlichkeitsstörungen zwar als relativ stabil, ihre Symptome sind aber weniger starr als angenommen. Im Vergleich zu affektiven Störungen wie Depressionen zeigen sie eine höhere zeitliche Stabilität, insbesondere im beruflichen und zwischenmenschlichen Bereich (vgl. Barnow/ Miano 2020, S. 1315).

3.3. Diagnostische Perspektive

Im Kontext von Persönlichkeitsstörungen erscheint eine pauschale Aussage über Prognose und Verlauf nach Diagnosestellung nur eingeschränkt möglich. Wenn der Störungsbegriff grundsätzlich hinterfragt wird und davon auszugehen ist, dass nicht die gesamte Persönlichkeit betroffen ist, sondern bestimmte Anteile und vor allem Beziehungs- und Bindungsmuster, stellt sich die Frage, warum diese Diagnose dennoch in der klinischen Praxis verwendet wird. Dabei ergeben sich grundlegende Überlegungen: Beruht die diagnostische Kategorie auf historischen Annahmen oder fehlt bislang ein treffenderer, angemessenerer Begriff? Genereller gefragt: Wozu dienen Diagnosen überhaupt, wo liegen ihre Potenziale und wo ihre Grenzen?

Sachse betont, dass Diagnosen grundsätzlich eine wichtige Funktion erfüllen, da sie helfen, Problemlagen und deren Auswirkungen auf Klient:innen systematisch zu beschreiben. Sie liefern Hinweise darauf, welche Verhaltensweisen, Schemata und Strategien mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit vorliegen und welche therapeutischen Reaktionen wirksam sein könnten. Gleichzeitig weist er darauf hin, dass sich aus Diagnosen keine eindeutigen Denk- oder Handlungsanweisungen für professionell Helfende ableiten lassen (vgl. Sachse 2006, S. 24).

Lieb hebt hervor, dass Diagnosen stets mit Macht verbunden sind und Rechte sowie Pflichten für Diagnostizierende bedeuten. Therapeut:innen tragen hier eine besondere Verantwortung gegenüber Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen. Diagnosen sind nicht wertneutral, sondern immer subjektiv und normativ geprägt (vgl. Lieb 2014, S. 22). Dennoch erkennt Lieb auch Vorteile in der diagnostischen Verwendung des Begriffs der Persönlichkeitsstörung. Der Fokus auf die Persönlichkeit rückt den Menschen als einzigartige, bewussteinsfähige und für sein Handeln verantwortliche Person in den Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit (vgl. Lieb 1998, S. 169f). Die Beschreibung von Persönlichkeitsmustern kann dazu beitragen, widersprüchliche Verhaltensweisen nachvollziehbarer zu machen, was den therapeutischen Prozess unterstützen kann.

Therapeut:innen erhalten durch die Diagnose ein Erklärungskonzept. Diese können sonst als Stagnation in der Therapie oder als persönliche Schwierigkeit in der Beziehungsgestaltung erlebt werden. Die Diagnose bietet somit eine Orientierungshilfe im professionellen Umgang (vgl. Lieb 2014, S. 22).

Gleichzeitig weist Lieb deutlich auf mögliche Risiken und Nachteile der Diagnostik hin. Bereits der Begriff selbst impliziert eine grundlegende Einteilung von Menschen in „gestörte“ und „nicht gestörte“ Personen (vgl. Lieb 2014, S. 24). Wird die Diagnose von Betroffenen internalisiert, besteht die Gefahr, dass sie als umfassende Zuschreibung der eigenen Person in das Selbstkonzept integriert wird. Die Identifikation mit der Diagnose kann zu einer Selbstdefinition im Sinne von „Ich bin eine gestörte Person“ führen. Persönlichkeit, Denken, Fühlen und Handeln werden dadurch pauschal pathologisiert und als Ausdruck einer festen personalen Störung erlebt.

Dies kann wiederum dazu beitragen, Verantwortung von der Person wegzunehmen, indem Belastungen und Schwierigkeiten primär der Diagnose zugeschrieben werden, anstatt eigene Entscheidungen und Handlungsmöglichkeiten in den Fokus zu rücken. Zudem besteht die Gefahr einer Chronifizierung, da Persönlichkeitsstörungen häufig als schwer behandelbar wahrgenommen werden. Lieb formuliert hierzu kritisch, dass „Patienten schließlich so werden, wie die pathologieorientierten Therapeuten sie beschreiben“ (vgl. Lieb 1998, S. 171).

In diesem Zusammenhang beschreibt Lieb Therapeut:innen mitunter als stark störungsorientiert, was sich negativ auf die therapeutische Haltung auswirken kann. Eine reduzierte Wertschätzung der Patient:innen, das vorschnelle Erklären von Schwierigkeiten durch die Diagnose sowie das Vermeiden eigener Selbstreflexion können die Folge sein. Stattdessen wäre es erforderlich, eigene Anteile, Beziehungsmuster und potenziell unangenehme Themen kritisch zu hinterfragen und in die professionelle Reflexion einzubeziehen (vgl. Lieb 1998, S. 172).

Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ist für sich genommen nicht ausschlaggebend für eine geeignete und wirksame Behandlung. Entscheidend sind vielmehr eine individuelle Problemanalyse sowie daraus abgeleitete therapeutische Ziele und Strategien. Lieb kritisiert, dass bislang nur wenige empirische Untersuchungen und Publikationen existieren, die sich mit möglichen schädlichen Auswirkungen diagnostischer Zuschreibungen auf Betroffene befassen. Er plädiert daher eindringlich dafür, die Perspektiven der Betroffenen selbst stärker in Forschung und Praxis einzubeziehen (vgl. Lieb 1998, S. 177). Im Zentrum seiner Überlegungen steht ein umfassenderes Verständnis der Person, das ihre Wünsche, Bedürfnisse und ihr Beziehungsmuster berücksichtigt. Ein solches Verstehen schließt Konfrontation, Verantwortungszuschreibung und Unterstützung bei Veränderungsprozessen nicht aus, sondern bildet vielmehr die Grundlage dafür (vgl. Lieb 1998, S. 187).

Als alternativen begrifflichen Zugang schlägt Lieb den Begriff der „Persönlichkeitsstile“ vor. Mit Bezug zu künstlerischen Stilen beschreibt er Persönlichkeit als dynamisch und wechselseitig wirksam: Der Stil einer Person beeinflusst den Stil einer anderen, insbesondere auch innerhalb der therapeutischen Beziehung. Persönlichkeitsstile entwickeln sich kontinuierlich und werden aktiv von Personen geprägt, wodurch sowohl Freiheit als auch Verantwortung entstehen. Jeder Mensch kann entscheiden, wie er handelt und wer er sein

möchte. Der Begriff der Persönlichkeitsstile verzichtet bewusst auf eine pathologisierende Perspektive und respektiert individuelle Unterschiede unabhängig davon, welche Folgen diese für die Person selbst oder für andere haben (vgl. Lieb 1998, S. 192f).

Zentral ist für Lieb auch scheinbar „gestörtem“ Verhalten Sinn zuzuschreiben und diesen gemeinsam mit den Betroffenen zu erschließen. Dies gilt ebenso für die Reaktionen des sozialen Umfeldes. Häufig erleben Betroffene eine solche Sinnzuschreibung erstmals im therapeutischen Kontext. Dadurch wird nicht nur Wertschätzung vermittelt, sondern auch Verantwortung an die Betroffenen zurückgegeben, was neue Entscheidungs- und Handlungsspielräume eröffnet (vgl. Lieb 1998, S. 184). Der bewusste Verzicht auf die Diagnose der Persönlichkeitsstörung bedeutet für Lieb die Hinwendung zu einem veränderten Menschenbild, in dem Beziehungen und Interaktionen in den Vordergrund rücken und nicht die vermeintlich defizitären Eigenschaften des Gegenübers (vgl. Lieb 1998, S. 179).

Millon verfolgt einen idiografischen Ansatz, der davon ausgeht, dass Individuen in ihrer Persönlichkeit grundsätzlich komplex und einzigartig sind. Er beschreibt jede Person als „das einzigartige Produkt einer Geschichte von Wechselwirkungen zwischen biologischen und umweltbedingten Faktoren“ (Millon et al. 2004, S. 119). Aus dieser Perspektive sind Verallgemeinerungen, insbesondere die in diagnostischen Klassifikationssystemen, nur begrenzt erklärungskräftig. Persönlichkeit wird vielmehr als Ergebnis einer individuellen Lebensgeschichte verstanden, in der biologische Dispositionen und Umweltbedingungen in einer spezifischen Weise miteinander interagieren.

Vor diesem Hintergrund richtet sich der Fokus weniger auf kategoriale Zuordnungen, sondern auf die Besonderheiten des einzelnen Menschen. Klassifikationssysteme dienen nach Millon daher primär als Hilfskonstruktionen, die den Versuch darstellen, komplexe Persönlichkeitsstrukturen zunächst zu ordnen und verstehbar zu machen. Sie sind als vorläufige Erklärungsmodelle zu begreifen, nicht als abschließende Beschreibungen menschlicher Persönlichkeit (vgl. Millon et al. 2004, S. 119). Entsprechend formuliert Millon, dass „die Persönlichkeitsforschung als Wissenschaft beginnt, jedoch als Kunst endet“ (Millon et al. 2004, S. 120). Damit verweist er auf die Notwendigkeit, diagnostisches Wissen stets mit klinischer Erfahrung, Einfühlungsvermögen und individueller Fallbetrachtung zu verbinden.

In diagnostischen Prozessen werden Personen bestimmten Persönlichkeitsprototypen innerhalb eines Klassifikationssystems zugeordnet. Diese Einordnung stellt jedoch lediglich einen ersten Schritt dar. In einem weiteren müssen biografische Hintergrundinformationen hinzugezogen werden, um zu verstehen, wie sich spezifische Persönlichkeitsmerkmale im Lebensverlauf entwickelt haben (vgl. Millon et al. 2004, S. 120). Unterschiedliche biografische Erfahrungen können dabei zu ähnlichen diagnostischen Zuordnungen führen, während vergleichbare Persönlichkeitsmerkmale aus sehr unterschiedlichen Entwicklungsbedingungen hervorgegangen sein können.

Aus dieser Perspektive kann eine Diagnose Hinweise darauf geben, welche Erfahrungen eine Person möglicherweise gemacht hat und welche Bewältigungsstrategien sich daraus entwickelt haben. Sie liefert damit potenziell wertvolle Ansatzpunkte für die therapeutische Arbeit. Gleichzeitig bleibt die Diagnose stets hypothetisch und überprüfbar. Sie kann im Verlauf bestätigt, differenziert oder auch durch alternative Erklärungsmodelle ergänzt werden

(vgl. Millon et al. 2004, S. 121). Damit unterstreicht Millon die Bedeutung einer flexiblen, individualisierten Diagnostik, die Persönlichkeit nicht als statisches Störungsbild sieht.

In der Praxis erfolgt die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen in der Regel durch Fachärzt:innen u für Psychiatrie, Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen. Dennoch ist es auch für Beratungs- und Begleitkontexte bedeutsam, sich mit diagnostischen Konzepten auseinanderzusetzen, da Diagnosen Informationen über typische Problemlagen und Herausforderungen von Klient:innen liefern können. Seit den 1980er-Jahren werden Persönlichkeitsstörungen in den gängigen Klassifikationssystemen als spezifische Typen beschrieben. Bis zur aktuellen Fassung des ICD-11 beruhte diese Diagnostik überwiegend auf einem kategorialen Ansatz, bei dem bestimmten Störungstypen definierte Merkmale zugeordnet wurden. Wurde eine festgelegte Anzahl dieser Kriterien erfüllt, galt die Diagnose als gestellt.

Mit dem ICD-11 wurde dieser kategoriale Ansatz weitgehend durch ein dimensionales Modell ersetzt. Nach Schuhler ist diese dimensionale Perspektive maßgeblich dafür, wie Fachpersonen die Erfolgsaussichten therapeutischer Behandlung einschätzen, und sie eröffnet neue, konstruktive Zugänge im Umgang mit Patientinnen und Patienten (vgl. Schuhler 2014, S. 76). Die dimensionale Sichtweise geht davon aus, dass Erlebens- und Verhaltensweisen auf Spannbreite von kaum bis stark ausgeprägt beschrieben werden können. Persönlichkeitsmerkmale gelten demnach erst ab einer bestimmten Intensität als pathologisch. Geringere Ausprägungen können in sozialen Kontexten sogar funktional oder hilfreich sein. So reicht etwa selbstunsicheres Verhalten von sozial angemessener Zurückhaltung bis hin zu stark einschränkenden Hemmungen in zwischenmenschlichen Beziehungen. Diese Betrachtungsweise ermöglicht eine ressourcen- und kompetenzorientierte Perspektive auf Persönlichkeitsstörungen (vgl. Schuhler 2014, S. 76).

Darüber hinaus eröffnet der dimensionale Ansatz die Frage, warum bestimmte Erlebens- und Verhaltensstrategien in der Vergangenheit für die betroffene Person sinnvoll und schützend waren und weshalb sie unter veränderten Lebensbedingungen nicht mehr funktional sind. Schuhler versteht diese Strategien als bestmögliche Schutzreaktionen auf belastende Beziehungserfahrungen als unbewusste jedoch wichtige „Notlösungen“ (vgl. Schuhler 2014, S. 76).

Auch Hölzel et al. betonen, dass im ICD-11 ein System entwickelt wurde, das mit einer Schweregraddimension arbeitet und direkt an Persönlichkeitsvariationen ohne Krankheitswert anschließt (vgl. Hölzel et al. 2024, S. 314). Persönlichkeitsstörungen werden dort in leicht-, mittel- und schwergradige Ausprägungen unterteilt. Auf spezifische Typen von Persönlichkeitsstörungen wird verzichtet, mit Ausnahme der Borderline-Symptomatik, die weiterhin gesondert ausgewiesen wird (vgl. Hölzel et al. 2024, S. 314).

Hölzel et al. weisen darauf hin, dass die neue Definition von Persönlichkeitsstörungen sowohl für Behandelnde als auch für Betroffene Folgen hat. Insbesondere distanziert sie sich von der Annahme, Persönlichkeitsstörungen seien lebenslang anhaltend und grundsätzlich unveränderbar. Dadurch eröffnen sich realistischere und zugleich positivere Prognosen hinsichtlich möglicher Veränderungs- und Entwicklungsmöglichkeiten (vgl. Hölzel et al. 2024, S. 320).

Knappe und Wittchen betonen darüber hinaus, dass im Bereich psychischer Erkrankungen grundsätzlich davon auszugehen ist, dass diagnostische Klassifikationssysteme auch in Zukunft kontinuierlich überprüft und weiterentwickelt werden. Die jeweils gültigen diagnostischen Kriterien stellen demnach keine endgültigen oder abgeschlossenen Beschreibungen dar, sondern bilden lediglich den aktuell verfügbaren Erkenntnisstand ab. Eine vollständige oder abschließende Erklärung psychischer Erkrankungen ist bisher nicht erreicht (vgl. Knappe & Wittchen 2020, S. 55).

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass Definitionen psychischer Störungen und Klassifikationssysteme keinem statischen Verständnis folgen. Sie unterliegen einem kontinuierlichen Wandel und sind im jeweiligen historischen, gesellschaftlichen und sozialpolitischen Kontext zu betrachten.

4. Spezifische Persönlichkeitsstörungen

4.1. Borderline Persönlichkeitsstörung

Das Erkrankungsalter der Borderline Persönlichkeitsstörung variiert, wobei erste Symptome in der Regel im frühen Erwachsenenalter oder früher auftreten können. In der Allgemeinbevölkerung wird die Prävalenzrate auf etwa 0,7 bis 2,7 % geschätzt. Innerhalb stationärer psychiatrischer Settings ist der Anteil deutlich höher. Dort erfüllen bis zu 22 % der Patient*innen die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.

In der Allgemeinbevölkerung sind Männer und Frauen etwa gleichermaßen betroffen. In therapeutischen und klinischen Behandlungssettings finden sich jedoch deutlich mehr Frauen, was unter anderem darauf zurückgeführt wird, dass Frauen häufiger professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich auch im Hinblick auf komorbide Erkrankungen. Männer mit Borderline Persönlichkeitsstörung leiden statistisch gesehen häufiger zusätzlich an Substanzmittelabhängigkeit und an einer antisozialen Persönlichkeitsstörung. Bei Frauen treten hingegen häufiger affektive Störungen, Angststörungen, Essstörungen sowie posttraumatische Belastungsstörungen als komorbide Erkrankungen auf.

Die Borderline Persönlichkeitsstörung ist mit einem besonders hohen Suizidrisiko verbunden. Die Suizidrate liegt mit etwa 5,9 % deutlich höher als bei anderen Persönlichkeitsstörungen. Darüber hinaus berichten bis zu 75 % der Betroffenen von mindestens einem Suizidversuch im Verlauf ihres Lebens. Insgesamt ist die Lebenserwartung von Menschen mit Borderline Persönlichkeitsstörung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung reduziert, wobei insbesondere Männer eine deutlich niedrigere Lebenserwartung aufweisen. Als mögliche Erklärungen werden ein ungesunder Lebensstil, eine neurobiologisch bedingte eingeschränkte Stresstoleranz und eine erhöhte Vulnerabilität für somatische Erkrankungen diskutiert. Letztere kann unter anderem durch die Auswirkungen chronischer Stressbelastung auf das Immunsystem begünstigt werden.

Menschen mit Borderline Persönlichkeitsstörung sind häufig intensiv in das Gesundheitssystem eingebunden, was mit hohen individuellen Belastungen und erheblichen

gesellschaftlichen Kosten verbunden ist. Psychopharmakologische Behandlungen zeigen dabei nur eine begrenzte Wirksamkeit und werden vor allem unterstützend eingesetzt. Als bevorzugte und wirksamste Behandlungsform gilt die Psychotherapie. Bisher liegen jedoch keine eindeutigen Erkenntnisse darüber vor, welche psychotherapeutischen Verfahren insgesamt wirksamer sind als andere. Trotz therapeutischer Fortschritte ist die Rückfallquote weiterhin hoch, was den erheblichen Bedarf unterstreicht, bestehende Behandlungsangebote weiterzuentwickeln und zu verbessern (vgl. Leichsenring et al. 2024).

In den letzten Jahrzehnten wurden spezialisierte psychotherapeutische Ansätze für die Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung entwickelt. Zu den am besten untersuchten Verfahren zählen die Dialektisch-Behaviorale Therapie, die Mentalisierungsbasierte Therapie und die Übertragungsfokussierte Psychotherapie. Aktuelle Analysen zeigen, dass sich diese Verfahren in ihrer Wirksamkeit insgesamt als vergleichbar erweisen. Sie führen insbesondere zu einer Reduktion von Suizidalität, selbstverletzendem Verhalten und stationären Aufenthalten sowie zu einer Verbesserung der emotionalen Stabilität und interpersonellen Funktionsfähigkeit.

Neben diesen störungsspezifischen Therapieansätzen gewinnen ergänzende Interventionen zunehmend an Bedeutung, insbesondere im Umgang mit häufig auftretenden komorbiden Störungen. Dazu zählen Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zu Behandlungsangeboten, etwa durch niedrigschwellige Versorgungsstrukturen, sowie altersangepasste Therapieprogramme, beispielsweise für Jugendliche und junge Erwachsene. Darüber hinaus werden digitale Interventionen zunehmend erprobt, um Wartezeiten zu überbrücken, Therapien zu begleiten oder psychoedukative Inhalte zugänglich zu machen.

Trotz der Weiterentwicklung wirksamer Behandlungsansätze bestehen weiterhin strukturelle Herausforderungen. Insbesondere im ambulanten Bereich sind die Wartezeiten auf einen Therapieplatz häufig sehr lang, was für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung aufgrund der hohen Krisenanfälligkeit und des Suizidrisikos besonders problematisch ist. In dieser Zeit kann es zu akuten Verschlechterungen kommen, die zu stationären Aufnahmen führen, obwohl diese eine ambulante Behandlung nicht ersetzen können.

Neuere Entwicklungen in der Behandlung betonen daher die Notwendigkeit spezifischer, auf das Störungsbild zugeschnittener Interventionen, die gleichzeitig flexibel sind, um auf individuelle Problemlagen und Komorbiditäten eingehen zu können. Wirksam sind insbesondere Behandlungskonzepte, die sowohl die Hauptsymptomatik der Borderline Persönlichkeitsstörung als auch begleitende psychische Erkrankungen berücksichtigen.

Der Begriff „Borderline“ wird aus dem Englischen mit „Grenzlinie“ übersetzt. Historisch bezeichnete er den Grenzbereich zwischen neurotischen Entwicklungsstörungen und psychotischen Erkrankungen. Das heute sogenannte Störungsbild wurde dem früher gebräuchlichen Begriff der „Hysterie“ zugeordnet. In den 1970er- und 1980er-Jahren galt Borderline zeitweise als Sonderform der schizophrenen Psychose. Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen wurden damals als Psychopathien verstanden, die durch innere emotionale Konflikte ausgelöst würden. Heute ist die Borderline-Störung auch als emotional instabile Persönlichkeitsstörung bezeichnet, zunehmend im gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Diskurs präsent. Aufgrund des Schweregrades und der Komplexität des Störungsbildes sind

Forschung und Praxis verstärkt gefordert, geeignete Erklärungs- und Behandlungsansätze zu entwickeln. Gleichzeitig wird der Begriff „Borderline“ im öffentlichen Diskurs häufig inhaltlich falsch und inflationär verwendet. Das hat nicht nur für Betroffene schwerwiegende Konsequenzen, da dadurch wesentliche Informationen zu Ursachen, Symptomen und Interventionsmöglichkeiten verzerrt werden. Menschen mit Borderline-Symptomatik sind in der öffentlichen Wahrnehmung oft mit Selbst- und Fremdgefährdung sowie instabilen, konfliktreichen Beziehungsmustern verknüpft. Es bestehen zahlreiche Mythen, Vorurteile und Stigmatisierungen – teilweise auch bei Fachpersonen im therapeutischen und unterstützenden Bereich (vgl. Sendera/ Sendera, 2016, S. 9).

Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung gilt häufig als schwer oder gar nicht therapierbar. Dieses Bild konnte in den letzten Jahren jedoch weitgehend widerlegt werden. Besonders bei frühzeitig einsetzenden, störungsspezifischen Psychotherapien im Jugendalter zeigen sich deutliche Behandlungserfolge. Auch bei Erwachsenen wird sichtbar, dass sich Symptome und Problembereiche im Verlauf der Jahre bessern können. Von Auer und Kaess weisen jedoch darauf hin, dass diese Erkenntnisse nicht zu „übertriebener Euphorie“ verleiten sollten. Viele Betroffene leiden weiterhin unter komorbiden Störungen, die ihre Lebensqualität erheblich einschränken können. Zentral ist jedoch die Erkenntnis, dass die emotional instabile Persönlichkeitsstörung veränderbar ist (vgl. von Auer/ Kaess, 2023, S. 6).

Das Stigma Betroffene sind schwer behandelbar, unmotiviert oder grundsätzlich schwierig im Umgang, besteht trotzdem. Häufig werden ihnen zusätzlich negative Eigenschaften zugeschrieben und die Fähigkeit Helfersysteme zu spalten. Auch ihr selbstgefährdendes Verhalten löst bei Fachkräften oft große Besorgnis aus (vgl. von Auer & Kaess, 2023, S. 7). In dem Wissen kann es auch zu Selbststigmatisierung kommen, wenn man die Diagnose erhält. Um dem Vorzubeugen sind viele Diagnostiker sehr zögerlich, weil sie negative Folgen für die Betroffenen vermeiden wollen (vgl. von Auer/ Kaess, 2023, S. 21).

Gleichzeitig tragen Medien durch vereinfachte, sensationsorientierte Darstellungen zur Verbreitung von Halbwissen bei. Dadurch entsteht ein verzerrtes Bild der Störung, das dem tatsächlichen Leiden der Betroffenen nicht gerecht wird. Dennoch ist eine zutreffende Diagnose entscheidend, um eine angemessene und wirksame Behandlung zu ermöglichen. Für Betroffene und Angehörige kann sie Verständnis schaffen und entlastend wirken. Die Benennung der Problematik kann Orientierung geben und das Gefühl vermitteln, mit den bestehenden Herausforderungen nicht allein zu sein. Ebenso können sich durch störungsspezifische Interventionen neue Handlungsmöglichkeiten, Hoffnung und Perspektiven eröffnen (vgl. Sendera/ Sendera, 2016, S. 115).

