



Rainer Sachse
Ueli Kramer

Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeits- störungen

2., überarbeitete und ergänzte Auflage

Praxis der Psycho-
therapie von Persön-
lichkeitsstörungen

 hogrefe

Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen

Praxis der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen

Band 1

Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen

Prof. Dr. Rainer Sachse, PD Dr. Ueli Kramer

Die Reihe wird herausgegeben von:

Prof. Dr. Rainer Sachse, Prof. Dr. Philipp Hammelstein, PD Dr. Thomas Langens

Rainer Sachse
Ueli Kramer

Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen

Grundlagen und Konzepte

2., überarbeitete und ergänzte Auflage



Prof. Dr. Rainer Sachse, geb. 1948. 1969–1978 Studium der Psychologie an der Ruhr-Universität Bochum. Ab 1980 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Ruhr-Universität Bochum. 1985 Promotion. 1991 Habilitation. Privatdozent an der Ruhr-Universität Bochum. Seit 1998 außerplanmäßiger Professor. Leiter des Institutes für Psychologische Psychotherapie (IPP), Bochum. Arbeitsschwerpunkte: Persönlichkeitsstörungen, Klärungsorientierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie.

Prof. Dr. Ueli Kramer, geb. 1974. 1996–2003 Studium der Klinischen Psychologie an den Universitäten Lausanne und Genf. Ab 2003 Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Psychotherapeut an der Psychiatrischen Universitätsklinik Lausanne. 2007 Fachtitel in Psychotherapie FSP. 2008 Promotion. 2014 Habilitation. Seit 2023 Professor für Psychiatrie und Psychotherapie und Leiter des Instituts für Psychotherapie der Universität Lausanne, Schweiz. Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapieprozessforschung, Persönlichkeitsstörungen.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autor:innen bzw. den Herausgeber:innen große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autor:innen bzw. Herausgeber:innen und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Die Voraufgabe des Buches erschien unter der Autorenschaft von Rainer Sachse, Meike Sachse und Jana Fasbender.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
info@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Umschlagabbildung: © iStock.com by Getty Images/fizkes
Satz: Sabine Rosenfeldt, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
Format: PDF

2., überarbeitete und ergänzte Auflage 2023

© 2011 und 2023 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-3243-4; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-3243-5)

ISBN 978-3-8017-3243-1

<https://doi.org/10.1026/03243-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	11
1 Was sind Persönlichkeitsstörungen?	13
1.1 Beziehungsstörungen	13
1.2 Normalität	14
1.3 Ressourcen	14
1.4 Manipulation	15
1.5 Beziehungsmotivierung	15
1.6 Interaktionelles Misstrauen	16
1.7 Ich-Syntonie	16
1.8 Existenzielle Probleme	16
1.9 Psychotherapie	17
1.10 Perspektiven	17
1.11 Fazit	18
2 Das Modell der Doppelten Handlungsregulation als theoretisches Modell von Persönlichkeitsstörungen: Weiterentwicklungen	19
2.1 Das Modell der Doppelten Handlungsregulation	19
2.2 Die Ebene der authentischen Handlungsregulation (Motivebene)	21
2.2.1 Dysfunktionale Schemata	23
2.3 Die Entwicklung von dysfunktionalen Schemata	24
2.4 Die Ebene der intransparenten Handlungen (Spielebene)	26
2.4.1 Entwicklung der intransparenten Handlungsebene	26
2.4.2 Kompensatorische Schemata	29
2.5 Strategisches Spielverhalten: Images und Appelle	35
2.6 Unzufriedenheit	36
2.7 Persönlichkeitsstil und Persönlichkeitsstörung	37
2.8 Reziprozität und langfristig negative Folgen	38
2.9 Das System ist nicht lernfähig	38
2.10 Tests	40
2.11 Direkte Kontrolle	42
2.12 Fazit: Charakteristika von Personen mit Persönlichkeitsstörungen	43
3 Manipulatives Handeln: Ein wesentlicher Aspekt von Persönlichkeitsstörungen	44
3.1 Manipulative Strategien und Persönlichkeitsstörungen	44
3.2 Die Entwicklung manipulativer Strategien	44
3.3 Manipulative Strategien als Lösungen	46
3.4 Das Lernen manipulativer Strategien	47
3.5 Lernen im sozialen Kontext	49

3.6	Positive und negative manipulative Strategien	49
3.7	Ein Wort zur „Manipulation“	51
3.8	Images und Appelle	52
3.9	Klienten bringen ihre manipulativen Strategien in die Therapiesituation ein	53
3.10	Die Analyse von Images und Appellen	55
3.11	Manipulative Strategien	57
3.12	Manipulative Strategien im Licht der Impression-Management-Forschung	57
3.13	Schlussbetrachtung	61
3.14	Fazit	61
4	Komplexe Spielstrukturen bei Persönlichkeitsstörungen	62
4.1	Was sind komplexe Spielstrukturen?	62
4.2	Terminologie	63
4.3	„Armes Schwein“	63
4.4	„Heroisches Armes Schwein“	65
4.5	„Opfer der Umstände“	65
4.6	„Opfer anderer Personen“	67
4.7	„Martyrer“	69
4.8	„Immer ich!“	69
4.9	„Mords-Molly“	71
4.10	„Regel-Setzer“	72
4.11	„Moses“	73
4.12	Verführung und Attraktivität	74
4.13	„Verfügbarkeit“	75
4.14	„Entscheidung übernehmen“	76
4.15	„Solidarisieren“	76
4.16	„Dornröschen“	78
4.17	„Blöd-Spiel“	79
4.18	„Distanz-Spiel“	80
4.19	„Grenzen schützen“	80
4.20	Fazit	81
5	Klärungsorientierte Strategien in der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen	82
5.1	Therapie-Phasen	82
5.2	Phase 1: Komplementäre Beziehungsgestaltung	83
5.2.1	Was ist komplementäre Beziehungsgestaltung?	85
5.2.2	Das Triggern dysfunktionaler Schemata	86
5.2.3	Komplementarität zur Motivebene	87
5.2.4	Komplementarität zur Spielebene	90
5.2.5	Steuern und Internalisieren	92
5.2.6	Bearbeiten der Vermeidung	94
5.2.7	Verstehen und Klären	94
5.2.8	Modell-Bildung	95
5.2.9	Bestehen von Tests	95
5.3	Ein besonderer Aspekt von Phase 1: Komplementäres Handeln zu zentralen Beziehungsmotiven	96
5.3.1	Was ist komplementäre Beziehungsgestaltung?	96
5.3.2	Anerkennung	97

5.3.3	Wichtigkeit	104
5.3.4	Verlässlichkeit	109
5.3.5	Solidarität	111
5.3.6	Autonomie	114
5.3.7	Grenzen	118
5.4	Phase 2: Entwicklung eines Arbeitsauftrages	121
5.4.1	Konfrontation	122
5.4.2	Umgang mit Defensivität	124
5.4.3	Wirkung von Konfrontationen	125
5.4.4	Beziehungskonto wieder füllen!	127
5.4.5	Klären	127
5.4.6	Biographische Arbeit	127
5.4.7	Arbeit mit Vermeidung	129
5.5	Phase 3: Klärung	129
5.5.1	Klärung von Schemata	129
5.5.2	Klärung von Motiven: Alienation	130
5.6	Phase 4: Bearbeitung von Schemata	132
5.7	Phase 5: Transfer