Die Borderline Persönlichkeitsstörung ist vor allem gekennzeichnet durch ausgeprägte Instabilität in den Bereichen Emotionsregulation, Identität und zwischenmenschliche Beziehungen. Betroffene zeigen häufig impulsives Verhalten wie Selbstverletzung, parasuizidale Handlungen oder Substanzkonsum. In Beziehungen schwankt ihre Wahrnehmung anderer stark zwischen Idealisierung und Abwertung im Sinne eines „Alles-oder-nichts-Denkens“. Hinzu kommt eine intensive Angst vor Verlassenwerden, die zu großen inneren Spannungszuständen führt und zu starken Bemühungen, Beziehungsabbrüche zu

vermeiden. Typisch sind anhaltende und intensive Anspannung, Gefühle innerer Leere sowie dissoziative Zustände (vgl. von Auer/ Kaess, 2023, S. 1).

Die emotionale Vulnerabilität von Betroffenen ist genetisch, neurobiologisch und biografisch mitbedingt. Eine zentrale Rolle spielt dabei ein nicht-validierendes Umfeld, in dem die Gefühle und Bedürfnisse des Kindes nicht wahrgenommen oder nicht ausreichend wertgeschätzt wurden. Dadurch lernt das Kind nicht, dass seine Emotionen wichtig und berechtigt sind. Dazu kommt häufig, dass Bezugspersonen ein unberechenbares Verhalten zeigen und mit wechselnden, schwer vorhersehbaren Reaktionen auf Situationen antworten. So entsteht eine Diskrepanz zwischen den eigenen Empfindungen des Kindes und den Reaktionen seiner Umwelt. Dies schränkt das emotionale Lernen stark ein und führt dazu, dass Betroffene später erhebliche Schwierigkeiten in der Emotionsregulation entwickeln (vgl. Sendera/ Sendera, 2016, S. 40).

Es wird ein Zusammenhang zwischen der Diagnose und belastenden oder traumatischen Erfahrungen in der Kindheit vermutet. Häufig wird das Störungsbild als unspezifische Traumafolgestörung diskutiert und mit der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung in Verbindung gebracht. Viele Betroffene berichten von schwierigen familiären Bedingungen wie Vernachlässigung, Ablehnung, Abwertung oder körperlichem, sexuellem oder psychischem Missbrauch teilweise durch Personen, die gleichzeitig eine wichtige Bezugsperson darstellen. Das führt oft zu Anpassungsstrategien, die das Überleben sichern sollen, jedoch mit der Unterdrückung eigener Bedürfnisse und Gefühle einhergehen. Der spätere Zugang zu diesen inneren Zuständen wird dadurch erschwert, was wiederum Anspannung auslösen kann (vgl. Behr et al., 2020, S. 391).

Charakteristisch ist, dass Reize oder Ereignisse, die von anderen als wenig bedeutsam eingeschätzt werden, bei Betroffenen starke emotionale Reaktionen auslösen können. Besonders wahrgenommene Zurückweisung durch nahe Bezugspersonen auch wenn diese objektiv nicht so gemeint sind, kann zu enormer emotionaler Not bis hin zu suizidalen Krisen führen (vgl. Sutor, 2022, S. 25). Häufig handelt es sich dabei um eine Überflutung mit Gefühlen. Emotionen werden schneller, intensiver und schmerzhafter erlebt. Gleichzeitig werden positive Gefühle wie Freude, Interesse oder Neugier seltener wahrgenommen. Um die belastenden Gefühle zu vermeiden oder zu reduzieren, greifen Betroffene nicht selten auf dysfunktionale Bewältigungsstrategien zurück, etwa riskantes Verhalten, Substanzkonsum, Promiskuität, zwanghaftes Handeln oder impulsives Kaufen. Diese Verhaltensweisen führen zu einer kurzfristigen Entlastung, können aber neue Krisen auslösen. In zwischenmenschlichen Situationen kommt es häufig zu Wutausbrüchen und heftigen Konflikten. Wut kann dabei auch als Versuch verstanden werden, Hilflosigkeit zu überwinden und innere Anspannung abzubauen (vgl. Sutor, 2022, S. 28).

Hinter selbstverletzendem Verhalten und anderen schädigenden Handlungen stehen häufig sehr belastende und schwer aushaltbare Gefühle. Mit diesen aufzuhören würde bedeuten, sich mit diesen Gefühlen auseinandersetzen zu müssen. Im Gegensatz zu Menschen mit einer gesunden Emotionsregulation haben Betroffene oft nicht gelernt, sich selbst zu beruhigen, sich zu trösten oder konstruktiv mit Gefühlen wie Trauer umzugehen. Daher wirken Verhaltensänderungen bedrohlich, verstärken das Gefühl der eigenen Verletzlichkeit und

damit auch die Sorge, von anderen enttäuscht zu werden. Für Menschen mit einer Borderline-Erkrankung ist es oft schwierig, die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und angemessen darauf zu reagieren. Typisch sind starke Selbstabwertung und Gedanken wie: „Ich habe es nicht verdient, dass es mir besser geht.“ Selbsthass und selbstschädigendes Verhalten übernehmen dabei eine wichtige Funktion, zugleich wirken sie vertraut und damit subjektiv sicher. Veränderungen und neue Sichtweisen lösen häufig Angst und das Gefühl von Kontrollverlust aus (vgl. von Auer/ Kaess, 2023, S. 106).

Es stellt sich häufig die Frage, ob Menschen mit einer Borderline-Störung geheilt werden können. Zwar ist das Verhalten grundsätzlich therapierbar, jedoch bleibt die emotionale Vulnerabilität in der Regel ein Leben lang bestehen. Dennoch ist ein zufriedenstellendes Leben möglich. Entscheidend ist dabei, die eigenen Auslöser zu erkennen und Fähigkeiten zu entwickeln, um mit intensiven Gefühlen und zwischenmenschlichen Situationen angemessen umzugehen (vgl. Sendera & Sendera, 2016, S. 48).

Allgemein erfüllen Gefühle eine zentrale Funktion. Sie geben Hinweise auf das eigene Wohlbefinden, schaffen Orientierung, warnen vor möglichen Gefahren und tragen damit zum Überleben bei. Im sozialen Kontext ermöglichen Emotionen den Aufbau und die Aufrechterhaltung von Beziehungen. Sie werden über Mimik, Körperhaltung, Stimme, Tonfall und Wortwahl ausgedrückt und geben sowohl Auskunft über eigene Bedürfnisse als auch darüber, welche Bedürfnisse das Gegenüber möglicherweise hat (vgl. Sendera/ Sendera, 2016, S. 49). Die Entwicklung und Wahrnehmung eigener Gefühle wird durch die Emotionen und Reaktionen der frühen Bezugspersonen geprägt (vgl. Sendera/ Sendera, 2016, S. 52). Emotionsregulation stellt daher eine zentrale Fähigkeit dar. Sie umfasst das Erkennen von inneren Bildern, Erinnerungen, Bewertungen und Handlungsimpulsen sowie die bewusste Entscheidung, ob ein Impuls ausgelebt oder bewusst gegengesteuert werden soll. Bei Menschen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung besteht ein wichtiges therapeutisches Ziel darin Gefühle ohne Bewertung wahrzunehmen und zu beschreiben. Diese Fähigkeit bildet eine entscheidende Grundlage für einen konstruktiven Umgang mit Emotionen (vgl. Sendera/ Sendera, 2016, S. 52).

Für eine therapeutische Zusammenarbeit ist eine stabile und positive Beziehung von zentraler Bedeutung. Hilfreich ist dabei das Bewusstsein, dass Menschen mit Borderline-Symptomatik stark belastet sind und unter einem hohen Leidensdruck stehen. Gleichzeitig bemühen sie sich oft sehr und haben in der Regel den Wunsch nach Veränderung. Selbstverletzendes Verhalten sollte daher weder als manipulativ noch als persönlicher Appell verstanden werden, sondern vielmehr als eine Strategie zur Spannungsreduktion. Akzeptanz spielt in der therapeutischen Beziehung eine unverzichtbare Rolle (vgl. Behr et. al, 2020, S. 395), insbesondere da das Verhalten der Betroffenen von ihrem Umfeld häufig mit Irritation und Ablehnung beantwortet wird. Dem steht jedoch ein starkes Bedürfnis nach Nähe und Verständnis gegenüber. Gerade in Bezug auf die Nähe-Distanz-Regulation benötigen Betroffene Unterstützung, da sie die damit verbundene innere Ambivalenz meist nicht allein bewältigen können (vgl. Behr et al., 2017, S. 395).

Viele Menschen mit einer Borderline-Störung leben unauffällig und sind sozial gut integriert. Sie reagieren in den meisten Alltagssituationen angemessen. Erst unter sehr hoher innerer

Anspannung kann es zu extremen Reaktionen kommen. Gleichzeitig verfügen viele Betroffene über zahlreiche Stärken. Häufig zeigen sie ein hohes Maß an Sensibilität, Emotionalität und Empathie sowie eine große Loyalität gegenüber anderen Menschen, insbesondere dann, wenn sie Vertrauen aufgebaut haben. Viele sind kreativ und sprachlich begabt, wirken facettenreich, charmant und fantasievoll und zeigen sich hilfsbereit und flexibel. Nicht selten verfügen sie über eine hohe Auffassungsgabe, ausgeprägte Intuition und einen starken Sinn für Gerechtigkeit. Zudem geben sie oft nicht so schnell auf, sondern zeigen Hartnäckigkeit und Willensstärke. Eigenschaften, die möglicherweise auch im Zusammenhang mit belastenden biografischen Erfahrungen stehen (vgl. Sendera/ Sendera, 2016, S. 22).

4.2. Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Die narzisstische Persönlichkeitsstörung erfährt in den letzten Jahren zunehmend Aufmerksamkeit, da sie häufig mit gravierenden negativen sozialen Konsequenzen einhergehen kann. Dazu zählen unter anderem zwischenmenschliche Gewalt, manipulative Beziehungsmuster sowie antisoziale Tendenzen, die sowohl für Betroffene selbst als auch für ihr soziales Umfeld erhebliche Belastungen darstellen.

Die Prävalenz der narzisstischen Persönlichkeitsstörung variiert weltweit stark in Abhängigkeit von kulturellen, sozialen und methodischen Faktoren. Schätzungen reichen je nach Gemeinschaft und Bevölkerungsgruppe von 0 % bis zu 6,2 %. Besonders bei Männern wird eine vergleichsweise hohe Prävalenz berichtet, wobei von einer Dunkelziffer auszugehen ist, da Betroffene keine therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen.

Hinsichtlich der Ätiologie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung lassen sich bislang keine einzelnen, klar abgrenzbaren Risikofaktoren benennen. Vielmehr wird ein komplexes Zusammenspiel genetischer Dispositionen, ungünstiger Umweltbedingungen und psychosozialer Belastungen angenommen. Wie genau sich aus diesen Faktoren ein pathologischer Narzissmus entwickeln kann, ist bislang unzureichend erforscht, was insbesondere im Hinblick auf Prävention eine Herausforderung darstellt.

Empirische Erkenntnisse deuten auf einen Zusammenhang zwischen belastenden Kindheitserfahrungen beziehungsweise traumatischen Erlebnissen und der Entwicklung einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung hin (vgl. Ross et al., 2024, S. 2). Typisch sind dabei ausgeprägte, häufig schwankende Selbstwertzustände, die als psychischer Abwehrmechanismus fungieren. Insbesondere bei Personen mit traumatischen Kindheitserfahrungen kann ein grandioses Selbstbild dazu beitragen, grundlegende Bedürfnisse nach Sicherheit, Schutz und Kontrolle aufrechtzuerhalten unabhängig von den tatsächlichen äußeren Lebensbedingungen.

In diesem Zusammenhang wird auch eine Form der Dissoziation beschrieben, bei der sich Betroffene von der traumatischen Realität und der belastenden sozialen Umwelt innerlich abspalten. Diese Dissoziation ermöglicht es, schmerzhaft Affekte und Erinnerungen zu vermeiden, stabilisiert jedoch langfristig dysfunktionale Selbst- und Beziehungsmuster und trägt damit zur Aufrechterhaltung der Störung bei (vgl. Ross et al., 2024, S. 4).

Empirische Studien zeigen, dass narzisstische Persönlichkeitsmerkmale, insbesondere bei Führungskräften, vergleichsweise häufig auftreten können. In organisationalen Kontexten

können diese Merkmale negative Auswirkungen haben. So wird beschrieben, dass narzisstisches Führungsverhalten unethisches Verhalten bei Mitarbeitenden begünstigt, zentrale Unternehmensziele untergräbt und bestehende Unternehmenskulturen destabilisiert. Aufgrund einer ausgeprägten Einschränkung in der Empathiefähigkeit kann es vermehrt zu Konflikten und Konkurrenzdenken kommen.

Auch im Kindes- und Jugendalter können narzisstische Merkmale mit erheblichen psychosozialen Belastungen einhergehen. Betroffene Kinder und Jugendliche können Opfer von Mobbing werden und zeigen Schwierigkeiten im Umgang mit Autoritäten sowie entwickeln häufiger suizidale Gedanken oder unternehmen Suizidversuche. Diese Befunde verdeutlichen, dass narzisstische Ausprägungen nicht nur im Erwachsenenalter problematisch werden, sondern bereits frühzeitig zu sozialen Konflikten und psychischem Leid führen können.

Darüber hinaus wird diskutiert, dass soziale und kulturelle Einflussfaktoren zur Zunahme narzisstischer Persönlichkeitstendenzen beitragen. Moderne gesellschaftliche Ideale, die starken Fokus auf Selbstwert, Leistung, Individualismus und äußeren Erfolg legen, werden als potenzielle Verstärker narzisstischer Entwicklungen betrachtet (vgl. Deng et al. 2021, S. 1608). Diese normativen Rahmenbedingungen können insbesondere bei vulnerablen Personen dazu beitragen, dass narzisstische Bewältigungsstrategien stabilisiert oder verstärkt werden.

Studien weisen darauf hin, dass sich narzisstische Symptome durch therapeutische Interventionen verbessern können, allerdings zeigen sich diese Effekte teilweise nur über einen begrenzten Zeitraum. Zudem besteht das Risiko, dass bestimmte Behandlungsansätze narzisstische Züge unbeabsichtigt verstärken oder bestehende psychische Schwierigkeiten verschärfen. Vor diesem Hintergrund wird dringend empfohlen, differenzierte und wirksame Behandlungskonzepte weiterzuentwickeln, die insbesondere den unterschiedlichen Subtypen des Narzissmus Rechnung tragen (vgl. Deng et al. 2021, S. 1609).

Martius unterscheidet zwischen gesundem und pathologischem Narzissmus. Gesunder Narzissmus erfüllt eine wichtige Funktion, indem er stabile zwischenmenschliche Beziehungen ermöglicht und dazu beiträgt den eigenen Selbstwert realistisch einzuschätzen (vgl. Martius, 2022, S. 49f). Aus psychodynamischer Perspektive liegt einer narzisstischen Störung hingegen eine Störung des Selbstwertes zugrunde. Der basiert auf einem „grandiosen Selbst“, also einer verzerrten Selbstwahrnehmung, die zu einer idealisierten Vorstellung der eigenen Person führt. Menschen mit narzisstischer Problematik verfügen häufig über Charisma und ein hohes Maß an Intelligenz. Ihre Beziehungen sind meist stark einseitig geprägt, da sie Bestätigung und Bewunderung von außen benötigen, um ihr inneres Gefühl von Leere auszugleichen. Damit besteht eine deutliche Abhängigkeit von der Anerkennung anderer (vgl. Martius, 2022, S. 50).

Martius beschreibt außerdem eine hoch-funktionale Form des pathologischen Narzissmus. Diese Personen sind im Alltag leistungsfähig und präsentieren sich und ihre Fähigkeiten bewusst in der sozialen Umgebung. Sie zeichnen sich durch große Selbstsicherheit, starkes Konkurrenzdenken und Erfolgsorientierung aus, stehen gerne im Mittelpunkt und übernehmen häufig die Rolle charismatischer Verführer:innen. Aufgrund ihres Erfolgs und ihrer Wirkung nach außen wird bei ihnen seltener an eine narzisstische Störung gedacht. In Therapie begeben sie sich nur dann, wenn sie persönliche Krisen erleben, beispielsweise nach

Trennungen oder beruflichem Scheitern. Also in Situationen, in denen die gewohnte Anerkennung und Bewunderung plötzlich wegfallen (vgl. Martius, 2022, S. 51).

In der Biografie von Menschen mit narzisstischer Problematik finden sich häufig frühe psychosoziale Belastungen innerhalb der Familie. Nahestehende Bezugspersonen zeigen dabei oft entweder Desinteresse und emotionale Abwertung sowie gleichzeitig unkritische Bewunderung. Dies führt dazu, dass Betroffene nach außen hin zu Selbstüberschätzung neigen, während sie innerlich mit Selbstwertproblemen kämpfen. Solange sie erfolgreich sind und Anerkennung erhalten, wirkt ihr Selbstbild stabil. Bricht dieser Erfolg jedoch weg, geraten sie häufig in eine Krise. Ein stark ausgeprägtes Bedürfnis, von anderen gemocht zu werden und der Wunsch nach Anerkennung stehen dabei im Zentrum ihres Erlebens (vgl. Behr et al., 2020, S. 399).

Menschen mit narzisstischer Ausprägung haben häufig den starken Wunsch, etwas Besonderes zu sein durch Erfolg, gesellschaftliche Relevanz, ein attraktives äußeres Erscheinungsbild oder die Fähigkeit, andere von sich zu überzeugen. Nach außen können sie dabei arrogant oder überheblich wirken. Im zwischenmenschlichen Kontakt gehen sie oft davon aus, dass sie besser behandelt werden sollten als andere und dass für sie besondere Regeln oder Sonderrechte gelten. Mitunter nutzen sie andere Menschen zur Erreichung eigener Ziele aus, was im Umfeld häufig negative Gefühle hervorruft. Typisch sind ebenso eine geringe Empathiefähigkeit und Neid gegenüber Mitmenschen, während sie gleichzeitig annehmen, andere seien neidisch auf sie selbst. Negative Ereignisse oder Misserfolge nehmen sie kaum wahr. Treten solche dennoch auf, werden sie häufig umgedeutet, entweder als verdeckte Erfolge oder als Folge des Fehlverhaltens anderer. Diese Selbstverleugnung ist jedoch nur begrenzt aufrechtzuerhalten. Wird sie brüchig, können Scham und depressive Verstimmungen entstehen. Ihnen fehlt oft die Fähigkeit, aktiv Trost oder Zuwendung bei anderen Menschen zu suchen (vgl. Behr et al., 2020, S. 298f).

Kunz et al. befassen sich in diesem Zusammenhang mit dem Konzept des Selbstwertes. Besonders in Krisenzeiten kann es zu einem deutlichen Verlust des Selbstwertgefühls und zu starken Selbstzweifeln kommen. Daher ist es entscheidend, das persönliche Krisenerleben und die damit verbundenen Bewältigungsprozesse zu verstehen. Schütz (2000) beschreibt den Schutz und die Aufrechterhaltung des eigenen Selbstwertes als eine grundlegende Motivation menschlichen Handelns (vgl. Kunz et al., 2009, S. 185). Das Selbstwertgefühl lässt sich verstehen als „die Summe der mehr oder weniger positiven Bewertungen, die eine Person über sich selbst abgibt“ (Kunz et al., 2009, S. 185).

Der Selbstwert entsteht aus der Selbstwahrnehmung, aus sozialen Reaktionen auf die eigene Person, aus bisherigen Erfahrungen sowie aus Vergleichen mit anderen Menschen. Er ist abhängig von Geschlecht, Alter, kulturellem Hintergrund und weiteren persönlichen Merkmalen und wird auch durch individuelle Persönlichkeitseigenschaften geprägt. Wichtige Einflussvariablen sind die Akzeptanz der eigenen Person, wahrgenommener persönlicher Erfolg und Fähigkeiten, sozialer Status und das Erleben im Vergleich zu anderen besser gestellt zu sein. Hinzu kommen die Fähigkeit, andere beeinflussen zu können, sowie soziale Kompetenzen wie Kontaktfähigkeit, Aufrechterhaltung von Beziehungen und die

Wahrnehmung, was andere über einen denken. Auch das Führen zufriedenstellender Beziehungen spielt eine zentrale Rolle (vgl. Kunz et al., 2009, S. 186).

Veränderungen des Selbstwertgefühls können im Verlauf des Lebens auftreten, etwa im Jugend- oder höheren Erwachsenenalter, durch familiäre Hintergründe, belastende Lebensereignisse, traumatische Erfahrungen oder gesellschaftliche Einflüsse. Ein niedriger Selbstwert ist mit einem erhöhten Risiko für Suizidalität verbunden und wird häufig durch Suchtverhalten kompensiert. Grundsätzlich gilt ein hohes Selbstwertgefühl als wünschenswert, während ein niedriger Selbstwert eher negativ bewertet wird. Allerdings kann ein übermäßig hohes Selbstwertgefühl ebenso problematisch sein, da es zu Abwertung anderer und somit zu Schwierigkeiten in sozialen Interaktionen führen kann (vgl. Kunz et al., 2009, S. 186).

Peichl betont, dass der Begriff „Narzisst“ nicht als abwertende oder pathologisierende Bezeichnung verstanden werden sollte. Er beschreibt Narzissmus als „kreative und hoch kompetente Lösung eines seelischen Dilemmas“ (Peichl, 2016, S. 8). Demnach handelt es sich zunächst um einen Versuch, frühere innere Verletzungen zu bewältigen. Im Laufe des Lebens kann diese ursprünglich hilfreiche Bewältigungsstrategie selbst zum Problem werden.

In diesem Verständnis bedeutet narzisstisch zu sein vorerst sich daran erinnern zu können, dass man wichtig und wertvoll ist. Zugleich kann Narzissmus je nach Ausprägung mit negativen persönlichen und zwischenmenschlichen Folgen einhergehen. Für das Umfeld sind narzisstische Verhaltensweisen häufig schwer auszuhalten, weshalb ein lösungsorientierter Zugang in Therapie von großer Bedeutung ist. Ob therapeutische Unterstützung hilfreich ist, hängt dabei von vielen unterschiedlichen Faktoren ab (vgl. Peichl, 2016, S. 10).

Häufig werden Narzissmus und narzisstische Persönlichkeitseigenschaften pauschal als krankhaft und negativ bewertet. Lammers distanziert sich jedoch von dieser Sichtweise. Er betont, dass narzisstische Anteile bis zu einer bestimmten Ausprägung sogar hilfreich und wichtig für Menschen sein können. Außerdem verfügt jeder Mensch in gewissem Maß über narzisstische Eigenschaften. In abgeschwächter Form stellen sie sogar Ressourcen dar: Sie fördern Leistungsfähigkeit, Organisationstalent, Durchhaltevermögen, Ambition und ein Gefühl von Stärke und Kompetenz. Menschen mit gesunden narzisstischen Anteilen erleben häufig mehr Zufriedenheit und Erfolg. Diese Eigenschaften können als selbstbewusste und selbstwertstärkende Charakteristika verstanden werden.

Dies ist dann der Fall, wenn sich Menschen als besonders oder wertvoll erleben, ohne andere gleichzeitig abzuwerten. So gelingt es ihnen, die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und umzusetzen, ohne die Bedürfnisse anderer zu ignorieren. Sie empfinden Stolz auf ihre tatsächlichen Leistungen, ohne zu prahlen oder zu übertreiben. Gleichzeitig kennen sie ihre Stärken und können sie benennen, ohne Schwächen zu verleugnen. Eigenschaften wie Neugier, Kreativität und der Mut, Neues auszuprobieren, gehören ebenfalls dazu (vgl. Lammers 2021, S. 17f). Diese Form von narzisstischer Ausprägung geht häufig mit einem Bedürfnis nach Anerkennung einher, das jedoch mit einer gleichzeitigen Wertschätzung anderer Menschen verbunden ist. Dadurch entsteht eine wechselseitige, ausgewogene Beziehungsgestaltung. Personen mit solchen Eigenschaften zeigen insgesamt geringere

depressive Symptome, weniger Ängste und Einsamkeitsgefühle und berichten häufig über eine höhere Lebenszufriedenheit (vgl. Lammers 2021, S. 19).

Für den therapeutischen Umgang mit narzisstischen Patient:innen beschreibt Lammers die „80:20-Regel“. Die geht davon aus, dass etwa 80 % der Persönlichkeit aus gesunden, angemessenen und positiven Eigenschaften bestehen, während nur etwa 20 % übersteigert und damit für die betroffene Person und ihr Umfeld problematisch sind. Dieses Verhältnis kann individuell schwanken, bietet aber einen hilfreichen orientierenden Gedanken in der therapeutischen Arbeit: Ziel ist es, die gesunden Anteile zu stärken und die problematischen Anteile, also die „20 %“ gezielt zu bearbeiten. Diese Muster sind meist der Anlass für eine Therapie (vgl. Lammers 2021, S. 20f). Dabei ist stets zu berücksichtigen, dass die Bewertung dessen, was als „angemessen“, „gesund“ oder „positiv“ gilt, immer auch von persönlichen Werten, der eigenen Persönlichkeit sowie von gesellschaftlichen und kulturellen Rahmenbedingungen beeinflusst wird (vgl. Lammers 2021, S. 22).

Von einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung wird erst dann gesprochen, wenn sowohl die betroffene Person selbst als auch ihr soziales Umfeld unter den narzisstischen Verhaltens- und Erlebensweisen leiden. Charakteristisch ist eine pathologische Selbstwertregulation (vgl. Lammers 2021, S. 24).

Dem grandiosen Selbst steht ein vulnerables Selbst gegenüber. Hinter der Fassade der Überlegenheit verbergen sich häufig Gefühle von Scham, Einsamkeit, Angst und innerer Leere. Die äußere scheinbare Sicherheit dient der Abwehr extremer Selbstzweifel und eines sehr fragilen Selbstwerts. Die Betroffenen versuchen, ihren geringen Selbstwert mit dem grandiosen Selbst zu kompensieren, was dauerhaft nicht gelingt. Damit verbunden ist eine ständige Angst vor Mittelmäßigkeit, Minderwertigkeit und sozialer Ablehnung (vgl. Lammers 2021, S. 25f). In der Therapie ist häufig die Auseinandersetzung mit diesem vulnerablen Selbst von zentraler Bedeutung. Viele narzisstische Personen zeigen allerdings erst dann eine Änderungsmotivation, wenn ein erheblicher Leidensdruck entstanden ist; erst dann suchen sie therapeutische Unterstützung auf.

In zwischenmenschlichen Beziehungen zeigt sich häufig ein ausgeprägter Nähe-Distanz-Konflikt. Einerseits besteht eine starke Abhängigkeit von der positiven Bewertung durch andere Menschen. Andererseits besteht eine Angst vor Nähe sowie teilweise ein echtes Desinteresse an den Bedürfnissen anderer. Hinzu kommt die Befürchtung, jemand könnte hinter die grandiose Fassade blicken und die eigene Verletzlichkeit erkennen. Diese Vorstellung ist für Betroffene kaum erträglich. Gleichzeitig sind viele durchaus reflektiert und sich bewusst, dass sie Defizite durch kompensatorische Verhaltensweisen zu überdecken versuchen (vgl. Lammers 2021, S. 27).

Der Übergang von narzisstischen Eigenschaften zu einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung wird vor allem dann deutlich, wenn arrogantes und dominantes Verhalten zunehmend ausgeprägt ist und sich das soziale Umfeld mehr und mehr zurückzieht. Häufig kommt es zu rivalisierendem Verhalten, bei dem andere Menschen abgewertet werden, um sich selbst aufzuwerten. Dies kann mit Dominanzstreben, Abwertungstendenzen und auch Aggression einhergehen (vgl. Lammers 2021, S. 28f).

Viele narzisstische Patientinnen und Patienten erleben erheblichen Leidensdruck, der sich unter anderem in Depressionen, Burn-out oder Suchterkrankungen äußern kann. Dieser Leidensdruck steht häufig im Zusammenhang mit den extrem hohen Idealen, die sie verfolgen, etwa in Bezug auf Erfolg, Leistungsfähigkeit oder gesellschaftlichen Status. Zusätzliche Belastung entsteht, wenn die Gefahr besteht, dass ein aufrechterhaltenes Lügenkonstrukt oder eine idealisierte Selbstdarstellung zusammenbrechen könnte und die tatsächliche Realität sichtbar wird. In der Therapie stellt insbesondere die notwendige Konfrontation mit dem vulnerablen Selbst und den damit verbundenen negativen Gefühlen eine große Herausforderung dar. Zudem fällt es vielen Betroffenen schwer, eine therapeutische Beziehung auf Augenhöhe zu gestalten (vgl. Lammers 2021, S. 30).

Lammers beschreibt darüber hinaus eine Form des verdeckten bzw. vulnerablen Narzissmus. Nach außen kann hier eine Fassade von Bescheidenheit oder sogar Unsicherheit erscheinen. Hinter dieser äußeren Zurückhaltung stehen jedoch häufig ausgeprägte narzisstische Fantasien und die Überzeugung, letztlich etwas Besonderes oder „besser“ als andere zu sein. Betroffene haben hohe Ansprüche an sich und ihr Umfeld und empfinden oft Neid gegenüber anderen Menschen. Zwar können sie Empathie zeigen, diese wirkt aufgesetzt oder unecht (vgl. Lammers 2021, S. 30f). Die narzisstischen Anteile werden bewusst verdeckt, um Zurückweisung oder Kritik zu vermeiden. Scham spielt dabei eine wesentliche Rolle (vgl. Lammers 2021, S. 31). Bei einigen Patientinnen und Patienten kann es zudem zu einem Wechsel zwischen verdecktem und grandiosem Narzissmus kommen – abhängig von der jeweiligen Situation und äußeren Bedingungen (vgl. Lammers 2021, S. 33).

Die beschriebenen Formen pathologischen Narzissmus finden sich am häufigsten in ambulanter und stationärer psychotherapeutischer Behandlung. Bei einem passenden therapeutischen Beziehungsangebot ist eine hilfreiche Zusammenarbeit in vielen Fällen möglich. Eine seltenere, aber besonders schwerwiegende Ausprägung stellt hingegen der maligne Narzissmus dar. Hier kommen dissoziale, paranoide und aggressive Persönlichkeitszüge zusammen. Typisch sind Ausbeutung, Manipulation, kriminelles Verhalten und zum Teil sadistische Neigungen. Empathie ist kaum oder gar nicht vorhanden, ebenso wenig wie Schuld- oder Verantwortungsgefühle. Oft ist jedoch eine ausgeprägte kognitive Empathie vorhanden, das heißt die Fähigkeit, sich in die Gedanken und Motive anderer hineinzusetzen, allerdings primär zu dem Zweck, diese besser manipulieren und ausnutzen zu können. Auch bei dieser Ausprägung existiert ein verletzlichem Selbst, das jedoch stark mit Ängsten und Misstrauen gegenüber anderen Menschen verknüpft ist. Kränkungen können intensive Hass- und Rachegefühle auslösen, die sich in Aggressionen gegen andere oder gegen sich selbst äußern können (vgl. Lammers 2021, S. 34).

Für das soziale Umfeld bedeutet dies häufig, dass Menschen entweder als uninteressant und minderwertig oder als Feinde wahrgenommen werden, die bekämpft werden müssen. Gleichzeitig neigen Betroffene zu unrealistischen Idealisierungen von Vorbildern oder Idolen, die jedoch meist nur von kurzer Dauer sind. Im psychiatrischen Kontext suchen sie nur dann Hilfe auf, wenn sie sich hiervon konkrete Vorteile versprechen. Häufig finden sich diese Personen im forensischen oder strafrechtlichen Bereich wieder (vgl. Lammers 2021, S. 35). Wird diese Form des Narzissmus therapeutisch nicht erkannt, besteht die Gefahr einer „Pseudotherapie“. Betroffene haben in der Regel keine Änderungsmotivation, missbrauchen

den Therapeuten möglicherweise für eigene Zwecke oder reagieren im Falle einer Kränkung mit massiver Aggression bis hin zur Bedrohung des Therapeuten (vgl. Lammers 2021, S. 36).

Menschen mit narzisstischen Persönlichkeitsanteilen fällt es im Allgemeinen schwer andere um Hilfe zu bitten, auch im privaten Umfeld. In einer Psychotherapie ist diese Hürde meist noch größer. Häufig bestehen starke Schamgefühle, weil die Inanspruchnahme von Hilfe als Niederlage erlebt wird. Der Beginn einer Therapie ist daher oft von innerer Anspannung und einer hohen Ambivalenz geprägt. Einerseits besteht Leidensdruck, andererseits lösen Abhängigkeit und Offenheit gegenüber der Therapeutin oder dem Therapeuten große Unsicherheit aus (vgl. Lammers 2021, S. 40f).

Besonders schwierig ist für viele Betroffene die emotionale Nähe, die in einer therapeutischen Beziehung entsteht. Um sich zu schützen, halten sie andere Menschen, auch die Therapeut:innen häufig innerlich auf Distanz. So kann die grandiose Fassade weiterhin aufrechterhalten werden (vgl. Lammers 2021, S. 41). Hinzu kommt die Angst vor Kontrollverlust, denn die unausweichliche Asymmetrie in der therapeutischen Beziehung steht im Widerspruch zum starken Bedürfnis nach Überlegenheit. Manche Patient:innen befürchten aufgrund ihres narzisstischen Verhaltens kritisiert oder abgewertet zu werden. Oder empfinden Neid auf den Therapeuten, der als kompetenter, stabiler oder stärker wahrgenommen wird (vgl. Lammers 2021, S. 43). Ebenso kann die Vorstellung, „wie alle anderen“ behandelt zu werden, als Kränkung erlebt werden, da sie sich selbst als einzigartig wahrnehmen (vgl. Lammers 2021, S. 44).

Auch in der therapeutischen Beziehung zeigen sie sich oft arrogant oder abwertend. Diese Reaktionen sind häufig Ausdruck früher Beziehungserfahrungen mit Bezugspersonen und können als Übertragungsphänomene verstanden werden (vgl. Lammers 2021, S. 45).

Für Therapeut:innen ist der Umgang mit diesen Verhaltensweisen eine besondere Herausforderung. Aus rein menschlicher Perspektive sind ablehnende oder verärgerte Reaktionen nachvollziehbar. Zentral ist deshalb die kontinuierliche Selbstreflexion. Eigene Bedürfnisse, Motive und Beziehungsmuster müssen erkannt und kritisch hinterfragt werden, um eine wertschätzende, empathische und fürsorgliche Haltung aufrechterhalten zu können. Auch Gegenübertragungsreaktionen – also unbewusste emotionale Antworten auf das Verhalten der Patient:innen spielen eine wichtige Rolle (vgl. Lammers 2021, S. 47).

Therapeut:innen müssen sich bewusst sein, dass auch sie selbst narzisstische Bedürfnisse haben, beispielsweise perfektionistische Vorstellungen („ich muss allen helfen“), Tendenzen zur Selbstüberschätzung („ich kann besser helfen als andere“), Verlustängste („der Patient darf mich nicht ablehnen oder die Therapie abbrechen“), ein starkes Bedürfnis nach Anerkennung oder eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Kritik (vgl. Lammers 2021, S. 48f).

Hinzu kommt, dass Menschen mit narzisstischen Anteilen häufig ein Gefühl für die Schwächen und Unsicherheiten anderer haben, auch bei den Therapeut:innen. Manche versuchen, diese gezielt zu beeinflussen, etwa durch übermäßiges Lob (vgl. Lammers 2021, S. 50).

4.3. Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

Die zwanghafte Persönlichkeitsstörung zählt zu den am meisten vorkommenden Persönlichkeitsstörungen und ist entsprechend im Gesundheitssystem vergleichsweise häufig anzutreffen. Neben den erheblichen Belastungen für die Betroffenen selbst stellt sie auch für Angehörige und andere nahestehende Personen eine große Herausforderung dar, sodass nicht selten ein Bedarf an professioneller Unterstützung im Umgang mit den Auswirkungen der Störung entsteht. Die Erkrankung geht mit deutlichen Beeinträchtigungen der psychosozialen Funktionsfähigkeit und der Lebensqualität einher (vgl. Pinto et al. 2022, S. 395).

Studien deuten darauf hin, dass die Symptomatik der zwanghaften Persönlichkeitsstörung nicht grundsätzlich unveränderlich ist. Dennoch besteht ein erheblicher Forschungsbedarf, insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung und Evaluation wirksamer Behandlungsmöglichkeiten. Als vergleichsweise hilfreich wird bislang vor allem die kognitive Verhaltenstherapie beschrieben. Auffällig ist dabei der Widerspruch zwischen der hohen Prävalenz der Störung und der vergleichsweise geringen Anzahl empirischer Studien (vgl. Diedrich/ Voderholzer 2025, S. 1).

Auch die wissenschaftliche Literatur zur Entstehung der zwanghaften Persönlichkeitsstörung ist bislang begrenzt und widersprüchlich. Psychoanalytische Erklärungsmodelle und die Bindungstheorie bieten mögliche theoretische Zugänge zur Ätiologie der Störung. In diesem Zusammenhang finden sich Hinweise auf prägende frühe Beziehungserfahrungen, etwa durch dominante und stark kontrollierende Bezugspersonen oder durch eine übermäßig strenge Sauberkeits- und Ordnungserziehung.

Darüber hinaus werden Bindungsprobleme als potenziell bedeutsamer Einflussfaktor diskutiert. Unsichere Bindungsmuster, gekennzeichnet durch wenig emotionale Fürsorge bei gleichzeitiger Überbehütung, können die emotionale Entwicklung sowie die Empathiefähigkeit der Betroffenen nachhaltig beeinträchtigen. Ergänzend gibt es Hinweise auf eine genetische Mitbeteiligung an der Entstehung der zwanghaften Persönlichkeitsstörung, wobei bisher keine einheitlichen Erkenntnisse vorliegen (vgl. Diedrich / Voderholzer 2015, S. 4).

Zwanghaftes Verhalten an sich ist in der Regel dadurch gekennzeichnet, dass betroffene Menschen hohe Sicherheitsstandards versuchen in ihr Leben zu integrieren. Das betrifft häufig bestimmte Handlungen in einzelnen Lebensbereichen. Bei der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung zeigt sich aber ein deutlich umfassenderes Muster. Das ausgeprägte Bedürfnis nach Sicherheit zieht sich durch alle Bereiche des Lebens, wie Arbeit, Freizeit, zwischenmenschliche Beziehungen und den Umgang mit den eigenen Gefühlen, Gedanken und Verhaltensweisen. Charakteristisch ist ebenso, dass Betroffene sich stark mit ihren zwanghaften Überzeugungen identifizieren. Diese werden nicht als problematisch erlebt, sondern als sinnvoll, angemessen und notwendig betrachtet (vgl. Althaus et al. 2018, S. 63). Zur Abgrenzung von der Zwangsstörung ist wichtig, dass zwischen beiden Störungsbildern ein asymmetrisches Verhältnis besteht. Viele Menschen mit einer Zwangsstörung erfüllen zusätzlich die Kriterien einer Zwanghaften Persönlichkeitsstörung, während umgekehrt deutlich weniger Personen mit Zwanghafter Persönlichkeitsstörung eine Zwangsstörung

entwickeln. Bei der Zwangsstörung drängen sich belastende Gedanken auf, die starke Angst oder Bedrohungsgefühle auslösen. Um diese Angst zu reduzieren werden bestimmte Handlungen zwanghaft ausgeführt. Hinter dem inneren Drang, etwas Bestimmtes tun zu müssen, steht häufig die Befürchtung, es kann sonst ein Schaden für die eigene Person oder für andere entstehen. Die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung ist stark ich-synton. Die entsprechenden Einstellungen und Verhaltensweisen werden als Teil der eigenen Persönlichkeit wahrgenommen und nicht infrage gestellt. Hier stehen keine sich aufdrängenden Zwangsgedanken oder -handlungen im Vordergrund, sondern ein starkes Bedürfnis nach Ordnung, Normorientierung, Regeln, Perfektion und Kontrolle. Die damit verbundenen Rituale werden bewusst eingesetzt (vgl. Sachse et al. 2015, S. 37).

Betroffene beschäftigen sich häufig sehr intensiv mit Detailfragen und haben den Anspruch Aufgaben besonders gut und richtig zu erledigen. Dadurch fällt es ihnen schwer mit Zeitdruck umzugehen oder Aufgaben an andere abzugeben. Oft sind sie überzeugt, dass sie Dinge besser erledigen können als andere Menschen. Unordnung oder vermeintliche Ungenauigkeit anderer Personen empfinden sie als stark belastend. Wenn überhaupt, leiden Betroffene eher darunter, dass sie sehr viel Zeit benötigen, um ihren hohen Ansprüchen gerecht zu werden (vgl. Behr et al., S. 406). Psychosoziale Schwierigkeiten entstehen vor allem dadurch, dass sie große Angst haben, Fehler zu machen. Eigene Fehler sind für sie kaum akzeptabel, weshalb sie sich selbst, aber auch andere stark kontrollieren.

In der Behandlung ist es oft schwierig negative Konsequenzen dieser Verhaltensweisen deutlich zu machen, da viele Eigenschaften wie Genauigkeit oder Zuverlässigkeit gesellschaftlich positiv bewertet werden. Daher ist es wichtig, gemeinsam herauszuarbeiten, welche belastenden Folgen diese Muster für die Betroffenen haben können. Auch die Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie spielt eine wesentliche Rolle, da hinter der Störung häufig belastende oder traumatische Erfahrungen stehen. Viele Betroffene haben in ihrer Vergangenheit Kritik oder Ablehnung durch Bezugspersonen oder Gleichaltrige erlebt. Nicht selten fühlen sie sich einsam, gehen sehr streng mit sich selbst um und neigen dazu, andere Menschen abzuwerten (vgl. Behr et al., S. 406f).

Menschen mit einer Zwanghaften Persönlichkeitsstörung weisen eine stark ausgeprägte Hypermoralität auf und entwickeln sehr hohe Ansprüche daran, dass andere wie sie selbst sein müssen. Häufig stammen sie aus Familien oder sozialen Umfeldern, in denen Bezugspersonen stark kontrollierend sind und Fehlverhalten mit harten Sanktionen belegt wird. Unter solchen Bedingungen entsteht oft keine eigenständige Identität mit eigenen moralischen Vorstellungen. Stattdessen übernehmen die Betroffenen die Normen und Werte ihrer Eltern, Erzieher oder auch religiöser und politischer Autoritäten und halten diese bis ins Erwachsenenalter aufrecht. Die Persönlichkeit ist dadurch stark überangepasst. Konformität und das Befolgen von Autoritäten sind notwendig. Regeln und Normen werden so verstanden, dass es für bestimmte Situationen nur eine einzige richtige Verhaltensweise gibt (vgl. Hoffmann/ Hofmann 2021, S. 8). In der therapeutischen Arbeit ist eine direkte Konfrontation mit dem Normsystem wenig hilfreich. Ziel ist es nicht die Betroffenen davon zu überzeugen, dass ihre Normen und Regeln falsch sind. Stattdessen sollen sie darin unterstützt werden, flexibler in ihren Ansichten zu werden und alternative Perspektiven überhaupt zulassen zu können (vgl. Hoffmann/ Hofmann 2021, S. 23). Oft besteht außerdem eine große Angst vor

Veränderung, was diese starren Muster zusätzlich stabilisiert (vgl. Hoffmann/ Hofmann 2021, S. 23).

Menschen mit dieser stark ausgeprägten Norm- und Moralorientierung erleben ihr inneres Erleben häufig als eingengt. Eigene Gedanken und Wünsche werden zwar wahrgenommen, jedoch unmittelbar mit den verinnerlichten Normen abgeglichen. Passen diese nicht zusammen, werden die persönlichen Impulse unterdrückt oder ignoriert (vgl. Hoffmann/ Hofmann 2021, S. 34). Gleichzeitig setzen sie sich selbst hohe Leistungsstandards und haben häufig das Gefühl, nicht gut genug zu sein (vgl. Hoffmann/Hofmann 2021, S. 37). Dies geht oft mit einem enormen Misstrauen gegenüber den eigenen Emotionen einher. Auch die Gefühle anderer Menschen können sie nur schwer wahrnehmen und angemessen einordnen (vgl. Hoffmann/Hofmann 2021, S. 40).

Die strengen Normen und Regeln, an denen sich Menschen mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung orientieren, entstehen in der Regel nicht aus innerer Überzeugung, sondern aus Angst und Unsicherheit. Sie erfüllen eine wichtige psychische Funktion, nämlich Sicherheit und Kontrolle zu gewährleisten (vgl. Sachse 2022, S. 109).

Sachse beschreibt das so: „Personen mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung weisen im Grunde eine hohe Angst auf, etwas falsch zu machen, und was sie falsch machen können, ist vor allem, die Normen zu verletzen“ (Sachse 2022, S. 109). Um mit dieser Angst umzugehen, entwickeln die Betroffenen bestimmte Strategien. Dazu gehört zum Beispiel der weitgehende Verzicht auf Spontaneität. Es gilt die innere Regel, erst gründlich nachzudenken und abzuwägen, bevor man handelt. Eigene Bedürfnisse erscheinen daher riskant und werden zugunsten der Normeinhaltung unterdrückt (vgl. Sachse 2022, S. 109).

In der Interaktion mit anderen wirken diese Menschen oft steif, kontrolliert, unentspannt und wenig authentisch. Sie sind schwer zu aktivieren und sprechen gering auf Humor an. Ihr Verhalten wirkt emotional distanziert, teilweise abweisend, und sie zeigen wenig Flexibilität. Das hat häufig eine eher negative Wirkung auf ihr Umfeld. Zwar werden diese negativen Konsequenzen wahrgenommen, jedoch nicht als fremd oder falsch erlebt. Dieses Verhalten erscheint als alternativlos, da befürchtet wird, dass ohne strikte Regelbefolgung Chaos entstehen könnte. Teilweise wird dieses starre Festhalten an Normen sogar durch eine überhebliche Haltung kompensiert, nach dem Motto: Wer sich an Regeln hält, ist anderen moralisch überlegen (vgl. Sachse 2022, S. 110).

Sachse fasst dies prägnant zusammen: „Normen erzeugen Kontrolle und Sicherheit, aber dadurch, dass sie einen engen, rigiden Kasten bilden, der gleichzeitig zu einem Gefängnis wird“ (Sachse 2022, S. 113). Die Normorientierung kann sich schließlich auf sämtliche Lebensbereiche ausweiten – etwa auf Arbeit, Partnerschaft oder Familie. Normen sind grundsätzlich wichtiger als Beziehungen. Wenn andere Menschen sich nicht regelkonform verhalten, kann dies sogar dazu führen, dass der Kontakt abgebrochen wird, im Extremfall auch zu den eigenen Kindern (vgl. Sachse 2022, S. 113).

Menschen mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung sind häufig unzufrieden mit sich selbst und ihrer Leistung. Das, was sie tun, ist oftmals wenig effizient, da Aufgaben nicht konstruktiv oder kreativ gelöst werden können. Stattdessen verlieren sie sich in Details und

umfangreichen Vorbereitungen, sodass die eigentliche Aufgabe aus dem Blick gerät (vgl. Althaus et al. 2018, S. 64). Das führt unter anderem dazu, dass Entscheidungen nur schwer getroffen werden können. Auch das Wegwerfen von Gegenständen fällt ihnen schwer. Ein weiteres häufiges Symptom ist ein ausgeprägter Geiz, der unabhängig vom tatsächlichen finanziellen Status auftritt (vgl. Althaus et al. 2018, S. 64f).

Darüber hinaus weisen Betroffene häufig eine pessimistische Grundhaltung auf. Sie rechnen eher mit negativen Konsequenzen, Konflikten oder Abwertung. Im Kontakt mit anderen Menschen halten sie daher häufig Distanz. Beziehungen werden nur langsam und zögerlich aufgebaut, und selbst in länger bestehenden Beziehungen bleibt meist eine deutliche emotionale und soziale Distanz bestehen. In der Literatur wird das auch als Distanz-Störung beschrieben. Oft besteht ein großes Misstrauen gegenüber anderen Menschen. Da es jedoch nicht möglich ist, andere Menschen vollständig zu kontrollieren oder neue, unvorhersehbare Situationen zu vermeiden, verstärkt sich häufig der Versuch, noch mehr Kontrolle auszuüben (vgl. Sachse et al. 2015, S. 10).

Auch in der Psychotherapie zeigt sich dieses Muster. Der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung dauert häufig lange. Es ist schwierig Zugang zu den Emotionen der Betroffenen zu finden, da diese stark kontrolliert und reguliert werden. Die Änderungsmotivation ist anfänglich häufig gering, kann aber entstehen, wenn den Betroffenen die negativen Konsequenzen ihres Verhaltens bewusst werden, wie der hohe innere Druck, die ständige Anspannung oder im Vergleich mit Menschen, die entspannter und flexibler agieren (vgl. Sachse et al. 2015, S. 11f).

Nicht selten kommen Betroffene aufgrund einer komorbiden psychischen Erkrankung in Therapie ohne zunächst an ihrer zwanghaften Persönlichkeitsstörung arbeiten zu wollen. Es kann jedoch im Verlauf eine Motivation zur Auseinandersetzung entstehen. Sollte dies nicht der Fall sein, ist es aus therapeutischer Sicht wichtig das zu respektieren. Sachse formuliert sehr klar: „Jede Person hat das Recht auf ihre Probleme. Und wenn sie diese behalten will, dann hat sie auch dazu das Recht.“ (Sachse et al. 2015, S. 14). Dennoch ist die Störung nicht vollständig ich-synton. Viele Betroffene erleben Ambivalenzen und spüren innere Diskrepanzen, sodass therapeutische Interventionen grundsätzlich möglich und häufig hilfreich sein können (vgl. Sachse et al. 2015, S. 14f).

Für Menschen mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung sind Tätigkeiten ungünstig, die ein hohes Maß an Kreativität, Innovationsfähigkeit, schnelle Entscheidungen oder Risikobereitschaft erfordern. (vgl. Sachse 2022, S. 113). Gleichzeitig verfügen Betroffene jedoch auch über zahlreiche Ressourcen. Deren Wirkung ist stark kontextabhängig und hängt von der jeweiligen Aufgabe ab, insbesondere im beruflichen Setting. Menschen mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung zeichnen sich häufig durch eine sehr hohe Genauigkeit und ein präzises Arbeitsverhalten aus. Sie sind besonders geeignet für Tätigkeiten, in denen Fehler unbedingt vermieden werden müssen, in denen Detailgenauigkeit gefordert ist und klare Regeln und Vorschriften gelten, die einzuhalten sind (vgl. Sachse et al. 2015, S. 35).

Bei einer leichteren Ausprägung, dem zwanghaften Persönlichkeitsstil können belastende Folgen auftreten, gleichzeitig sind auch positive Effekte zu beobachten. Es handelt sich um

eine Frage der Dosierung. Ziel ist es ein Umfeld zu schaffen, in dem die positiven Aspekte des Persönlichkeitsstils überwiegen (vgl. Sachse et al. 2015, S. 36).

Für die therapeutische Arbeit mit Menschen mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung ist eine besondere Grundhaltung erforderlich. Ein hohes Maß an Geduld ist notwendig, da Betroffene selbst über das Ausmaß und das Tempo von Veränderungen entscheiden. Therapeutische Angebote sind als Einladung zu verstehen, während die Kontrolle bei den Patient:innen bleibt (vgl. Sachse et al. 2015, S. 40).

Wesentlich ist, dass Therapeut:innen unflexibles Verhalten akzeptieren. Gleichzeitig ist es wichtig eigene emotionale Reaktionen und Auslöser wahrnehmen und reflektieren zu lernen um nicht in unproduktive Interaktionsmuster hineingezogen zu werden. Eine wertschätzende und respektvolle Haltung ist zentral. Dabei gilt es die dysfunktionalen Grundannahmen der Betroffenen nicht zu bestätigen oder zu verstärken. Die zugrunde liegenden Normen sind dabei inhaltlich zweitrangig, sie erfüllen vor allem eine Beziehungs- und Kontrollfunktion. Es geht nicht um Logik oder Moral, sondern um Emotionsregulierung. In diesem Zusammenhang betont Sachse: „Therapie ist keine Philosophie- oder Ethik-Stunde, kein Debattierclub und kein Meinungs austausch“ (Sachse et al. 2015, S. 41)

5. Schwerpunkte in der Behandlung

5.1. Krisenintervention

Typisch ist, dass Menschen mit Persönlichkeitsstörungen im therapeutischen Kontext häufiger als schwieriger wahrgenommen werden als Personen mit anderen psychiatrischen Diagnosen. Betroffenen fällt es schwer eigene Problematiken zu erkennen und Therapieziele eindeutig zu formulieren. Darüber hinaus handelt es sich bei Persönlichkeitsstörungen auch um Störungen der sozialen Interaktion, die sich im Alltag und auch in der Beziehung zwischen Therapeut:innen und Patient:innen zeigen (vgl. Schnell 2014, S. 2).

Persönlichkeitsstörungen sind durch hohe Komplexität und sehr unterschiedliche Ausprägung gekennzeichnet, was es erschwert allgemeingültige therapeutische Vorgehensweisen zu formulieren. Im Vergleich dazu lassen sich bei Störungsbildern wie Depressionen, Angst- oder Suchterkrankungen häufig standardisierte Behandlungsansätze anwenden (vgl. Bronisch 2000, S. 26).

Erschwerend kommt hinzu, dass Persönlichkeitsstörungen häufig mit anderen psychischen Erkrankungen komorbid auftreten oder mehrere Persönlichkeitsstörungen gleichzeitig vorliegen können. Häufig auftretende akute Krisen können zu impulsivem und suizidalem Verhalten führen und sind häufig mit intensiver Angst oder dissoziativen Zuständen verbunden (vgl. Bronisch 2000, S. 27).

Unter einer Krise versteht man im Lebensverlauf wiederkehrende Situationen, die mit erheblichen Belastungen einhergehen. Das können Ereignisse sein, die eine große Veränderung erfordern oder selbst zu einer massiven Veränderung führen. Krisen gehören damit grundsätzlich zum menschlichen Leben dazu. Typisch ist, dass bisher genutzte Bewältigungsstrategien nicht mehr oder nicht ausreichend funktionieren. Dadurch entstehen

Unsicherheit, das Gefühl keine Lösung zu sehen sowie emotionale und körperliche Anspannung, Überforderung und Angst (vgl. Hülshoff 2017, S. 11).

In vielen Fällen gelingt die Bewältigung eigenständig oder mit Unterstützung aus dem sozialen Umfeld, etwa durch Familie oder Freundeskreis. Wird eine Krise erfolgreich bewältigt, können Menschen gestärkt daraus hervorgehen und fühlen sich zukünftigen Belastungen besser gewachsen. Gelingt die Krisenbewältigung nicht, weil es zu schwerwiegend ist, keine Hilfe in Anspruch genommen wird oder dysfunktionale Strategien zum Einsatz kommen, kann das schwerwiegende und potenziell lebensbedrohliche Folgen haben. Dazu zählen Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten oder der Missbrauch von Suchtmitteln. Auch körperliche und psychische Erkrankungen, wie beispielsweise depressive Störungen, können auftreten (vgl. Hülshoff 2017, S. 12).

Krisen sind in der Regel zeitlich begrenzt und führen dazu, dass Lebensziele infrage gestellt werden. Das wird als Bedrohung wahrgenommen und führt zu einer Störung des psychosozialen Gleichgewichts und des Selbstwertgefühls (vgl. Hülshoff 2017, S. 13). Viele Betroffene erleben zudem einen Kontrollverlust und ein stark vermindertes Gefühl von Selbstwirksamkeit. Charakteristisch ist, dass sich Wahrnehmung und Handlungsmöglichkeiten zunehmend verengen, sodass kaum noch alternative Lösungen gesehen werden (vgl. Hülshoff 2017, S. 14).

Der Wunsch zu sterben ist meist kein gefestigter, frei formulierter Entschluss, sondern entsteht unter massivem Leidensdruck und tiefer Hoffnungslosigkeit. Betroffene wollen in der Regel nicht „mehr so weiterleben“ und sehen keinen anderen Ausweg. Für Außenstehende ist die Situation oft schwer einzuordnen. Unabhängig von der Methode handelt es sich bei vielen Selbstverletzungen nicht um suizidale Handlungen (vgl. Hülshoff 2017, S. 131). Suizidale Krisen stellen schwerwiegende Ausnahmesituationen dar, in denen die Betroffenen häufig nicht mehr in der Lage sind, rational zu entscheiden oder entsprechend zu handeln (vgl. Hülshoff 2017, S. 131f).

Bei Persönlichkeitsstörungen, insbesondere bei der Borderline- und der narzisstischen Persönlichkeitsstörung und bei komorbiden depressiven Störungen, kann es zusätzlich zu hoher Impulsivität und plötzlich auftretenden Suizidgedanken kommen. Im Vordergrund steht dabei meist nicht der Wunsch zu sterben, sondern der aktuellen unerträglichen emotionalen Spannung zu entkommen (vgl. Hülshoff 2017, S. 135). Beim pathologischen Narzissmus können beispielsweise Kränkungen oder Trennungen sowie die Angst davor eine massive Verunsicherung des Selbstwertes auslösen. Dadurch entsteht eine Krise, in der Suizidgedanken als einzige Option erscheinen können (vgl. Hülshoff 2017, S. 136f).

Bronisch hat zentrale Haltungen im Umgang mit Suizidalität herausgearbeitet. Suizidversuche erfolgen in der Regel nach einer negativen und hoffnungslosen Bewertung des eigenen Lebens oder der aktuellen Lebenssituation. Diese Bewertung ist veränderbar, auch wenn sie von den Betroffenen in der Situation als endgültig erlebt wird. Suizidversuche sind häufig auch als Appell an das unmittelbare soziale Umfeld zu verstehen. Professionelle Helfer*innen sind nicht immer in der Lage Menschen langfristig vom Suizid abzuhalten. Dennoch ist eine grundsätzlich hoffnungsvolle Haltung wichtig. Suizidversuche und Ankündigungen,

Andeutungen oder Gesten müssen ernst genommen werden und sollten Anlass für Interventionen sein (vgl. Bronisch 2000, S. 48).

Kunz et al. beschreiben, dass es in Krisensituationen jederzeit zu akuter Suizidalität kommen kann, da diese einen auslösenden Charakter haben. Für Fachkräfte ist der Umgang mit suizidalen Krisen häufig mit der Angst verbunden etwas falsch zu machen oder die Situation unbeabsichtigt zu verschlimmern. Dabei kommt erschwerend ein zentrales Spannungsfeld dazu, da suizidale Handlungen Ausdruck einer psychischen Erkrankung oder einer schweren Krise sein können, aber auch im Kontext der Selbstbestimmung und des freien Willens betrachtet werden müssen. Daraus ergibt sich ein ethischer Konflikt zwischen dem Schutz des Lebens und dem Schutz der Selbstbestimmung. Rechtlich ist festzuhalten, dass Suizid und Suizidversuche keine Straftat darstellen (vgl. Kunz et al. 2009, S. 31).

Die Einschätzung der tatsächlichen Gefahr ist begrenzt möglich, dennoch von großer Notwendigkeit. Sie erfolgt unter Einbezug verschiedener Faktoren, wie verbaler Andeutungen, Wissen über die aktuelle Lebenssituation und Biografie der betroffenen Person. Ebenso die soziale Einbindung und vorhandene Ressourcen sind wichtig. Äußerungen zu Suizidgedanken müssen differenziert eingeordnet werden, ob es sich um eine vage Idee, einen konkreten Plan oder einen gefassten Entschluss handelt. Auch vorbereitende Handlungen liefern wichtige Hinweise (vgl. Kunz et al. 2009, S. 42).

Das Setzen von Grenzen ist im Umgang mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen von zentraler Bedeutung. Viele Betroffene haben in ihrer Biografie massive Grenzverletzungen erlebt durch emotionale, körperliche oder sexuelle Gewalt. Daher sind die Ich-Grenzen häufig instabil. Das führt zu einem ambivalenten Erleben von Nähe. Einerseits besteht ein starkes Bedürfnis nach Nähe und Intimität, andererseits große Angst vor Kontrollverlust und Retraumatisierung. Für die Behandlung bedeutet das klare Grenzen zu setzen und professionelle Distanz zu wahren (vgl. Kunz et al. 2009, S. 128). Dabei ist zu reflektieren, dass Grenzsetzungen nicht aus eigenen aggressiven Impulsen oder dem Wunsch erfolgen dürfen besonders anstrengend empfundene Klientinnen und Klienten abzuweisen. Gleichzeitig sollen Wertschätzung und Kontakt aufrechterhalten werden (vgl. Kunz et al. 2009, S. 128).

Grenzen können unter anderem durch zeitliche Rahmenbedingungen, die Fokussierung auf zentrale Themen und durch institutionelle Klärungen gesetzt werden, durch die Prüfung, ob das bestehende Behandlungssetting ausreichend ist oder langfristige Hilfen notwendig sind. Eine emotionale Abgrenzung ist besonders bei autoaggressivem oder aggressivem Verhalten wichtig. Fachkräfte sollten weder schockiert reagieren noch sich erpressen lassen, auch nicht bei suizidalen Handlungen. Diese Verhaltensweisen sind Ausdruck großer Verzweiflung und eines massiven Leidensdrucks. Werden Therapeut:innen idealisiert und als einzige Rettung wahrgenommen, besteht die Gefahr von Überengagement und Überforderung. Dies kann langfristig zu Enttäuschungen auf beiden Seiten führen (vgl. Kunz et al. 2009, S. 129).

Kunz et al. formulieren zentrale Ziele und Aufgaben der Krisenintervention, insbesondere am Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dazu gehört neben dem wertschätzenden Setzen von Grenzen ein Umgang mit dem „schwarz-weiß-Denken“. Helfende reagieren mit einer „sowohl-als-auch-Haltung“ und müssen deutlich machen, dass widersprüchliche Bewertungen gleichzeitig bestehen können. Veränderung ist nur möglich, wenn dem

problematischen Verhalten Sinn und Verständnis zugesprochen wird und das für die Betroffenen nachvollziehbar ist. Die Verantwortung für selbstverletzendes oder suizidales Verhalten liegt dabei grundsätzlich bei den Betroffenen selbst.

Krisenbewältigung erfolgt in der Gegenwart und erfordert eine Einordnung der aktuellen Problematik. Dabei ist es wichtig den Zusammenhang zwischen Emotionen und Handlungen herauszuarbeiten. Begegnen Betroffene den Helfenden mit Ablehnung oder Feindseligkeit sollte das nicht mit Abbruch, Kritik oder Rückzug beantwortet werden, sondern als Ausdruck des Ausnahmezustands verstanden werden. Absprachen im Helferteam und die Reflexion eigener emotionaler Reaktionen sind dabei essenziell. Ebenso sollte gezielt an der Aktivierung von Ressourcen gearbeitet werden, da Betroffene dazu neigen kaum positive Aspekte an sich selbst wahrnehmen. Eigenschaften wie Empathie oder Spontaneität können dabei für den Hilfeprozess nutzbar gemacht werden, wobei problematisches Verhalten als bisherige Überlebensstrategie eingeordnet wird (vgl. Kunz et al. 2009, S. 133f).

Im Rahmen der Krisenintervention ist es zentral suizidales Verhalten klar von selbstverletzendem Verhalten und anderen Formen der Selbstschädigung abzugrenzen. Selbstverletzendes Verhalten und Selbstschädigungen erfolgen in der Regel ohne suizidale Absicht. Sie umfassen Handlungen wie Vergiftungen oder körperliche Verletzungen, die von der betroffenen Person selbst herbeigeführt werden und primär als Ausdruck eines erheblichen persönlichen Leidens zu verstehen sind. Dabei handelt es sich nicht um eigenständige Erkrankungen, sondern um Symptome, die im Kontext unterschiedlicher psychischer Störungen auftreten können und auf verschiedene individuelle Motive zurückgehen.

Selbstschädigendes Verhalten wird häufig als Bewältigungsstrategie eingesetzt, insbesondere bei intensiven negativen Gefühlen, innerer Anspannung oder Überforderung. Für Betroffene kann dieses Verhalten kurzfristig als entlastend, regulierend oder mitunter lebenserhaltend erlebt werden. In der Fachliteratur wird zwischen Selbstschädigung und Selbstverletzung differenziert. Selbstschädigung umfasst eher indirekte, langfristig schädigende Verhaltensweisen wie exzessiven Sport, Essstörungen, Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum oder riskantes Sexualverhalten. Selbstverletzung hingegen beschreibt direkte körperliche Eingriffe, die häufig eine unmittelbare Spannungsreduktion bewirken sollen, etwa durch Schneiden, Verbrennen, Schlagen, Medikamentenmissbrauch oder die Einnahme gefährlicher Substanzen (vgl. Reeves 2023, S. 575).

Ein weit verbreiteter Mythos ist die Annahme, dass Selbstschädigungen oder Selbstverletzungen dem Zweck dienen Aufmerksamkeit aus dem sozialen Umfeld zu erhalten. Tatsächlich berichten viele Betroffene, dass sie ihr Verhalten verheimlichen oder dass es von Behandelnden und Unterstützenden übersehen wird. Gerade in der Krisenintervention ist daher eine sorgfältige Risikoeinschätzung von zentraler Bedeutung. Die erste Fragestellung betrifft das aktuelle Risiko für die betroffene Person und die Frage, ob eine sichere Intervention möglich ist. In einem zweiten Schritt gilt es, die Art des Risikos genauer zu differenzieren, etwa zwischen Selbstschädigung und Suizidalität, sowie die subjektive Bedeutung des Verhaltens für die betroffene Person zu verstehen (vgl. Reeves 2023, S. 577).

Vergleichsweise wenig Literatur befasst sich mit der Frage wie Behandelnde angemessen auf selbstschädigendes oder selbstverletzendes Verhalten reagieren können. Dabei hat gerade die Reaktion der Helfenden einen erheblichen Einfluss auf den weiteren Verlauf der Intervention. Jeder Mensch und damit auch jede Fachkraft bringt eigene Haltungen, Werte und Erfahrungen im Umgang mit Suizid und Selbstschädigung mit. Diese Themen berühren häufig stark auf emotionaler Ebene. Behandelnde fühlen sich nicht selten persönlich betroffen, hilflos, wütend, verletzt oder in ihrer professionellen Rolle infrage gestellt, was zu ungünstigen Reaktionsmustern führen kann (vgl. Reeves 2023, S. 577).

Eine mögliche ungünstige Reaktion ist die Verleugnung oder emotionale Distanzierung. Diese dient häufig dem Eigenschutz der Behandelnden, kann jedoch dazu führen, dass Empathie und emotionale Unterstützung für die betroffene Person fehlen. Ebenso problematisch ist das Bagatellisieren oder Verschweigen des Themas, da dadurch weder eine angemessene Risikoeinschätzung noch eine hilfreiche Bearbeitung des Verhaltens möglich ist. Bei selbstschädigendem Verhalten steht für Behandelnde oft der destruktive Aspekt im Vordergrund, während die Funktion als Bewältigungsstrategie in den Hintergrund gerät. Auch starke emotionale Reaktionen wie Ärger, Ekel oder Hoffnungslosigkeit können dadurch ausgelöst werden. Diese Gefühle sind grundsätzlich legitim und menschlich nachvollziehbar, können jedoch den Behandlungsprozess beeinträchtigen, wenn sie nicht reflektiert und bearbeitet werden. Für einen professionellen Umgang ist es daher notwendig, die eigenen Reaktionen wahrzunehmen und einzuordnen. Ziel der Krisenintervention ist es, einerseits die Sicherheit der betroffenen Person zu gewährleisten und andererseits Raum für Veränderung zu eröffnen (vgl. Reeves 2023, S. 580).

Dabei ist es wichtig, den Behandlungserfolg nicht ausschließlich am Auftreten oder Ausbleiben selbstschädigender oder selbstverletzender Handlungen zu messen. Ein Auftreten solcher Verhaltensweisen bedeutet nicht zwangsläufig, dass eine Intervention wirkungslos ist. Eine gute und wirksame Behandlung hat nicht das Ziel, suizidale Gedanken oder Selbstschädigungen vollständig zu reduzieren, sondern die grundsätzlichen Belastungen zu verstehen, alternative Bewältigungsstrategien zu entwickeln und langfristig die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern (vgl. Reeves 2023, S. 583).

5.2. Beziehungsgestaltung

Die therapeutische Beziehungsgestaltung wurde lange Zeit als wenig relevant für den Therapieerfolg gedeutet. Inzwischen gilt sie als ein zentraler Wirkfaktor psychotherapeutischer Behandlung. Dies trifft in besonderem Maße auf Menschen mit Persönlichkeitsstörungen zu. Sind zwischenmenschliche Interaktionen erschwert, muss die Beziehungsgestaltung im therapeutischen Setting entsprechend sensibel und bewusst gestaltet werden. Sie kann dabei als Methode verstanden werden, die korrigierende Beziehungserfahrungen ermöglicht und frühere, belastende Beziehungsmuster bearbeitbar macht (vgl. Schnell 2014, S. 12).

Die Beziehung zwischen Therapeut:innen und Patient:innen wird dabei nicht einmal hergestellt und bleibt anschließend stabil bestehen. Es handelt sich um einen fortlaufenden Prozess, der mit dem ersten Kontakt beginnt und sich über den gesamten Therapieverlauf bis zur letzten Sitzung erstreckt. Auch diagnostische Prozesse können die therapeutische

Beziehung beeinflussen. Insbesondere die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung birgt das Risiko die Beziehung zu belasten durch Stigmatisierung oder veränderte Erwartungen auf beiden Seiten (vgl. Schnell 2014, S. 13).

Schnell verweist in diesem Zusammenhang auf Grawe und das Konzept der komplementären Beziehungsgestaltung. Dieser Ansatz ist motiv- bzw. bedürfnisorientiert und wurde insbesondere für Patient:innen, die in ihrer frühen Biografie belastende Beziehungserfahrungen gemacht haben und infolgedessen dysfunktionale Schemata aufweisen. Das daraus entstandene Verhalten stellte ursprünglich eine sinnvolle Bewältigungsstrategie dar. Es schützte vor weiteren Verletzungen in einer schädlichen Umgebung und ermöglichte es, grundlegende kindliche Bedürfnisse wie Bindung, Aufmerksamkeit oder Sicherheit zu befriedigen. Die Konsequenz im Erwachsenenalter ist, dass diese frühen, nicht ausreichend erfüllten Bedürfnisse häufig besonders intensiv und drängend erlebt werden und das deutlich stärker als bei Menschen ohne vergleichbare biografische Verletzungen. Das kann zwischenmenschliche Interaktionen erheblich beeinträchtigen, da das Gegenüber sich unter Druck gesetzt, manipuliert oder überfordert fühlen kann und sich im Extremfall aus der Beziehung zurückzieht. Betroffene entwickeln häufig eine doppelte Handlungsregulation. Dabei lassen sich zwei Strategien unterscheiden, mit denen interaktionelle Bedürfnisse erfüllt werden sollen, eine authentische, erwachsene Handlungsregulation oder kindliche, dysfunktionale Strategien. Aufgabe von Therapeut:innen ist es die interaktionellen Ziele und Bedürfnisse zu erkennen und authentisches Verhalten von problematischem Verhalten abzugrenzen. Die therapeutische Beziehung orientiert sich dabei bewusst an den authentischen, erwachsenen Verhaltensweisen. Auf diese reagieren Therapeut:innen bedürfnisbefriedigend, während problematisches Verhalten nicht verstärkt wird. Die angestrebte Wirkung besteht darin, dass Patient:innen lernen, dass dysfunktionales Problemverhalten nicht mehr notwendig ist um Bedürfnisse zu erfüllen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass dieses Verhalten meist unbewussten, automatisierten Prozessen unterliegt und keine bewusste Entscheidung darstellt. Auch dieses Verständnis erleichtert eine professionelle, nicht wertende therapeutische Reaktion (vgl. Schnell 2014, S. 14).

Besondere Herausforderungen in diesem Zusammenhang sind sogenannte Beziehungstests und die Notwendigkeit eines anfänglichen Beziehungskredits. Häufig besteht seitens der Therapeut:innen die implizite Erwartung, dass sich Patient:innen vollständig öffnen müssen, damit Therapie wirksam sein kann. Für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen ist das aufgrund früher Verletzungen oft kaum möglich. Biografische Erfahrungen werden auf gegenwärtige Beziehungen projiziert, auch auf die therapeutische Beziehung. Häufig besteht eine grundlegende Erwartung von Enttäuschung, Verletzung oder Verlassenwerden.

Beziehungstests dienen in diesem Kontext dazu die Verlässlichkeit des Gegenübers zu prüfen und Vertrauen schrittweise aufzubauen. Diese Tests können sich etwa in Provokationen oder bewusst herbeigeführten Situationen äußern, die Ärger auslösen sollen. Durch eine validierende Grundhaltung kann ein Beziehungskredit gewährt werden. Das erleichtert es im weiteren Verlauf dysfunktionale Schemata und problematische Verhaltensweisen transparent zu machen und gemeinsam mit den Betroffenen zu bearbeiten (vgl. Schnell 2014, S. 14f).

Die therapeutische Beziehung weist besondere Merkmale auf und ist durch klar definierte Ziele gekennzeichnet. Patient:innen treten mit konkreten Erwartungen und Zielvorstellungen an die Therapie heran, insbesondere im Hinblick auf die Bearbeitung ihrer Probleme. Therapeut:innen erwarten die aktive Mitarbeit der Patient:innen im therapeutischen Prozess. Die Beziehung ist dabei auf bestimmte Formen der Interaktion begrenzt und folgt festen Regeln, die sich an der professionellen Rolle des Therapeuten orientieren. Ebenso ist sie zeitlich begrenzt.

Charakteristisch für die therapeutische Beziehung ist ihre Asymmetrie. Therapeut:innen und Patient:innen nehmen hier unterschiedliche Rollen ein, verfügen über verschiedene Aufgabenbereiche und Expertisen. Während Patient:innen Expert:innen für sich selbst, ihre Lebensgeschichte, ihre Schwierigkeiten und Entscheidungen sind, liegt die Expertise der Therapeut:innen in der professionellen Bearbeitung von Problemen durch geeignete Interventionen und das Anbieten möglicher Lösungswege (vgl. Sachse 2016, S. 13). Patient:innen wissen grundsätzlich mehr über sich selbst als Therapeut:innen je wissen können. Gleichzeitig sind sie darauf angewiesen, relevante Informationen über sich preiszugeben, damit die Behandlung als hilfreich erlebt wird (vgl. Sachse 2016, S. 13).

Ein zentraler Aspekt der therapeutischen Beziehung ist die Eigenverantwortung der Patient:innen. Sie sind dafür verantwortlich besprochene Inhalte umzusetzen und Veränderungen im Alltag zu realisieren. Therapeut:innen können Schwierigkeiten nicht stellvertretend lösen, sondern lediglich Anregungen und Impulse geben. Gleichzeitig steuern sie den therapeutischen Prozess. Gemeinsam bildet man somit ein Experten-Team mit unterschiedlichen Kompetenzen und klar abgegrenzten Aufgaben, die gemeinsam auf das Erreichen der Therapieziele ausgerichtet sind (vgl. Sachse 2016, S. 14).

Die therapeutische Beziehung wird von beiden Beteiligten beeinflusst. Patient:innen bringen eigene Erwartungen, Beziehungsmotive sowie häufig auch dysfunktionale Interaktionsmuster in die Beziehung ein und versuchen die Beziehungsgestaltung entsprechend zu beeinflussen. Aufgabe des Therapeuten ist es darauf mit klaren Regeln zu reagieren, die Beziehung zielgerichtet zu planen und aktiv zu gestalten. Dabei ist eine individuelle Vorgehensweise notwendig, die sich daran orientiert was Patient:innen zulassen können und wie groß das vorhandene Vertrauen ist (vgl. Sachse 2016, S. 15).

Eine zentrale Frage im Kontext der therapeutischen Beziehung ist die der Machtausübung durch Therapeut:innen. Diese verfügen aufgrund ihres spezifischen Fachwissens aus Ausbildung und Berufserfahrung und ihrer Kenntnisse über Strategien der Problembewältigung zunächst über eine Machtposition. Daraus ergibt sich ein erheblicher Einfluss auf Patient:innen. Gleichzeitig bleibt die Entscheidungsfreiheit stets bei den Betroffenen selbst. Sie entscheiden, ob und in welchem Maß sie sich beeinflussen lassen. In der Praxis bedeutet das, dass Therapeut:innen über weniger reale Macht verfügen als häufig angenommen wird. Die aktive Mitarbeit der Patient:innen ist eine wichtigere Voraussetzung für die Wirksamkeit der Behandlung (vgl. Sachse 2016, S. 16).

In der Fachliteratur lassen sich unterschiedliche Konzepte zur Gestaltung der Therapeut:innen-Patient:innen-Beziehung unterscheiden. Eine Erweiterung der klassischen therapeutischen Beziehung stellt das Konzept der therapeutischen Allianz dar. Das betont das

gemeinsame Handeln beider Interaktionspartner und versteht es als Arbeitsbeziehung, die von ihnen gemeinsam gestaltet wird. Zentrale Aspekte sind hier das Aushandeln therapeutischer Ziele, die subjektive Wahrnehmung der Therapeut:innen durch den Patient:innen, der Aufbau einer Bindung und mögliche Widerstände oder Vermeidungsstrategien (vgl. Sachse 2016, S. 20).

Bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen ist dieses Konzept jedoch häufig nicht ausreichend. Hier ist es erforderlich, dass Behandelnde eine aktivere Rolle einnehmen und die Beziehung individuell und gezielt gestalten. Zu Beginn der Therapie fehlt oft ein klar definierter Arbeitsauftrag und eine eindeutige Zielsetzung. Aufgrund der Ich-Syntonie vieler Persönlichkeitsstörungen kann das eigene problematische Verhalten nicht oder nur eingeschränkt wahrgenommen werden. Ebenso fällt es Betroffenen häufig schwer, die Patient:innenrolle anzunehmen (vgl. Sachse 2016, S. 25).

Patient:innen bringen häufig komplexe und emotional belastende Themen mit, die erst dann angesprochen werden können, wenn eine tragfähige Beziehungsgrundlage und ausreichend Vertrauen aufgebaut wurden (vgl. Sachse 2016, S. 28). Dabei gilt es, je schwieriger, schambesetzter oder selbstwertbedrohender eine Problematik ist, desto größer ist das erforderliche Maß an Vertrauen. Aufgabe der Behandelnden ist es Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Vertrauen entstehen kann. Erst dann teilen Patient:innen relevante Informationen und eine vertiefte therapeutische Arbeit kann beginnen (vgl. Sachse 2016, S. 28).

Gleichzeitig ist es wichtig, dass Patient:innen auch Vertrauen in sich selbst entwickeln. Sie benötigen ein Gefühl eigener Stärke um sich mit unangenehmen Themen auseinandersetzen und Veränderungen zulassen zu können. Da Veränderungsprozesse häufig mit Angst und Unsicherheit verbunden sind, können diese erst bearbeitet werden, wenn sich die Betroffenen bereit fühlen. Ob eine Veränderungsmotivation entsteht, hängt wesentlich von der therapeutischen Beziehung ab. Daher ist es wichtig die Beziehungsgestaltung mit ressourcenaktivierenden Interventionen zu verbinden. Dazu gehört es die Stärken, Kompetenzen und Fähigkeiten der Patient:innen herauszuarbeiten, frühere erfolgreiche Bewältigungsstrategien bewusst zu machen und ihnen zu vermitteln, dass man ihnen Veränderung zutraut und sie dabei unterstützt (vgl. Sachse 2016, S. 29).

Verständnis und Akzeptanz können insbesondere bei Menschen, die sich aufgrund biografischer Erfahrungen häufig missverstanden oder abgewertet fühlen, Veränderungen anstoßen. Bei Persönlichkeitsstörungen sind negative Grundannahmen und Schemata häufig stark ausgeprägt. Werden diese durch neue Beziehungserfahrungen irritiert und infrage gestellt, kann dies einen entscheidenden Impuls zur Veränderung geben. Besonders wirksam ist dabei das Erleben ernst genommen zu werden und die Erfahrung, dass eigene Gedanken und Gefühle berechtigt sind (vgl. Sachse 2016, S. 34). Dies setzt eine Grundhaltung voraus, die davon ausgeht, dass Patient:innen wertvolle Menschen sind, die Respekt verdienen, und dass sie grundsätzlich fähig sind, ihr Leben zu verändern. Probleme sollen transparent benannt werden, ohne die Betroffenen zu pathologisieren oder abzuwerten (vgl. Sachse 2016, S. 65f).

5.3. Ressourcenorientierung

An dieser Stelle ist wiederholt auf den Gedanken hinzuweisen, dass Patient:innen verantwortlich für ihr Leben und ihr Handeln bleiben. Therapie zielt darauf ab, Handlungskompetenzen sowie vorhandene oder bislang ungenutzte Ressourcen wiederzuerlangen oder neu zu entdecken (vgl. Flückinger / Beesdo-Baum 2020, S. 576).

Ressourcenorientierung geht davon aus, dass jeder Mensch über innere und äußere Ressourcen verfügt, die eine aktive und selbstbestimmte Lebensgestaltung ermöglichen. Ziel eines ressourcenorientierten Vorgehens ist es daher diese Fähigkeiten gezielt zu stärken, anstatt den Fokus auf Schwierigkeiten und Defizite zu legen. Dabei zeigt sich häufig, dass die Aktivierung einzelner Ressourcen nicht ausreicht. Es ist notwendig unterschiedliche Ressourcen miteinander zu verknüpfen, etwa personale, soziale und materielle Ressourcen, um nachhaltige Veränderungsprozesse zu ermöglichen (vgl. Warschburger 2009, S. 138).

Die Aktivierung von Ressourcen ist im individuellen Kontext der jeweiligen Person zu betrachten. Voraussetzung dafür ist echtes Interesse und Informationen über die Lebensbedingungen, Erfahrungen und aktuellen Herausforderungen der Betroffenen. Der Begriff der Ressourcen umfasst dabei alles, was für eine Person nützlich, hilfreich oder unterstützend ist.

Eine zentrale Fragestellung ressourcenorientierten Arbeitens lautet daher: Welche Ressourcen sind bereits vorhanden? Der Fokus liegt dabei bewusst auf der Gegenwart und auf bestehenden Kompetenzen. Erforderlich ist eine akzeptierende Haltung gegenüber den individuellen Lebensentwürfen der Betroffenen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Vorstellungen von Behandelnden darüber, was als Ressource gilt, nicht immer mit den subjektiven Vorstellungen der Patient:innen übereinstimmen müssen (vgl. Langosch 2015, S. 17).

Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung sind häufig mit negativen Folgen für sich selbst und ihr soziales Umfeld konfrontiert. Gleichzeitig verfügen Betroffene über verschiedene Ressourcen. Diese können oft nicht angemessen genutzt werden, da die Struktur der Persönlichkeitsstörung die Wahrnehmung, den Zugang und die Umsetzung blockiert. Daraus ergibt sich für die Therapie die zentrale Frage, wie vorhandene Ressourcen nutzbar gemacht und bestehende Blockaden abgebaut werden können (vgl. Sachse 2022, S. 9).

Sachse versteht unter Ressourcen alle Eigenschaften einer Person, die die Lebensbewältigung sowie die Bewältigung von Problemen, Konflikten und Krisen positiv beeinflussen können. Ressourcen sind stets kontextabhängig, da Eigenschaften je nach Situation entweder unterstützend wirken oder sich als nachteilig erweisen können (vgl. Sachse 2022, S. 10). Menschen mit Persönlichkeitsstörungen verfügen dabei über spezifische Arten von Ressourcen, auf die der therapeutische Prozess ausgerichtet sein sollte (vgl. Sachse 2022, S. 11f).

Viele dieser Ressourcen sind als potenzielle Ressourcen zu verstehen. Sie haben ihren Ursprung in der Biografie und schwierigen Interaktions- und Beziehungserfahrungen. Betroffene haben früh gelernt, sich so zu verhalten, dass sie Belastungen aushalten, sich anpassen und psychisch überleben konnten. Dabei wurden Strategien wie strikte

Normorientierung, Regelbefolgung oder dysfunktionale Verhaltensweisen erlernt. Diese Verhaltensmuster waren in der Vergangenheit funktional und hatten positive Effekte, weshalb sie auch als ich-synton erlebt werden. Was als hilfreich erlebt, wird erscheint den Betroffenen nicht als problematisch. Unter den Bedingungen der Gegenwart werden diese Strategien jedoch häufig übersteigert eingesetzt. Dadurch kommt es zu Kontrollverlust, zur Entwicklung der Störung und zu negativen Auswirkungen auf das soziale Umfeld und auf die Betroffenen selbst. Dennoch handelt es sich bei diesen Strategien um ehemals hilfreiche Kompetenzen, die grundsätzlich auch heute noch als potenzielle Ressourcen betrachtet werden können (vgl. Sachse 2022, S. 33).

Dysfunktionale Strategien stellen in diesem Zusammenhang gleichzeitig Problem und Ressource dar, abhängig von Intensität und Kontext. Damit diese Verhaltensweisen wieder ressourcenhaft wirken können, ist es notwendig gemeinsam zu verstehen, welches Verhalten aus welchen Motiven heraus geschieht. Zudem müssen die negativen Folgen dieser Verhaltensweisen insbesondere für das soziale Umfeld sichtbar gemacht werden. Ein weiterer zentraler Schritt ist die bewusste Entscheidung der Betroffenen, dass stabile und tragfähige Beziehungen so wichtig sind, dass sich eine Veränderung lohnt. Ziel ist es, Verhaltensweisen so zu dosieren und zu verändern, dass ihre positiven Effekte überwiegen und sie wieder als stärkende Ressourcen wirksam werden können (vgl. Sachse 2022, S. 42f).

5.4. Psychoedukation

Mühlig und Jacobi definieren Psychoedukation als „die systematische und strukturierte Vermittlung wissenschaftlich fundierter gesundheits- und/oder störungsrelevanter Informationen und Kompetenzen mit psychologischen Methoden“ (Mühlig/ Jacobi 2020, S. 558). Psychoedukation stellt dabei kein eigenständiges Therapieverfahren dar, sondern ist ein zentraler Bestandteil der Behandlungskonzepte für Patient:innen und Angehörige.

Psychoedukation umfasst Informationen über Diagnostik und Behandlungsmaßnahmen, deren Wirkungsweise, Chancen und Risiken. Darüber hinaus werden Fertigkeiten vermittelt beispielsweise im Bereich sozialer Kompetenzen. Patient:innen werden bei der Entwicklung von Lösungsstrategien im Umgang mit Rückfällen sowie weiteren Bewältigungsmöglichkeiten unterstützt. Ein weiterer Fokus liegt auf der Förderung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils durch Entspannungsverfahren, körperliche Aktivität oder Ernährungsberatung. Die sachliche Aufklärung und Wissensvermittlung wirken dabei strukturierend und entlastend, stärken den Optimismus, fördern die Therapiemotivation und unterstützen die aktive Mitarbeit der Betroffenen. Gleichzeitig können emotionale Belastungen wie Scham oder Selbstabwertung im Zusammenhang mit der Erkrankung reduziert werden (vgl. Mühlig/ Jacobi 2020, S. 558).

Zu Beginn werden verständliche Erklärungen zu Ursachen, Entstehungsbedingungen und möglichen Verläufen der Erkrankung vermittelt (vgl. Mühlig/ Jacobi 2020, S. 561). Psychoedukative Maßnahmen sind nicht nur bei psychischen Erkrankungen sinnvoll, sondern auch bei somatischen Erkrankungen oder psychosozialen Belastungen (vgl. Hülshoff 2017, S. 82f).

Psychoedukation kann dabei als verbindendes Instrument zwischen Krisenintervention, Beratung, Aufklärung und Psychotherapie betrachtet werden. Auch typische Krisensituationen werden thematisiert. Die subjektiven Erfahrungen der Betroffenen stellen hier einen zentralen Bestandteil da. Psychoedukation versteht sich nicht als belehrend (vgl. Hülshoff 2017, S. 83). Selbstheilungskräfte werden aktiviert und das Gefühl von Selbstwirksamkeit gestärkt. In der Folge erleben Betroffene wieder mehr Kontrolle über ihre Situation und ihren Umgang mit der Erkrankung (vgl. Hülshoff 2017, S. 84).

Ziel ist es Therapie und Behandlung auf Augenhöhe zu gestalten, indem Informationen geteilt und Wissensasymmetrien zwischen Fachkräften und Betroffenen reduziert werden. Der Wissensvorsprung von Ärzt:innen und Therapeut:innen soll ausgeglichen werden, sodass Gleichberechtigung im Behandlungsprozess entsteht (vgl. Bäuml et al. 2016, S. 12). Dadurch werden Betroffene gestärkt aktiv an Entscheidungen mitzuwirken und verschiedene Behandlungsoptionen informiert mitzugestalten (vgl. Bäuml et al. 2016, S. 3).

Während die gesellschaftliche Akzeptanz bestimmter psychischer Belastungen wie etwa des Burnout-Syndroms in den letzten Jahren zugenommen hat, bestehen bei schweren psychischen Erkrankungen wie Schizophrenien, bipolaren Störungen, Demenzen oder schweren Persönlichkeitsstörungen weiterhin große Wissenslücken und Vorbehalte. Betroffene erleben sich häufig nicht wertgeschätzt, sondern stigmatisiert. Dies erschwert sowohl die Akzeptanz der eigenen Erkrankung als auch die Bereitschaft sich langfristig auf eine Behandlung einzulassen. Psychoedukation kann hier einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie Verständnis fördert und Informationen ohne stigmatisierende Zuschreibungen vermittelt (vgl. Bäuml et al. 2016, S. 13).

Durch ein vertieftes Wissen über die eigene Erkrankung werden den Betroffenen auch ihre individuellen Grenzen bewusster (vgl. Bäuml et al. 2016, S. 14). Der Prozess kann Trauerarbeit auslösen über verlorene Möglichkeiten oder eingeschränkte Lebensentwürfe. Diese Trauerarbeit gelingt besser, wenn es als Ausdruck eines individuellen, non-konformen und letztlich anderen Lebensentwurfs anerkannt wird (Bäuml et al. 2016, S. 14).

Ein früher Einsatz von Psychoedukation wird insbesondere bei Persönlichkeitsstörungen als bedeutsam hervorgehoben. Patient:innen und Angehörige müssen einen Einblick in das Krankheitskonzept erhalten, wobei der Fokus auf den komplexen und multifaktoriellen Ursachen der Erkrankung liegt. Dadurch wird verständlich, weshalb eine mehrdimensionale Behandlung notwendig ist, die Psychotherapie, medikamentöse Behandlung und psychosoziale Maßnahmen miteinander kombiniert (vgl. Bäuml et al. 2016, S. 16).

Psychoedukative Maßnahmen werden primär von Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen durchgeführt. Als Co-Leitung können auch andere Berufsgruppen wie Sozialarbeiter:innen, Pflegekräfte oder spezialisierte Therapeut:innen eingebunden werden. Unter ärztlicher oder psychologischer Supervision können psychoedukative Module auch von weiteren Fachkräften moderiert werden. Zentrales Ziel bleibt dabei die Hilfe zur Selbsthilfe. Die Wissensvermittlung erfolgt interaktiv und orientiert sich am individuellen Wissensstand der Betroffenen. Dabei besteht kein Widerspruch zwischen der Vermittlung von Wissen über mögliche negative Folgen der Erkrankung und einer ressourcenorientierten Haltung, da individuelle Stärken und

Kompetenzen gleichzeitig herausgearbeitet werden. Belastungen und Einschränkungen werden weder bagatellisiert noch ungenau dargestellt (vgl. Bäuml et al. 2016, S. 39).

Perspektivisch wird ein Ausbau psychoedukativer Angebote im ambulanten Bereich als sinnvoll erachtet. Aktuell finden Angebote überwiegend im stationären Setting statt. Ein Nachteil ist, dass Betroffene sich häufig in akuten Krisen oder Ausnahmesituationen befinden, in denen die Aufnahmefähigkeit eingeschränkt ist. In stabileren Phasen sind Patient:innen hingegen besser in der Lage Informationen aufzunehmen und mit ihren Alltagserfahrungen zu verknüpfen. Psychoedukation eignet sich daher besonders für den sozialpsychiatrischen Dienst oder für betreute Wohnformen. Sie sollte standardisiert und als fester Bestandteil psychosozialer Interventionen etabliert werden. Insbesondere für Sozialpädagog:innen ist die Anwendung psychoedukativer Konzepte bedeutsam, da sie den Betroffenen häufig über längere Zeiträume und nah am Alltag begleiten. Dadurch werden Krankheitsverläufe mit ihren Höhen und Tiefen sichtbar und können gemeinsam reflektiert werden (vgl. Bäuml et al. 2016, S. 62f).

Im Kontext von Psychoedukation bei Persönlichkeitsstörungen wird kontrovers diskutiert, ob Betroffene über ihre Diagnose informiert werden sollten. Kritische Positionen verweisen darauf, dass die verwendete Sprache häufig stigmatisierend wirkt und die kategoriale Diagnostik stark defizitorientiert ist. Das kann dazu führen, dass Betroffene und Angehörige Ablehnung, Demoralisierung und Stigmatisierung erleben. Wird die Diagnose nicht angemessen kommuniziert, kann das negative Folgen haben (vgl. Schmitz et al. 2016, S. 391).

Demgegenüber sprechen mehrere Argumente für eine transparente Information über die Diagnose. Sie kann dem Informationsbedürfnis von Betroffenen und Angehörigen gerecht werden und dem Recht auf Aufklärung und Transparenz entsprechen. Darüber hinaus kann eine verständliche Diagnose entlastend wirken und Hoffnung vermitteln, da sich daraus spezifische Behandlungsoptionen ergeben. Neuere Forschungsergebnisse tragen zu einer insgesamt optimistischeren Haltung gegenüber Persönlichkeitsstörungen und deren Verlauf bei. Gleichzeitig sind heute zahlreiche Informationen frei zugänglich, etwa über soziale Medien, Filme oder Ratgeber, was zwar Chancen bietet, aber auch das Risiko von Fehlinformationen birgt. Bislang sind jedoch nur wenige spezifische psychoedukative Programme für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen entwickelt worden (vgl. Schmitz et al. 2016, S. 392).

Psychoedukation kann bei Persönlichkeitsstörungen als Vorbereitung oder Ergänzung zur Psychotherapie oder als eigenständige Maßnahme für Angehörige eingesetzt werden. Gemeinsames Merkmal entsprechender Programme ist die Kombination aus Informationsvermittlung, Fertigkeitentraining, Problemlösetraining und sozialer Unterstützung. Sie basieren auf einem dimensionalen Modell der Persönlichkeit. Zentrale Elemente sind eine wertschätzende Sprache sowie eine problem- und zugleich ressourcenorientierte Perspektive auf Persönlichkeit. Ziel ist die Entstigmatisierung und Entmystifizierung der Diagnose sowie die schrittweise Auflösung der Ich-Syntonie (vgl. Schmitz et al. 2016, S. 393f).

Ein wesentliches Merkmal dieses Ansatzes ist die Betrachtung von Persönlichkeit auf einem Kontinuum. Jeder Persönlichkeitsstil weist sowohl Stärken als auch Schwächen auf.

Therapeutische Ziele bestehen darin extreme Ausprägungen zu reduzieren und mehr Flexibilität zu entwickeln, ohne dabei einen Anspruch auf eine grundlegende Persönlichkeitsveränderung zu formulieren (vgl. Schmitz et al. 2016, S. 394). Das beschriebene psychoedukative Programm bezieht sich auf sechs häufig vorkommende Persönlichkeitsvarianten. Der Begriff Persönlichkeitsstörung wird möglichst vermieden und als veralteter Fachbegriff eingeordnet, der vor allem dem professionellen Gebrauch dient. Stattdessen wird von unflexiblen oder extremen Persönlichkeitsstilen gesprochen. Jede Variante wird als Spannbreite zwischen angepasstem und extremem Verhalten beschrieben, etwa von gewissenhaft bis zwanghaft, dramatisch bis histrionisch, anhänglich bis dependent, selbstbewusst bis narzisstisch, sensibel bis selbstunsicher oder sprunghaft bis borderline. Ein radikaler Übergang von gesund zu gestört wird dabei bewusst vermieden. Teilnehmen können Personen mit mindestens einer Persönlichkeitsstörung oder auch solche, bei denen nicht alle diagnostischen Kriterien erfüllt sind, aber entsprechende Symptome bestehen (vgl. Schmitz et al. 2016, S. 394f).

Zentrale Ziele des Programms sind die Verbesserung der Selbstwahrnehmung und die Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit, ihrer Entwicklung und ihren Auswirkungen. Thematisiert werden individuelle Erlebens- und Verhaltensmuster. Die Gruppenzusammensetzung mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstilen ermöglicht es den Teilnehmenden andere Perspektiven kennenzulernen und Verständnis für Unterschiede zu entwickeln. Da bei Persönlichkeitsstörungen häufig eine egozentrische Perspektive vorherrscht und die Fähigkeit zur Perspektivübernahme eingeschränkt ist, stellt die Gruppe zugleich ein wichtiges Übungsfeld dar. Inhalte sind unter anderem die Wahrnehmung eigener Verhaltensweisen, deren Folgen und die Frage, wie Veränderung möglich ist. Zudem wird ein Bewusstsein für den Zusammenhang zwischen eigener Entwicklungsgeschichte und aktuellem Erleben geschaffen (vgl. Schmitz et al. 2016, S. 395f).

Das Programm ist übersichtlich aufgebaut und folgt für jeden Persönlichkeitsstil derselben Struktur. Das bietet Orientierung und Sicherheit, insbesondere bei Misstrauen, Angst oder emotionaler Instabilität. Die Beziehungsintensität bleibt begrenzt. Die Themen werden nicht aufdrängend behandelt und Neugier wird gefördert. Im Gruppensetting erfolgt keine konfrontative Ansprache einzelner Personen, sondern beziehen sich die Inhalte auf die gesamte Gruppe. Eine vertiefende Bearbeitung individueller Themen kann im Rahmen einer Einzeltherapie erfolgen (vgl. Schmitz et al. 2016, S. 396f).

Eine wertschätzende Perspektive bildet dabei eine zentrale Grundlage. Alle Persönlichkeitsstile werden in ihrer milderer Ausprägung als wertvoll und lebensbereichernd betrachtet. Sie tragen wesentlich zum zwischenmenschlichen Miteinander bei, und jeder Mensch weist unterschiedliche Anteile dieser Stile auf. So werden etwa dramatische Persönlichkeitszüge als Ausdruck von Gefühlsintensität, Spontaneität, Kreativität, Charme und Leidenschaft beschrieben. In ihrer extremen Ausprägung können diese Eigenschaften jedoch zu Leid führen, etwa durch ein starkes Bedürfnis nach Aufmerksamkeit und Wertschätzung, geringe Frustrationstoleranz, Theatralik oder übersteigerte Gefühlsausbrüche. Konflikte entstehen dabei nicht allein durch den Grad der Ausprägung, sondern auch durch mangelnde Flexibilität, hohe Stressbelastung und den sozialen Kontext (vgl. Schmitz et al. 2016, S. 398).

Zu den methodischen Bestandteilen des Programms zählen Rollenspiele, Narrative und Erklärungsmodelle. Für jeden Persönlichkeitsstil werden narrative Darstellungen genutzt unter dem Leitmotiv „Wenn der Stil zum Problem wird“. Diese werden vom Therapeut:innen häufig in Form eines Rollenspiels eingeführt. Ziel ist es die emotionale Beteiligung zu fördern. Die Narrative wirken symbolisch, sind nicht konfrontativ und unterstützen Motivation und Identifikation. Sie regen zur Selbstreflexion über eigene Denk- und Verhaltensmuster an (vgl. Schmitz et al. 2016, S. 399).

6. Bezug zur Psychosozialen Beratung

6.1. Verständnis Psychosoziale Beratung

Beratung ist ein alltägliches Phänomen. Sie findet fortlaufend im zwischenmenschlichen Austausch statt innerhalb von Familien, im Freundes- und Bekanntenkreis oder unter Nachbarn. Beratung kann dabei als eine Form interpersoneller Kommunikation verstanden werden, die durch Informationsvermittlung und das Geben von Impulsen für Veränderungsprozesse gekennzeichnet ist (vgl. Nußbeck 2024, S. 18).

Davon abzugrenzen ist die professionelle psychosoziale Beratung. Warschburger beschreibt Beratung in diesem Kontext als eine soziale Dienstleistung, deren Legitimation sich aus spezifischen fachlichen Kompetenzen, theoriegeleitetem Wissen sowie einer methodisch fundierten Vorgehensweise ergibt. Ein zentrales Merkmal professioneller psychosozialer Beratung besteht darin, dass sie von ausgebildeten Fachpersonen durchgeführt wird. Diese verfügen über theoretische Kenntnisse zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Problematik und über Wissen zu möglichen Lösungsansätzen (vgl. Warschburger 2009, S. 12).

Die Deutsche Gesellschaft für Beratung verortet psychosoziale Beratung als eigenständige Profession innerhalb der modernen Gesellschaft. Sie beschreibt deren zentrale Funktion als Begleitung und Unterstützung von Menschen, Organisationen, Unternehmen und Projekten. Auf professioneller und wissenschaftlicher Grundlage trägt Beratung dazu bei, dass unterschiedliche gesellschaftliche Akteur:innen ihr Miteinander reflektiert gestalten können (vgl. DGfB 2020, S. 1). Psychosoziale Beratung befasst sich mit Entwicklungsaufgaben sowie mit Problem- und Konfliktlagen. Dabei ist sie „subjekt-, anliegen- und kontextbezogen sowie kultursensibel“ ausgerichtet (DGfB 2020, S. 1). Ihr Wirkungsfeld ist eigenständig und grenzt sich bewusst von rein informativer Beratung ab. Es umfasst sowohl die Lebens- als auch die Arbeitswelt der Ratsuchenden (vgl. DGfB 2020, S. 2). Zudem basiert psychosoziale Beratung auf den Prinzipien der Menschen- und Grundrechte, Gerechtigkeit, Partizipation sowie auf klar definierten ethischen Standards (vgl. DGfB 2020, S. 3).

Nußbeck hebt den interaktionellen und prozesshaften Charakter professioneller Beratung hervor. Beratung folgt demnach bestimmten Regeln und Abläufen, die Ratsuchende dabei unterstützen, eigene Lösungen zu entwickeln und Entscheidungen zu treffen (vgl. Nußbeck 2024, S. 20). Klient:innen befinden sich häufig in einer Situation erheblichen Leidensdrucks und bringen ein starkes Bedürfnis nach Veränderung mit. Voraussetzung für eine erfolgreiche Beratung sind ein Mindestmaß an Motivation und Veränderungsbereitschaft sowie sprachliche und reflexive Fähigkeiten (vgl. Nußbeck 2024, S. 19).

Beratende benötigen umfassendes Expert:innenwissen zu rechtlichen Rahmenbedingungen, Erklärungsmodellen psychosozialer Problemlagen und möglichen Folgen unterschiedlicher Handlungsoptionen, um angemessene Strategien im Beratungsprozess entwickeln zu können. Darüber hinaus sind Kompetenzen in Gesprächsführung, diagnostisches Wissen sowie theoretische Kenntnisse zu Kommunikation, Interaktionsprozessen und Beziehungsaufbau von zentraler Bedeutung (vgl. Nußbeck 2024, S. 20). Kraft ergänzt diese Perspektive, indem er Beratung als „ein spezifisches, von anderen eindeutig unterscheidbares Sprachspiel zwischen zwei komplementären Sprecher-Rollen (Ratsuchender/Berater)“ beschreibt und dabei die strukturelle Asymmetrie der Beziehung betont (Kraft 2021, S. 264).

Ziel psychosozialer Beratung ist es, die konkrete Problemlage im Kontext des jeweiligen Beratungsanliegens zu bearbeiten und insbesondere Strategien zu entwickeln, die es den Ratsuchenden ermöglichen, zukünftige ähnliche Herausforderungen eigenständig zu bewältigen (vgl. Warschburger 2009, S. 16). Der Fokus liegt dabei weniger auf der Aufarbeitung vergangener Belastungen und deren Ursachen, sondern vielmehr auf aktuellen und zukünftigen Krisen. In diesem Zusammenhang werden vorhandene Ressourcen herausgearbeitet, die auch präventiv wirksam sein können (vgl. Schubert et al. 2019, S. 211).

Schubert et al. benennen als zentralen Gegenstand psychosozialer Beratung „Fragestellungen und Problemlagen, die sowohl aus der Auseinandersetzung mit den komplexen, widersprüchlichen und teilweise unvorhersehbaren Ereignissen und Anforderungen der alltäglichen und arbeitsweltlichen Lebensgestaltung als auch aus den darauf bezogenen Einschätzungen, Bewertungen und Sinngebungen durch die Ratsuchenden und deren Umfeld entstehen“ (Schubert et al. 2019, S. 24). Weitere Inhalte psychosozialer Beratung sind die biopsychosoziale Gesundheit sowie die allgemeine Lebensqualität. Beratung zielt darauf ab, die Lebensführung der Ratsuchenden aktiv zu beeinflussen. Sie unterstützt menschliche Bestrebungen, physische, psychische, materielle und spirituelle Bedürfnisse und Ziele zu verwirklichen.

Problemlagen der Lebensführung sind dabei nicht primär auf individuelle Defizite oder normabweichendes Verhalten zurückzuführen. Vielmehr entstehen sie im Spannungsfeld zwischen individuellen Voraussetzungen und gesellschaftlichen Anforderungen wie Verhaltensnormen und Regeln des Zusammenlebens. Individuum und Umwelt stehen in einem wechselseitigen Veränderungsprozess. Wie flexibel eine Person darauf reagieren kann, hängt von vielfältigen Faktoren ab und nicht in jedem Fall stellt Anpassung an äußere Bedingungen die beste Lösung dar. Psychosoziale Beratung setzt an dieser Stelle an, indem sie Autonomie, Reflexionsfähigkeit und die Fähigkeit zur eigenständigen Lösungsfindung stärkt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Umgang mit Problemlagen maßgeblich von der biografischen Vorgeschichte einer Person sowie von ihren verfügbaren Ressourcen und bestehenden Risiken beeinflusst wird (vgl. Schubert et al. 2019, S. 27).

Schubert et al. verabschieden sich ausdrücklich von einer defizitorientierten Perspektive und betonen, dass „das Wohlbefinden und die Gesundheit von Menschen am wichtigsten [sind] und nicht die Pathologisierung menschlichen Verhaltens und Handelns“ (Schubert et al. 2019, S. 28).

6.2. Verhältnis zur Psychotherapie

Die Abgrenzung zwischen Psychotherapie und Psychosozialer Beratung ist komplex und nicht eindeutig. Der Begriff Therapie stammt aus dem Griechischen und wird mit Dienst, Pflege und Heilung übersetzt. Nach Kraft umfasst Therapie alle „Maßnahmen, die auf die Behandlung von Krankheiten, Verletzungen oder Behinderungen ausgerichtet sind“ (Kraft 2021, S. 77). Ausgangspunkt einer Therapie ist in der Regel eine Diagnose mit dem Ziel Heilung zu erreichen oder Symptome deutlich zu reduzieren. Der Therapiebegriff ist damit klar dem medizinischen Kontext zuzuordnen.

Psychotherapie bezieht sich dabei insbesondere auf Schwierigkeiten aufgrund psychischer Ursachen. Das zentrale Mittel der Psychotherapeut:innen ist Kommunikation sowohl in verbaler als auch in non-verbaler Form. Die Adressat:innen leiden in der Regel unter psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen beziehungsweise Störungen (vgl. Kraft 2021, S. 76f). Kraft beschreibt, dass mit dem Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung eine Grenze zwischen gesund und krank überschritten wird (vgl. Kraft 2021, S. 76). Psychotherapie basiert auf Krankheits- und Störungsmodellen, bei denen angenommen wird, dass der freie Wille und die Selbststeuerungsfähigkeit der betroffenen Personen eingeschränkt sind.

Im Gegensatz dazu befasst sich Psychosoziale Beratung primär mit sogenannten Sach- oder Lebensproblemen, bei denen Entscheidungsfindung, Orientierung und Bewältigung im Vordergrund stehen (vgl. Kraft 2021, S. 118). Eine klare Trennung zwischen beiden Arbeitsfeldern ist jedoch kaum möglich, da es zahlreiche Grauzonen und Übergänge gibt. Insbesondere dann, wenn Lebensprobleme und psychische Erkrankungen miteinander verflochten sind, sich gegenseitig beeinflussen oder verdecken, verschwimmen die Grenzen zwischen Beratung und Psychotherapie (vgl. Kraft 2021, S. 118). Vor diesem Hintergrund wird Beratung nicht selten als „kleine Psychotherapie“ bezeichnet. Gleichzeitig bestehen deutliche Gemeinsamkeiten zwischen beiden Ansätzen, etwa hinsichtlich der Grundhaltung im Umgang mit Klient:innen beziehungsweise Patient:innen und in der Anwendung ähnlicher Kommunikationstechniken (vgl. Kraft 2021, S. 119f).

Bräutigam beschreibt Psychosoziale Beratung und Psychotherapie als konkurrierende Felder, die sich jedoch darin einig sind, dass mentale Gesundheit eine zentrale gesellschaftliche Bedeutung hat und Stigmatisierungen abgebaut werden sollten. Häufig werde Psychotherapie fälschlicherweise über die Beratung gestellt, da sie Krankheiten behandle und heile, während sich Beratung angeblich „nur“ mit gesunden Menschen und weniger intensiven Anliegen befasse (vgl. Bräutigam 2022, S. 123). Dem widerspricht jedoch die Beobachtung, dass die Anlässe für Psychotherapie und Psychosoziale Beratung oftmals identisch sind und ähnliche fachliche Kompetenzen und Fertigkeiten voraussetzen (vgl. Bräutigam 2022, S. 123f).

Die Folgen dieser begrifflichen Trennung zeigen sich insbesondere in der Selbstwahrnehmung der Betroffenen. Patient:innen gelten als erkrankt, was dazu führen kann, dass sie Verantwortung abgeben und sich ihrer Störung ausgeliefert fühlen. Dies kann den Eindruck verstärken, dem eigenen Leidensdruck wenig entgegenzusetzen zu können. Klient:innen hingegen werden als „normal“, einsichtsfähig und handlungsfähig wahrgenommen. Ihnen wird zugeschrieben, ihre Probleme grundsätzlich verstehen zu können, jedoch Unterstützung

zu benötigen, da ihnen spezifisches Expert:innenwissen fehlt. Sie gelten als weniger eingeschränkt, da ihre Schwierigkeiten angeblich weniger schwerwiegend sind. Diese einseitige Sichtweise führt zu einer problematischen Unterscheidung zwischen „bedürftig, aber normal“ und „bedürftig und gestört“ (vgl. Bräutigam 2022, S. 125f).

Bräutigam vertritt daher die Auffassung, dass Psychotherapie von der Psychosozialen Beratung lernen und zentrale Aspekte übernehmen sollte. Der Begriff der Psychotherapie sei zu eng gefasst und stark von einer pathologisierenden Perspektive geprägt. Eine Erweiterung des therapeutischen Verständnisses durch die Einbeziehung sozialer, kultureller und lebensweltlicher Perspektiven, wie sie in der Psychosozialen Beratung etabliert sind, erscheint in diesem Zusammenhang sinnvoll. (vgl. Bräutigam 2022, S. 133)

6.3. Beratung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Das Anwendungsfeld Psychosozialer Beratung ist weit gefasst und umfasst zahlreiche Beratungsbereiche innerhalb der Pädagogik und der Sozialen Arbeit. Psychosoziale Beratung richtet sich dabei an Menschen in unterschiedlichsten Lebenslagen und nimmt vielfältige psychosoziale Schwierigkeiten in den Blick. Boeger vertritt den Standpunkt, dass psychosoziale Beratung nicht primär auf Heilung ausgerichtet ist, sondern darauf, relativ gesunden Menschen Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit allgemeinen Lebensproblemen, kritischen Lebensereignissen und psychosozialen Belastungen zu bieten, welche die Persönlichkeit nicht tiefgreifend beeinträchtigen (vgl. Boeger 2018, S. 18).

In diesem Verständnis distanziert sich Psychosoziale Beratung bewusst vom klassischen Krankheitskonzept. Der Fokus liegt auf den Schwierigkeiten die Klient*innen im Kontext ihrer jeweiligen Lebensbedingungen erleben. Ziel ist es, Krisen und Belastungen lebensweltorientiert zu bearbeiten und Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Gleichzeitig weist Boeger darauf hin, dass eine klare Abgrenzung zur Psychotherapie nicht immer möglich ist, da bestimmte Problematiken wie beispielsweise Partnerschaftskonflikte, Selbstwertkrisen oder Motivationsprobleme sowohl Gegenstand Psychosozialer Beratung als auch psychotherapeutischer Behandlung sein können.

Nußbeck betont in diesem Zusammenhang, dass Beratung im Kontext psychischer Erkrankungen ein hohes Maß an spezifischem Fachwissen erfordert. Dazu zählen Kenntnisse über psychiatrische Krankheitsbilder und deren Diagnostik, den Verlauf psychischer Erkrankungen, mögliche medikamentöse Behandlungen und deren Nebenwirkungen sowie insbesondere die Auswirkungen auf das Erleben, Verhalten und die Interaktions- und Kommunikationsmuster der Betroffenen (vgl. Nußbeck 2024, S. 175).

Eine zentrale Besonderheit psychischer Erkrankungen, auch bei Persönlichkeitsstörungen besteht darin, dass auch die Eigen- und Fremdwahrnehmung betroffen ist. Daraus resultieren häufig Störungen in der Kommunikation und im zwischenmenschlichen Kontakt. Der Umgang mit psychisch erkrankten Menschen ist daher im Alltag oft erschwert. Zudem ist soziale Teilhabe häufig eingeschränkt, was nicht selten mit einem sinkenden sozialen Status einhergeht (vgl. Nußbeck 2024, S. 171).

Entscheidend für die Beratung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist der Zeitpunkt, zu dem sich die Problematik entwickelt hat. In diesem Zusammenhang werden präventive

Beratungsgespräche, akute Interventionen und rehabilitative Gespräche unterschieden. Präventive Beratung zielt darauf ab, frühzeitig Unterstützung anzubieten, um das Auftreten psychischer oder psychosomatischer Störungen möglichst zu verhindern. Durch solche Angebote kann Leidensdruck reduziert und einer Chronifizierung psychischer Belastungen vorgebeugt werden.

Akute Interventionen finden hingegen in Krisensituationen statt, in denen der Beratungsanlass gerade erst aufgetreten ist. In diesen Situationen steht die Bewältigung der aktuellen Problemlage im Vordergrund. Ziel ist es Stabilität herzustellen und gemeinsam Lösungswege zu entwickeln, die den Betroffenen helfen, mit der gegenwärtigen Belastung umzugehen. Rehabilitative Beratungsgespräche setzen nach einer psychischen Erkrankung an und thematisieren die daraus resultierenden Schwierigkeiten. Der Fokus liegt hier auf der Wiederherstellung von Handlungsfähigkeit sowie auf Möglichkeiten der Wiedereingliederung in zentrale Lebensbereiche wie Beruf, Familie und Freizeit (vgl. Wälte 2019, S. 200f).

Ein weiterer Faktor in der Psychosozialen Beratung ist die Frage nach den Adressat:innen des Beratungsangebots. Anders als in der Psychotherapie richtet sich Beratung nicht ausschließlich an Einzelpersonen, sondern auch an Paare, Familien oder Gruppen. Daraus ergeben sich unterschiedliche methodische Zugänge und Settings, die an die jeweilige Zielgruppe angepasst werden müssen (vgl. Wälte 2019, S. 201). Gleichzeitig bestehen deutliche Überschneidungen mit psychotherapeutischen Vorgehensweisen, insbesondere im Hinblick auf die Gestaltung der Beziehung zwischen Berater:innen und Klient:innen (vgl. Wälte 2019, S. 196f).

Zu Beginn des psychosozialen Beratungsprozesses bei Menschen mit psychischen Erkrankungen ist der Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung von zentraler Bedeutung. Parallel gilt es gemeinsam ein Verständnis der Problemlage zu entwickeln. In diesem Zusammenhang kann es hilfreich sein, bestehende Diagnosen kritisch zu betrachten und zu reflektieren. Psychische Erkrankungen sind gesellschaftlich stark stigmatisiert und werden häufig auch von professionellen Fachkräften negativ bewertet. Daher ist es für Berater:innen essenziell eigene Vorannahmen, Haltungen und mögliche Vorurteile gegenüber bestimmten Diagnosen zu überprüfen und zu reflektieren (vgl. Bischof 2022, S. 290).

Psychosoziale Beratung umfasst auch konkrete, alltagspraktische Maßnahmen. Dazu zählen beispielsweise die Sicherung von Wohnraum, die Stabilisierung der finanziellen Situation, die Reduktion von Alkohol- oder Drogenkonsum und die Bearbeitung familiärer oder sozialer Konflikte. Der Beratungsprozess ist dabei durch eine Kombination aus Informationsvermittlung, Rückmeldungen und konfrontativen Elementen seitens der Berater:innen gekennzeichnet. Konfrontation dient nicht der Bewertung, sondern der Klärung von Zusammenhängen zwischen Erleben, Verhalten und deren Folgen.

Im weiteren Verlauf der Beratung rückt die Frage in den Fokus, welche Veränderungen notwendig sind und auf welche Weise diese erreicht werden können. Der Beratungsprozess endet nicht plötzlich, sondern schließt eine bewusste Vorbereitung des Abschieds ein. Dazu gehören die gemeinsame Evaluation der erreichten Ergebnisse, die Reflexion des gesamten Beratungsprozesses sowie die Entwicklung neuer oder weiterführender Ziele (vgl. Bischof 2022, S. 291).

Ein zentrales Anliegen Psychosozialer Beratung ist es, dass sich Klient:innen angenommen fühlen und zugleich Kontrolle und Entscheidungskompetenz über den eigenen Veränderungsprozess erleben. Besonders bei psychischen Krisen ist es wichtig die Gleichzeitigkeit von Schutzbedürfnissen und dem Wunsch nach Veränderung wahrzunehmen und wertzuschätzen. Darüber hinaus spielt die Netzwerkarbeit eine bedeutende Rolle. Die Einbindung eines sozialen Netzes auch aus nicht-professionellen Unterstützerinnen kann zur Stabilisierung beitragen und die Nachhaltigkeit von Beratungsprozessen fördern.

Ziel Psychosozialer Beratung ist es Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit zu stärken, um eine Abhängigkeit vom professionellen Versorgungssystem zu vermeiden (vgl. Bischof 2022, S. 294f). Besonders im psychiatrischen Kontext haben sich motivierende und hoffnungsgebende Methoden als hilfreich erwiesen. Dazu zählt unter anderem die Motivierende Gesprächsführung, die Ambivalenzen gegenüber Veränderungen explizit thematisiert. Motivation ist dabei widersprüchlich, da sowohl Gründe für Veränderung als auch Argumente für das Beibehalten bestehender Verhaltensweisen vorhanden sind. Diese Vor- und Nachteile gemeinsam zu kommunizieren und zu reflektieren, kann Veränderungsbereitschaft fördern und den Beratungsprozess wirksam unterstützen (vgl. Bischof 2022, S. 296).

Es ist davon auszugehen, dass zentrale Wirkfaktoren der Psychotherapie auch auf psychosoziale Beratungsprozesse übertragbar sind. Aufgrund der zahlreichen Gemeinsamkeiten und inhaltlichen Überschneidungen lassen sich ähnliche Wirkmechanismen annehmen (vgl. Boeger 2018, S. 23). Daraus ergibt sich die grundlegende Frage, welche Faktoren eine Therapie oder Beratung wirksam machen.

Nach Boeger sind es nicht die spezifischen Techniken einzelner psychotherapeutischer Richtungen, die über Wirksamkeit entscheiden. Der therapeutische beziehungsweise beraterische Kontext eröffnet Möglichkeiten für emotionale und kognitive Veränderungen. Durch das Erleben von positiven Erfahrungen, Erfolgserlebnissen und eine vertrauensvolle Beziehungsgestaltung kann Hoffnung auf ein besseres Leben entstehen oder gestärkt werden. Diese Faktoren tragen maßgeblich dazu bei, Veränderungsprozesse anzustoßen und aufrechtzuerhalten.

Boeger verweist in diesem Zusammenhang auf Grawe, der ein schulübergreifendes Modell zentraler Wirkfaktoren psychotherapeutischer und beraterischer Prozesse entwickelt hat. Ausgangspunkt dieses Modells ist die Annahme, dass sich unterschiedliche Therapieschulen und -konzepte nicht gegenseitig ausschließen, sondern sich in ihren Wirkmechanismen ergänzen. Grawe beschreibt vier essenzielle Wirkfaktoren (vgl. Boeger 2018, S. 23f).

Der erste Wirkfaktor ist die Ressourcenaktivierung. Dabei geht es um die Nutzung vorhandener Potenziale, Fähigkeiten und Motivationen der Patient:innen oder Klient:innen. Ziel ist es, dass Betroffene ihre eigenen Ressourcen erleben und sich selbst wieder als kompetent und wertvoll wahrnehmen können. Therapeut:innen beziehungsweise Berater:innen übernehmen eine unterstützende, wertschätzende und selbstwertstärkende Rolle. Anstelle einer defizitorientierten Perspektive steht eine lösungs- und ressourcenorientierte Haltung im Vordergrund, die positive Selbstwahrnehmung und Hoffnung fördert. Der zweite Wirkfaktor ist die Problemaktualisierung. Darunter wird die

bewusste Konfrontation mit den bestehenden Schwierigkeiten verstanden und die Auseinandersetzung mit problematischen Erlebens- und Verhaltensbereichen. Zentral ist die Frage, inwiefern Patient:innen an der Entstehung und Aufrechterhaltung ihrer Probleme beteiligt sind. Als dritter Wirkfaktor wird die aktive Hilfe zur Problembewältigung beschrieben. Ein zentrales Ziel therapeutischer und beraterischer Prozesse ist es, Patientinnen die Erfahrung zu ermöglichen, dass sie Probleme bewältigen können. Dadurch wird Selbstwirksamkeit gefördert. Dies geschieht durch konkrete Hilfestellungen und bewältigungsorientierte Unterstützung (vgl. Boeger 2018, S. 24). Der vierte Wirkfaktor ist die motivationale Klärung. Dabei geht es um das Verstehen der Gründe für Symptome, Verhaltensweisen und inneres Erleben der Patient:innen. Zentrale Fragen sind, welche Bedeutung bestimmte Symptome für die betroffene Person haben und welche Funktionen sie möglicherweise erfüllen (vgl. Boeger 2018, S. 25).

Neben diesen vier Wirkfaktoren hebt Boeger den Beziehungsaspekt als entscheidend hervor. Methoden und Techniken können nur dann wirksam sein, wenn eine tragfähige und wertschätzende therapeutische beziehungsweise beraterische Beziehung besteht. Die Art der Therapie oder Beratung ist dabei weniger entscheidend als die Qualität der Beziehung. Erst in einem zweiten Schritt stellt sich die Frage, ob eine spezifische Methode zur individuellen Person und ihrer Problematik passt (vgl. Boeger 2018, S. 25).

Eine qualitativ schlechte Beziehung kann hingegen den Therapie- oder Beratungserfolg erheblich beeinträchtigen oder sogar schädlich sein. Belastend wirken insbesondere fehlende Wertschätzung, Abwertungen, emotionale Kälte, mangelnde Empathie sowie fehlende Selbstkritik. Auch Dominanzverhalten, narzisstische Fantasien oder Grenzüberschreitungen seitens der Therapeutinnen oder Beraterinnen stellen gravierende Fehler dar. Zusätzlich können ungelöste eigene Lebensprobleme der Fachkräfte den Beratungs- oder Therapieprozess negativ beeinflussen (vgl. Boeger 2018, S. 26f).

Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch Therapeut:innen und Berate:rinnen Menschen sind, die Belastungen, Krisen und persönliche Grenzen erleben. Trotz fundierter Ausbildung lassen sich Fehler nicht vermeiden. Umso wichtiger ist eine regelmäßige Reflexion des eigenen Handelns im Rahmen von Supervision. Diese dient dem Schutz der Klient:innen und Patient:innen und dem Selbstschutz der Fachkräfte und ist ein zentraler Bestandteil professionellen Arbeitens (vgl. Boeger 2018, S. 27).

Als besonders hilfreich in der Arbeit mit Persönlichkeitsstörungen gilt eine bedarfsorientierte Fallkonzeptualisierung. Dabei werden die aktuellen Schwierigkeiten der Betroffenen in den Kontext ihrer individuellen Lebensgeschichte eingeordnet. Diese Vorgehensweise ermöglicht es, über starre diagnostische Kategorien hinauszublicken und zugleich diagnosebedingte Stigmatisierungen zu reduzieren. Durch die kontextuelle Einordnung werden Erfahrungen, Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen erklärbar, was sowohl für Betroffene selbst als auch für Behandelnde und Angehörige zu einem vertieften Verständnis beitragen kann. Darüber hinaus eröffnet eine solche Fallkonzeptualisierung die Möglichkeit, den weiteren Behandlungsverlauf flexibler zu gestalten und zusätzliche Interventionen gezielt einzusetzen (vgl. Lyons 2023, S. 524).

Sowohl in der Forschung als auch unter Fachpersonal zeigt sich eine kritische Haltung gegenüber einer übersteigerten Pathologisierung von Persönlichkeit. Diese Perspektive betrifft insbesondere die Borderline Persönlichkeitsstörung, die in neueren Diskursen eher als Traumafolgestörung eingeordnet wird. Zahlreiche Studien belegen einen engen Zusammenhang zwischen komplexen Traumatisierungen in der frühen Kindheit und der Entwicklung einer Borderline-Symptomatik.

Angesichts der hohen Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen und des damit verbundenen Versorgungsbedarfs ergeben sich zentrale Fragestellungen für die weitere Forschung und Praxis. Dazu gehört unter anderem die Frage, ob entsprechende Interventionen von allen Fachkräften im psychosozialen Bereich durchgeführt werden sollten – was umfassende Weiterbildungsangebote voraussetzen würde – oder ob die Behandlung primär spezialisierten Fachkräften vorbehalten sein sollte. Die lange Phase der Stagnation in der Forschung zu Persönlichkeitsstörungen gilt inzwischen als überwunden; stattdessen prägen zahlreiche offene Fragestellungen und fachliche Diskurse zu Diagnostik, Ätiologie und Behandlungsansätzen die aktuelle wissenschaftliche Auseinandersetzung (vgl. Lyons 2023, S. 527).

7. Ergebnisse

7.1. Zusammenfassung

Gesellschaften bewerten menschliches Verhalten und mentale Zustände häufig anhand normativer Maßstäbe, obwohl diese Phänomene durch eine hohe Komplexität gekennzeichnet sind. Gesundheit wird als die Fähigkeit verstanden, sozialen und gesellschaftlichen Anforderungen gerecht zu werden. Die Grenze zwischen „gestört“ und „nicht gestört“ ist fließend. Der Begriff der „Störung“ kann dabei problematische Folgen haben, da er mit stigmatisierenden, abwertenden und für die Betroffenen belastenden Zuschreibungen verbunden sein kann. Persönlichkeit ist nicht als starre Eigenschaft zu begreifen, sondern als Ergebnis einer individuellen Lebensgeschichte.

Persönlichkeitsstörungen sind wegen ihrer unterschiedlichen Ausprägungen und Schweregrade nicht eindeutig definierbar. Eine vermeintlich „gestörte“ Persönlichkeit und eine als normal geltende Persönlichkeitsvariante sind nicht abgrenzbar. Die Gesamtpersönlichkeit ist nicht betroffen, sondern bestimmte Anteile.

In der Entstehung von Persönlichkeitsstörungen sind genetische Einflüsse bedeutsam und familiäre Erfahrungen. Insbesondere invalidierende Beziehungserfahrungen, unsichere Bindungsmuster sowie frühe Belastungen und Traumatisierungen gelten als zentrale Risikofaktoren. Hinsichtlich des Verlaufs und der Veränderbarkeit von Persönlichkeitsstörungen bestehen unterschiedliche fachliche Einschätzungen. Während ältere Konzepte von einer Unveränderbarkeit ausgehen, vertreten neuere Ansätze tendenziell die Auffassung, dass Persönlichkeitsstörungen nicht extrem pathologisch und grundsätzlich schwer behandelbar sind.

Diagnosen sind Konstrukte, die auf dem aktuellen Stand der Forschung basieren und vor allem einen praktischen Nutzen haben. In diesem Sinne sind diagnostische Kategorien Hilfskonstruktionen, die den Versuch darstellen, komplexe Persönlichkeitsstrukturen zu ordnen und verstehbar zu machen. Eine flexible, individualisierte Diagnostik, die Persönlichkeit nicht als statisches Störungsbild bewertet, ist erforderlich. Die dimensionale Sichtweise versteht Persönlichkeitsmerkmale daher ab einem bestimmten Intensitätsgrad und in Verbindung mit andauernden Beeinträchtigungen erst als pathologisch. Klassifikationssysteme und Diagnosen psychischer Störungen unterliegen einem kontinuierlichen Wandel. Sie müssen im historischen, gesellschaftlichen und sozialpolitischen Kontext verstanden und kritisch reflektiert werden. Aus diagnostischen Kategorien lassen sich keine eindeutigen oder standardisierten Handlungsanweisungen für professionell Helfende ableiten. Fachkräfte tragen in diesem Zusammenhang eine besondere Verantwortung gegenüber Patient:innen und deren Angehörigen, da Diagnosen nicht wertneutral sind.

Die Diagnose der Persönlichkeitsstörung bietet dennoch diagnostische Vorteile. Sie kann als Erklärungsmodell therapeutische Prozesse strukturieren. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass Betroffene eine Diagnose internalisieren. Es liegen nur wenige empirische Studien vor, die sich systematisch mit möglichen schädlichen Effekten diagnostischer Zuschreibungen auf Betroffene befassen.

Menschen mit Persönlichkeitsstörungen weisen häufig eine Vielzahl komorbider psychischer Erkrankungen auf, darunter Depressionen, Angsterkrankungen, Abhängigkeitserkrankungen oder Essstörungen. Diese Begleiterkrankungen müssen im Behandlungsprozess mitberücksichtigt werden. In vielen Biografien finden sich frühe traumatische Erfahrungen, die sich in Symptomen einer Posttraumatischen-Belastungsstörung widerspiegeln können, auch wenn diese nicht immer als eigenständige Diagnose vorliegt. Der Umgang mit den Symptomen stellt hohe Anforderungen an Fachkräfte und erfordert spezifisches Wissen.

Die Änderungsmotivation der Betroffenen kann insgesamt gering ausgeprägt sein oder sich auf einzelne Symptome, soziale Schwierigkeiten oder komorbide Störungen beziehen. Persönlichkeitsbedingte Ursachen werden dabei häufig nicht als solche erkannt oder als veränderungsbedürftig wahrgenommen. Viele Betroffene sehen ihre Persönlichkeitsmerkmale als sinnvoll an, was zu einer starken Identifikation damit führen kann. Veränderungen können entsprechend intensive negative Gefühle auslösen. Verbesserungen werden teilweise schwer akzeptiert, da Betroffene diese als „nicht verdient“ erleben oder von tief verankerten Selbstwertüberzeugungen geprägt sind. Hinzu kommen Schwierigkeiten, Unterstützung anzunehmen oder aktiv um Hilfe zu bitten. Das therapeutische Setting kann dadurch als bedrohlich erlebt werden und ist häufig von starkem Misstrauen gegenüber Fachkräften geprägt. Viele Betroffene haben in ihrer Biografie wiederholt Erfahrungen von Abwertung, Zurückweisung oder Verletzung gemacht. Der Zugang zu eigenen Emotionen ist oft erschwert. Gefühle werden als überwältigend, chaotisch oder gefährlich wahrgenommen, zurückgedrängt oder können nicht verbalisiert werden.

Es handelt sich um Beziehungs- und Interaktionsstörungen, die sich auch unmittelbar in der Beziehung zwischen Therapeut:innen und Patient:innen zeigen. Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen sind häufig. Der Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung ist

meist langwierig und erfordert Geduld, Kontinuität und Verlässlichkeit. Im Beziehungsaufbau zeigen sich nicht selten negatives oder herausforderndes Verhalten gegenüber Therapeut:innen oder Berater:innen, das als Beziehungstest oder Abwehrmechanismus verstanden werden kann. Krisen treten im Verlauf häufig auf und können bei Fachkräften Unsicherheit, Angst vor Fehlern oder die Sorge auslösen, die Situation zu verschlimmern. Eine professionelle Haltung bedeutet hoffnungsvoll zu bleiben, gleichzeitig aber anzuerkennen, dass Krisen oder suizidale Handlungen vorkommen und nicht immer vollständig verhindert werden können. Klare Grenzsetzungen sind in der Arbeit mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen besonders bedeutsam, da instabile Ich-Grenzen sowie wechselhafte Nähe-Distanz-Bedürfnisse häufig sind. Die Verantwortung für das eigene Handeln verbleibt dabei grundsätzlich bei den Patient:innen. Ziel professioneller Begleitung ist es gemeinsam ein vertieftes Verständnis der Funktion dieser Verhaltensweisen, die alternative Bewältigungsstrategien und eine nachhaltige Verbesserung der Lebensqualität zu entwickeln.

Bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung stehen in der Beratung häufig ausgeprägte emotionale Instabilität und Impulsivität im Vordergrund. Zwischenmenschliche Beziehungen sind oft durch starke Nähe-Distanz-Schwankungen, Idealisierung und Abwertung geprägt. Für Fachkräfte ist es zentral emotional validierend zu arbeiten, Grenzen zu setzen sowie Verantwortung für das eigene Handeln bei den Betroffenen zu belassen, ohne dabei die hohe innere Not zu bagatellisieren.

Bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung zeigen sich oft Schwierigkeiten im Umgang mit Selbstwertregulation. Die Änderungsmotivation ist oft gering oder bezieht sich primär auf äußere Konsequenzen, etwa Beziehungskonflikte oder berufliche Probleme. Grandiose Selbstdarstellungen oder abwertendes Verhalten können als Schutz vor einem vulnerablen Selbst verstanden.

Menschen mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung sind stark normorientiert und regelgeleitet. Wichtig sind Bedürfnisse nach Sicherheit und Kontrolle. Behandlungsprozesse zielen daher weniger auf eine Infragestellung von Regeln, sondern auf eine schrittweise Erweiterung von Perspektiven, mehr emotionale Selbstwahrnehmung und den Aufbau funktionalerer Umgangsweisen mit Unsicherheit.

Eine stabile, akzeptierende therapeutische Beziehung stellt bei der Arbeit mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen einen zentralen Faktor dar. Patient:innen sind Expert:innen für ihr eigenes Erleben. Therapeut:innen tragen die Verantwortung für die Strukturierung und Steuerung.

Dysfunktionale Verhaltensweisen prägen die Beziehung, sind in der Regel unbewusst und erfüllen eine psychische Funktion, was eine nicht wertende, verstehende Haltung notwendig macht.

Die Bereitschaft zur Veränderung steht in engem Zusammenhang mit der Qualität der therapeutischen Beziehung. Eine tragfähige, verlässliche Beziehung ermöglicht Ressourcenaktivierung. Die therapeutische Beziehung fungiert darüber hinaus als zentraler Wirkungsraum für korrigierende Beziehungserfahrungen. Durch Akzeptanz, Verständnis und

ernstgenommen werden können negative Grundannahmen und dysfunktionale Schemata irritiert werden, was nachhaltige Veränderungsprozesse anstoßen kann.

Es ist zu respektieren, dass Veränderungsmotivation sich oft im Verlauf entwickelt und nicht erzwungen werden kann. Auch Therapeut:innen sind durch eigene Erfahrungen, Belastungen und Grenzen geprägt. Eine reflektierte, professionelle Haltung, die eigene Anteile einbezieht, kann Abwertung reduzieren und Akzeptanz fördern.

Im professionellen Kontext besteht die Gefahr einer störungsorientierten Sichtweise, die Ressourcen und Entwicklungsmöglichkeiten aus dem Blick verliert. Bei Persönlichkeitsstörungen ist der Zugang zu Ressourcen häufig erschwert. Langfristige Entwicklung erfordert daher die gezielte Verknüpfung unterschiedlicher Ressourcen, personaler, sozialer und materieller Art. Ein ressourcenorientiertes Vorgehen setzt eine wertschätzende Haltung gegenüber individuellen Lebensentwürfen voraus, da sich die Vorstellungen von Therapeut:innen darüber, was als Ressource gilt, nicht zwangsläufig mit denen der Patient:innen decken. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen verfügen über verschiedene und vielfältige Ressourcen, die jedoch blockiert sind. Problematische Muster stellen potenzielle Ressourcen dar, die unter veränderten Bedingungen neu genutzt werden können. Ziel therapeutischer Arbeit ist es nicht, dass diese Verhaltensweisen unterlassen werden, sondern Modifikation und angemessene Dosierung, sodass positive Effekte überwiegen und sie wieder ressourcenhaft wirken. Dies zeigt sich exemplarisch darin, dass narzisstische Anteile mit Leistungsfähigkeit, Durchhaltevermögen und Selbstwertstabilisierung verbunden sein können, zwanghafte Persönlichkeitszüge wie Genauigkeit, Zuverlässigkeit und Regelerorientierung insbesondere im beruflichen Kontext funktional sind, und Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung häufig über ausgeprägte Kreativität, Spontaneität und empathische Fähigkeiten ihren Mitmenschen gegenüber verfügen.

Psychoedukation vermittelt strukturiertes und wissenschaftlich fundiertes Wissen zu Diagnostik, Störungsbildern und Behandlungsverfahren einschließlich ihrer Wirkmechanismen, Chancen und Grenzen. Die sachliche Informationsvermittlung wirkt entlastend, fördert Optimismus, Therapiemotivation und aktive Mitarbeit und kann scham- sowie selbstabwertungsbezogene Gefühle im Zusammenhang mit der Erkrankung reduzieren. Ein zentrales Ziel psychoedukativer Angebote ist eine Behandlung auf Augenhöhe. Durch die Reduktion von Wissensasymmetrien zwischen Fachkräften und Betroffenen werden Partizipation, Selbstwirksamkeit und informierte Mitentscheidung gestärkt. Psychoedukation wirkt entstigmatisierend, unterstützt die Akzeptanz der eigenen Erkrankung und erhöht die Bereitschaft zu einer langfristigen Behandlung.

Psychoedukative Interventionen können auch von anderen Berufsgruppen umgesetzt werden und sollten perspektivisch auch im ambulanten Bereich ausgebaut werden. Es ist sinnvoll, Psychoedukation standardisiert und dauerhaft in psychosozialen Unterstützungs- und Begleitangeboten zu verankern.

Im Kontext von Persönlichkeitsstörungen kann Psychoedukation vorbereitend, begleitend oder auch als eigenständige Maßnahme eingesetzt werden, etwa für Angehörige. Zentrale Ziele sind hierbei die Verbesserung der Selbstwahrnehmung, das Verständnis der eigenen

Persönlichkeit und ihrer biografischen Entwicklung sowie die Reflexion individueller Erlebens- und Verhaltensmuster. Gruppensettings erweisen sich als besonders geeignet, da sie Perspektivübernahme fördern, Verständnis für Unterschiede ermöglichen und ein geschütztes Übungsfeld für neue Interaktions- und Verhaltensweisen bieten.

Ziel psychosozialer Beratung ist es, aktuelle Problemlagen zu bearbeiten und zugleich Strategien zu fördern, die eine eigenständige Bewältigung zukünftiger Krisen ermöglichen. Psychosoziale Beratung versteht sich somit nicht als defizitorientierten Ansatz, sondern als unterstützenden Prozess, der Wohlbefinden, Autonomie und die gesundheitliche Stabilisierung der Ratsuchenden in den Vordergrund stellt.

Psychotherapie basiert auf Krankheits- und Störungsmodellen. In der öffentlichen und fachlichen Wahrnehmung wird Psychotherapie häufig als der psychosozialen Beratung übergeordnet betrachtet. Diese Hierarchisierung ist zu hinterfragen, da sich Anlässe, die erforderlichen Kompetenzen und die methodischen Anforderungen beider Arbeitsfelder in vielen Bereichen überschneiden. Eine klare Trennlinie zwischen Psychotherapie und psychosozialer Beratung lässt sich nicht ziehen, da insbesondere bei komplexen Lebensproblemen und psychischen Erkrankungen fließende Übergänge und Grauzonen bestehen, in denen sich beide Ansätze ergänzen und ineinandergreifen.

Psychische Problemlagen spielen in nahezu allen Beratungsfeldern eine Rolle, etwa in der Familien-, Partnerschafts-, Arbeits-, Sucht- oder Schuldenberatung. Psychosoziale Beratung bewegt sich damit an der Schnittstelle von individueller Lebensbewältigung, sozialen Rahmenbedingungen und psychischer Gesundheit. Beratung im Kontext psychischer Erkrankungen erfordert ein hohes Maß an spezifischem Fachwissen. Dazu zählen Kenntnisse über psychiatrische Krankheitsbilder, Diagnostik, typische Verläufe sowie psychopharmakologische Behandlungen und deren mögliche Nebenwirkungen. Ebenso bedeutsam ist das Verständnis dafür, wie psychische Erkrankungen das Erleben, Verhalten sowie die Interaktions- und Kommunikationsmuster der Betroffenen beeinflussen. Aufgrund der zahlreichen inhaltlichen Überschneidungen zwischen psychosozialer Beratung und Psychotherapie können vergleichbare Wirkmechanismen angenommen werden. Zentrale Wirkfaktoren sind dabei die Aktivierung vorhandener Ressourcen, die Problemaktualisierung, eine aktive Unterstützung bei der Problembewältigung sowie die motivationale Klärung innerer Ambivalenzen.

7.2. Diskussion und Reflexion

Die vorliegende Arbeit erhebt nicht den Anspruch, den aktuellen Forschungsstand zu Persönlichkeitsstörungen vollständig abzubilden. Es erfolgte eine zusammenfassende, strukturierende und reflektierte Auseinandersetzung mit zentralen Begriffen, theoretischen Positionen und fachlichen Diskursen der gegenwärtigen Literatur. Ziel war es, unterschiedliche Perspektiven auf Persönlichkeitsstörungen, Diagnostik, Behandlung und psychosoziale Beratung gegenüberzustellen, kritisch einzuordnen und relevante Aspekte für den Beratungskontext herauszuarbeiten. Eine eigene empirische Datenerhebung erfolgte nicht. Gleichwohl lassen sich aus der Arbeit weiterführende Fragestellungen ableiten, die sich für qualitative oder quantitative Forschung eignen und eine sinnvolle Ergänzung zu dieser theoretisch-konzeptionellen Auseinandersetzung darstellen können.

Es ist von großem Erkenntnisinteresse, wie spezialisierte Fachkräfte, beispielsweise auf psychiatrischen Stationen mit dem Schwerpunkt Persönlichkeitsstörungen, den Umgang mit Betroffenen erleben und gestalten. Ebenso relevant erscheint die Perspektive ambulanter Psychotherapeut:innen. Eine systematische Untersuchung der Erfahrungen von Berater:innen in unterschiedlichen psychosozialen Beratungskontexten ist auch von hoher Praxisrelevanz. Gerade hier zeigt sich eine deutliche Forschungslücke.

Spezifische Beratungskontexte werden in dieser Arbeit bewusst nicht vertieft betrachtet. Dabei wäre es aufschlussreich psychosoziale Beratung bei Persönlichkeitsstörungen in Feldern wie der Familien- und Erziehungsberatung, der Partnerschaftsberatung, der Suchtberatung oder der Beratung von Angehörigen zu untersuchen. Diese Arbeitsfelder sind in der Praxis häufig mit den Auswirkungen von Persönlichkeitsstörungen konfrontiert, ohne dass ausreichend theoretisch fundierte und praxisnahe Konzepte vorliegen.

Die Auswahl der Schwerpunkte in der Behandlung (Kapitel 5) ist nicht anhand objektiver Kriterien oder empirischer Evidenz erfolgt, sondern ist subjektiv geprägt. Sie orientiert sich an eigenen beruflichen Erfahrungen in der Rolle als Berater:in sowie an Erzählungen und Berichten von Kolleg:innen aus unterschiedlichen Praxisfeldern. Die eigenen beruflichen Berührungspunkte mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sind bislang begrenzt. Erfahrungen stammen vor allem aus der Online-Beratung für Jugendliche und junge Erwachsene mit gering bis stark ausgeprägter Symptomatik, die Hinweise auf Persönlichkeitsproblematiken geben könnten.

In diesem Beratungskontext werden Diagnosen weder gestellt noch thematisiert. Eine eigene Diagnostik ist nicht möglich und nicht Ziel der Beratung. Diagnosen spielen in der Online-Beratung bewusst eine untergeordnete Rolle, da der Fokus auf der individuellen, situationsbezogenen Auseinandersetzung mit konkreten Problemlagen liegt. Im Zentrum stehen die Auswirkungen und Folgen psychischer Belastungen im Alltag der Ratsuchenden und einzelne Symptome und Verhaltensweisen. Beratungsinhalte und Ziele werden durch die Jugendlichen vorgegeben. Dennoch ist ein fundiertes Wissen über Persönlichkeitsstörungen auch für (Online-)Berater:innen hilfreich.

Der Begriff der „Persönlichkeitsstörung“ wird in dieser Arbeit verwendet, da er auch in der ausgewerteten Fachliteratur fast ausschließlich genutzt wird. Im Ergebnisteil und im Fazit wird bewusst darauf verzichtet. Wenn im Rahmen dieser Arbeit von Persönlichkeitsstörungen gesprochen wird, sind stets Menschen mit individuell ausgeprägten Persönlichkeiten, vielfältigen Biografien und unterschiedlichen Leidenswegen gemeint. Es gibt weder den „typischen Persönlichkeitsgestörten“ noch den „typischen Borderliner“ oder den „typischen Narzissten“. Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen sind bei allen Menschen einzigartig und kontextabhängig.

Für die psychosoziale Beratung bedeutet dies, sich von allgemeinen Zuschreibungen zu lösen und den Fokus auf Beziehungsgestaltung, Ressourcenorientierung und die individuelle Lebenssituation der Ratsuchenden zu richten. Die vorliegende Arbeit versteht sich damit als Beitrag zu einer entstigmatisierenden und praxisnahen Auseinandersetzung mit Persönlichkeitsstörungen im Kontext psychosozialer Beratung

8. Fazit

8.1. Zentrale Erkenntnisse im Kontext der Forschungsfrage

Ausgangspunkt dieser Arbeit war die Fragestellung, welche Erkenntnisse aus der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sich für die Psychosoziale Beratung übernehmen lassen.

Die Auswertung der Fachliteratur und die theoretische Einordnung zentraler Konzepte zeigen, dass sich trotz unterschiedlicher Zielsetzungen und Rahmenbedingungen zahlreiche Gemeinsamkeiten und anschlussfähige Erkenntnisse identifizieren lassen. Zusammenfassend lassen sich drei zentrale Ebenen herausarbeiten, auf denen psychotherapeutisches Wissen für die Psychosoziale Beratung besonders relevant ist: Aufklärung und Wissen, professionelle Haltung sowie konkrete Hinweise für den Umgang mit Betroffenen.

Eine zentrale Erkenntnis besteht in der Bedeutung fundierter Aufklärung über Persönlichkeitsstörungen und die mit ihnen verbundenen theoretischen Konzepte. Dies umfasst zunächst eine kritische Auseinandersetzung mit normgeprägten Begriffen wie Gesundheit, Krankheit und Störung. Der Begriff der Persönlichkeitsstörung ist dabei nicht als objektive Beschreibung, sondern als historisch, kulturell und gesellschaftlich geprägtes Konstrukt zu verstehen, das der Vereinfachung hochkomplexer Phänomene dient. Die Arbeit zeigt, dass diagnostische Kategorien und Klassifikationssysteme stets vorläufige Erklärungsversuche darstellen und sich mit neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen weiterentwickeln.

Alternative Begriffe wie Persönlichkeitsstil oder Persönlichkeitsvariante wurden in der Fachliteratur zwar wiederholt vorgeschlagen, haben sich bislang jedoch nicht etabliert. Mit der Einführung dimensionaler Ansätze im ICD-11 zeichnet sich jedoch ein Perspektivwechsel ab, der Persönlichkeit nicht mehr kategorial, sondern als Kontinuum von Merkmalen mit unterschiedlichem Schweregrad der Beeinträchtigung versteht. Diese Sichtweise betont individuelle Ausprägung und Veränderbarkeit persönlicher Muster.

Für die Psychosoziale Beratung ist Wissen über die multifaktoriellen Ursachen und Entwicklungsbedingungen von Persönlichkeitsstörungen zentral. Kenntnisse über typische Symptome, Verhaltensweisen und interaktionelle Muster ermöglichen eine differenzierte Einordnung und tragen dazu bei, vorschnelle Bewertungen zu vermeiden. Aufklärung wirkt damit nicht nur auf Seiten der Betroffenen, sondern beeinflusst auch die professionelle Haltung von Berater:innen maßgeblich.

Eine weitere zentrale Erkenntnis betrifft die enge Verknüpfung von professioneller Haltung und Beziehungsgestaltung. Sowohl in der Psychotherapie als auch in der Psychosozialen Beratung erweist sich eine wertschätzende, akzeptierende und nicht pathologisierende Grundhaltung als Voraussetzung für eine tragfähige Arbeitsbeziehung. Die Literatur verdeutlicht, dass es hilfreich ist, Menschen nicht primär über ihre Diagnose zu definieren, sondern ihre individuelle Lebensgeschichte, ihre aktuellen Belastungen und ihre vorhandenen Ressourcen in den Mittelpunkt zu stellen.

Persönlichkeitsstörungen betreffen nicht die gesamte Persönlichkeit eines Menschen. Vielmehr bestehen neben belastenden Mustern stets auch gesunde, funktionale Anteile, die in Beratung und Therapie gezielt gestärkt werden können. Eine wertfreie und annehmende Haltung bezieht sich dabei sowohl auf dysfunktionale Verhaltensweisen als auch auf eine möglicherweise geringe oder ambivalente Veränderungsmotivation. Viele problematische Muster sind als biografisch entstandene Überlebensstrategien zu verstehen, die früher sinnvoll und schützend waren und bis heute der Bewältigung innerer oder zwischenmenschlicher Konflikte dienen.

Diese Perspektive entlastet sowohl Betroffene als auch Berater:innen und eröffnet einen Raum, in dem Veränderung möglich wird, ohne sie zu erzwingen. Sie unterstützt zugleich eine Haltung, die Verantwortung für Veränderung bei den Betroffenen belässt, ohne diese mit Schuldzuweisungen oder Abwertung zu verbinden.

Auf der Ebene des konkreten Umgangs zeigt sich, dass psychotherapeutische Erfahrungen wertvolle Orientierung für die psychosoziale Beratung bieten. Dazu gehört insbesondere das Wissen um typische Besonderheiten und Herausforderungen im Kontakt mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, etwa häufige Krisen, intensive emotionale Reaktionen oder komplexe Beziehungsmuster. Entscheidend ist dabei, dass Verantwortung für Handeln und Veränderung grundsätzlich bei den Betroffenen verbleibt und dass der Erfolg von Beratung oder Therapie nicht daran gemessen wird, ob Krisen vollständig verhindert werden können.

Krisen, selbstschädigendes Verhalten oder Rückschritte sind nicht automatisch Ausdruck eines Scheiterns professioneller Arbeit. Sie sind vielmehr häufig Teil des Veränderungsprozesses. Diese Erkenntnis entlastet Berater:innen und schützt vor unrealistischen Erwartungen an die eigene Wirksamkeit.

Zugleich wird deutlich, dass die Selbstreflexion der professionell Tätigen eine zentrale Rolle spielt. Eigene Bewertungen, emotionale Reaktionen, persönliche Grenzen und individuelle Belastungen beeinflussen den Beratungsprozess erheblich und müssen kontinuierlich reflektiert werden. Supervision und kollegialer Austausch sind daher unverzichtbare Bestandteile professionellen Handelns.

Als besonders hilfreiches Element aus der Psychotherapie erweist sich zudem die Psychoedukation. Durch Wissensvermittlung und transparente Aufklärung kann Veränderungsmotivation gefördert, Partizipation gestärkt und Stigmatisierung reduziert werden. Betroffene erhalten die Möglichkeit, informierte Entscheidungen über ihren Umgang mit Belastungen und über mögliche Unterstützungsangebote zu treffen. Ein Ausbau psychoedukativer Angebote im ambulanten Bereich sowie deren Durchführung auch durch andere Berufsgruppen – einschließlich psychosozialer Berater:innen – erscheint vor diesem Hintergrund sinnvoll, um Berührungsängste und Vorurteile abzubauen.

Eng damit verbunden ist die ressourcenorientierte Perspektive. Persönlichkeitsmerkmale können je nach Kontext, Situation und Intensitätsgrad sowohl problematisch als auch ressourcenhaft sein. Viele Betroffene verfügen über zahlreiche potenzielle Ressourcen, die jedoch aufgrund rigider Muster oder ungünstiger Lebensbedingungen nicht wirksam werden. Ziel von Beratung ist es daher nicht, Eigenschaften grundsätzlich zu verändern, sondern ihre

Dosierung und ihren Einsatz zu flexibilisieren und passende Lebenskontexte zu finden, in denen sie konstruktiv genutzt werden können.

Abschließend zeigt sich, dass trotz der hohen praktischen Relevanz bislang vergleichsweise wenige systematische Untersuchungen existieren, die sich explizit mit der psychosozialen Beratung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen befassen. Die vorliegende Arbeit macht deutlich, dass psychotherapeutische Erkenntnisse hierfür wertvolle Impulse liefern können, zugleich aber weiterer Forschungsbedarf besteht, insbesondere mit Blick auf spezifische Beratungskontexte und die Perspektive der Betroffenen selbst.

8.2. Weiterführende Gedanken und Ausblick

Die Auseinandersetzung mit der psychosozialen Beratung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen macht deutlich, dass neben fachlichem Wissen vor allem professionelle Sicherheit und Haltung entscheidende Faktoren für gelingende Unterstützung sind. In diesem Zusammenhang zeigt sich ein deutlicher Bedarf an spezifischen Weiterbildungsangeboten für Fachkräfte. Berührungsängste, Unsicherheiten bis hin zu Ablehnung im Kontakt mit dieser Personengruppe sind in der Praxis häufig anzutreffen. Diese Reaktionen sind mitunter menschlich und nachvollziehbar.

Um solchen Berührungsängsten professionell zu begegnen, bedarf es gezielter Fort- und Weiterbildungen, die nicht nur theoretisches Wissen vermitteln, sondern auch den Umgang mit Herausforderungen thematisieren. Supervision, Selbsterfahrung und kollegialer Austausch sind dabei zentrale Elemente, um Fachkräfte zu entlasten und Handlungssicherheit zu fördern.

Neben individuellen Unsicherheiten wirken auch gesellschaftliche Zuschreibungen und Vorurteile gegenüber Betroffenen fort. Begriffe wie „Borderliner“ oder „Narzisst“ werden im öffentlichen Diskurs einseitig, abwertend oder sensationsorientiert verwendet. Das trägt zur Stigmatisierung Betroffener bei und beeinflusst die Haltung von professionell Unterstützenden. Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit können einen wichtigen Beitrag leisten. Soziale Medien sind in diesem Zusammenhang ambivalent zu einzuordnen. Sie bieten Chancen für niedrigschwellige Information, Erfahrungsaustausch und Entstigmatisierung, zugleich aber auch Risiken durch Fehlinformationen und Selbstdiagnosen. Ein reflektierter Umgang ist notwendig.

Ein weiterer Diskussionspunkt ist die scheinbar gering ausgeprägte Veränderungsmotivation von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, die mit der Ich-Syntonie erklärt wird. Allein die Inanspruchnahme therapeutischer oder beratender Unterstützung weist bereits auf einen erheblichen Leidensdruck und deutliche individuelle und soziale Einschränkungen hin. Zukünftige Forschung sollte die Perspektive der Betroffenen einbeziehen.

Die Grenzen psychosozialer Beratung sind klar zu benennen. Beratung kann und soll Psychotherapie nicht ersetzen. Bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung, schweren Krisen ist eine Weitervermittlung in psychiatrische oder psychotherapeutische Settings erforderlich. In diesem Zusammenhang bleiben rechtliche und ethische Fragestellungen, vor allem in Zwangskontexten, ein wichtiges, aber in dieser Arbeit nicht bearbeitetes Themenfeld.

Die psychosoziale Beratung nimmt eine ergänzende Rolle im Versorgungssystem ein. Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass die Symptomatik von Persönlichkeitsstörungen im Verlauf häufig abnimmt. Frühzeitige Interventionen können das positiv beeinflussen. Hier eröffnet sich ein wichtiges Handlungsfeld für psychosoziale Beratung, vor allem in der Arbeit mit Familien, jungen Menschen, Eltern mit Persönlichkeitsstörungen oder Angehörigen. Beratung ist niedrigschwellig, leichter zugänglich und erreicht Menschen zu einem früheren Zeitpunkt als stationäre psychiatrische Angebote. Sie kann sowohl präventiv wirken als auch frühzeitig an geeignete Behandlungsangebote weitervermitteln.

Abschließend zeigt sich großer Bedarf an weiterer Forschung. Es fehlen empirische Studien zur Wirksamkeit psychosozialer Beratung bei Persönlichkeitsstörungen. Von besonderer Bedeutung ist die Perspektive der Betroffenen, um Beratung weiterzuentwickeln. Die vorliegende Arbeit versteht sich als Beitrag zu einem offenen Diskurs, der theoretische Erkenntnisse und zukünftige Forschungsansätze miteinander verbindet.

Quellenverzeichnis

Althaus, D., Niedermeier, N., & Niescken, S. (2018). Zwangsstörungen: Wenn die Sucht nach Sicherheit zur Krankheit wird (3. Aufl.). C.H. Beck.

Asendorpf, J. B. (2007). Psychologie der Persönlichkeit. Springer.

Barnow, S., & Miano, A. (2020). Persönlichkeitsstörungen. In Hoyer, J. & Knappe, S. (Hrsg.), Klinische Psychologie & Psychotherapie (3. Aufl., S. 1299–1318). Springer Berlin / Springer-Verlag.

Bäumel, J., Behrendt, B., Henningsen, P., & Pitschel-Walz, G. (2016). Handbuch der Psychoedukation: Für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin. Schattauer.

Behr, M., Hüsson, D., Luderer, H.-J. & Vahrenkamp, S. (2017). Gespräche hilfreich führen (Band 1): Praxis der Beratung und Gesprächspsychotherapie: personenzentriert – erlebnisaktivierend – dialogisch (1. Aufl.). Beltz Juventa.

Behr, M., Hüsson, D., Luderer, H.-J. & Vahrenkamp, S. (2020). Gespräche hilfreich führen (Band 2): Psychosoziale Problemlagen und psychische Störungen in personenzentrierter Beratung und Gesprächspsychotherapie. Beltz Juventa.

Bischkopf, J., Deimel, D., Walther, C, & Zimmermann, R.-B. (Hrsg.). (2022). Soziale Arbeit in der Psychiatrie: Lehrbuch. UTB GmbH.

Boeger, A. (2024). Psychologische Therapie- und Beratungskonzepte: Theorie und Praxis (4. aktualisierte Aufl.). W. Kohlhammer GmbH.

Bronisch, T. (2000a). Grundsätzliches zur psychotherapeutischen Krisenintervention. In Bronisch, T. Bohus, M., Dose, M., Reddemann, L. & Unckel, C. (Hrsg.), Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen: Therapeutische Hilfe bei Suizidalität, Selbstschädigung, Impulsivität, Angst und Dissoziation (S. 26–36). Klett-Cotta.

Bronisch, T. (2000b). Suizidalität. In Bronisch, T. Bohus, M., Dose, M., Reddemann, L. & Unckel, C. (Hrsg.), Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen: Therapeutische Hilfe bei Suizidalität, Selbstschädigung, Impulsivität, Angst und Dissoziation (S. 37–67). Klett-Cotta.

Deng, F., Ding, L., & Liao, C. (2022). An overview of narcissistic personality disorder. Advances in Social Science, Education and Humanities Research. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.211220.271>

Deutsche Gesellschaft für Beratung e. V. (2025). Beratungsverständnis der Deutschen Gesellschaft für Beratung. <https://dachverband-beratung.de/download/>

Diedrich, A., & Voderholzer, U. (2015). Obsessive-compulsive personality disorder: A current review. Current Psychiatry Reports, 17(2). <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0547-8>

Ekselius, L. (2018). Personality disorder: A disease in disguise. Upsala Journal of Medical Sciences, 123(4), 194–204. <https://doi.org/10.1080/03009734.2018.1526235>

Flückiger, C., & Beesdo-Baum, K. (2020). Ressourcenaktivierung. In Hoyer, J. & Knappe, S. (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3. Aufl., S. 575-588). Springer.

Hoffmann, N., & Hofmann, B. (2021). *Zwanghafte Persönlichkeitsstörung und Zwangserkrankungen: Therapie und Selbsthilfe* (2. Aufl.). Springer Berlin / Springer-Verlag.

Hölzel, L., & Berger, M. (Hrsg.). (2024). *ICD-11 – psychische Störungen: Innovationen und ihre Bewertung*. Springer.

Hülshoff, T. (2017). *Psychosoziale Intervention bei Krisen und Notfällen* (1. Aufl.). Ernst Reinhardt Verlag.

Knappe, S., & Wittchen, H.-U. (2020). Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen. In Hoyer, J. & Knappe, S. (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3. Aufl., S. 29–56). Springer Berlin / Springer-Verlag.

Kunz, S., Scheuermann, U. & Schürmann, I. (2009). *Krisenintervention: Ein fallorientiertes Arbeitsbuch für Praxis und Weiterbildung* (3. aktualisierte Aufl.). Beltz Juventa Verlag.

Lammers, C.-H. (2021). *Beziehungsgestaltung mit narzisstischen Menschen*. Psychiatrie-Verlag GmbH.

Langosch, A. (2015). *Ressourcenorientierte Beratung und Therapie* (1. Aufl.). Ernst Reinhardt Verlag.

Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O. F., Leweke, F., Luyten, P., Salzer, S., Spitzer, C., & Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: A comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*, 23(1). <https://doi.org/10.1002/wps.21156>

Lieb, H. (1998). *Persönlichkeitsstörung: Zur Kritik eines widersinnigen Konzeptes*. DGVT-Verlag.

Lieb, H. (2014). Was geschieht eigentlich, wenn jemand jemandem die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ gibt? Prämissen, Nebenwirkungen und Alternativen. *Psychiatrie im Dialog*, 3 (S. 22–26)

Lyons, J. (2023). Personality disorders. In Hanley, T. & Winter, L.A. (Hrsg.), *The SAGE Handbook of Counselling and Psychotherapy* (5. Aufl., S. 288–293). SAGE Publications Ltd.

Martius, P. (2021). *Persönlichkeitsstörungen: Eine Einführung für die psychotherapeutische Praxis*. W. Kohlhammer GmbH.

Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2004). *Personality disorders in modern life*. Wiley.

Nußbeck, S. (2024). *Einführung in die Beratungspsychologie* (5. aktualisierte Aufl.). UTB GmbH / Ernst Reinhardt Verlag.

Peichl, J. (2016). *Narzisstische Verletzungen der Seele heilen: Das Zusammenspiel der inneren Selbstanteile*. Klett-Cotta Verlag.

- Pinto, A., Teller, J., & Wheaton, M. G. (2022). Obsessive-compulsive personality disorder: A review of symptomatology, impact on functioning, and treatment. *Focus*, 20(4). <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20220058>
- Reeves, A. (2023). Suicide and self-harm. In Hanley, T. & Winter, L.A. (Hrsg.), *The SAGE Handbook of Counselling and Psychotherapy* (5. Aufl., S. 498-507). SAGE Publications Ltd.
- Ross, A. G., Giri, S., Anyasodor, A. E., Mahmood, S., Astawesegn, F. H., Huda, M. M., Ahmed, K. Y., Mondal, U. K., & Thapa, S. (2024). Adverse childhood experiences leading to narcissistic personality disorder: A case report. *BMC Psychiatry*, 24, Article 6307. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06307-9>
- Sachse, R. (2004). *Persönlichkeitsstörungen verstehen: Zum Umgang mit schwierigen Klient:innen* (11., aktualisierte Aufl.). Psychiatrie Verlag GmbH.
- Sachse, R. (2016). *Therapeutische Beziehungsgestaltung* (2. aktualisierte und ergänzte Aufl.). Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Sachse, R. (2022). *Ressourcen erkennen und fördern bei Persönlichkeitsstörungen* (1. Aufl.). Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Sachse, R., Kiszkenow-Bäker, S., & Schirm, S. (2015). *Klärungsorientierte Psychotherapie der zwanghaften Persönlichkeitsstörung* (Bd. 7, *Praxis der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen*). Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Schmitz, B. (2016). Psychoedukation bei Persönlichkeitsstörungen. In Bäuml, J., Behrendt B., Henningsen, P. & Pitschel-Walz, G. (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin* (S. 390–405). Schattauer.
- Schubert, F.-C., Rohr, D., & Zwicker-Pelzer, R. (2019). *Beratung: Grundlagen – Konzepte – Anwendungsfelder*. Springer.
- Schuhler, P. (2014). Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen: Von der Pathologisierung zur Kompetenzorientierung. *Psychotherapie im Dialog*, 3, 76–79.
- Schulte, D. (1998). *Therapieplanung* (2. Aufl.). Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Sendera, A., & Sendera, M. (2016). *Borderline – Die andere Art zu fühlen: Beziehungen verstehen und leben* (2. Aufl.). Springer Berlin / Springer-Verlag.
- Schnell, T. (2014). *Moderne kognitive Verhaltenstherapie bei schweren psychischen Störungen*. Verlag.
- Sutor, M. (2022). Beschreibung der Problembereiche. In Sutor, M. (Hrsg.), *Die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT): Neue DBT-orientierte diagnoseübergreifende Konzepte – Schwerpunkt Skills-Training* (5. Aufl., S. 23–53). Springer Berlin / Springer-Verlag.
- Temes, C. M., & Zanarini, M. C. (2018). Recent developments in psychosocial interventions for borderline personality disorder. *F1000Research*, 7, Article 18561. <https://doi.org/10.12688/f1000research.18561.1>

Trost, A., & Schwarzer, W. (Hrsg.). (2012). Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für psychosoziale und pädagogische Berufe Verlag Modernes Lernen.

von Auer, A. K., & Kaess, M. (2023). Borderline-Persönlichkeitsstörung (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 31). Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Warschburger, P. (Hrsg.). (2009). Beratungspsychologie. Springer Berlin / Springer-Verlag.

Wälte, D. (2019). Der psychisch gestörte Mensch – Klinische Psychologie. In Wälte, D., Borg-Laufs, M. & Brückner, B. (Hrsg.), Psychologische Grundlagen der Sozialen Arbeit (S. 133–214). W. Kohlhammer Verlag.

Wittchen, H.-U., Knappe, S., & Hoyer, J. (2019). Was ist klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte, Modelle. In Hoyer, J. & Knappe, S. (Hrsg.), Klinische Psychologie & Psychotherapie (3. Aufl., S. 3–28). Springer Berlin / Springer-Verlag.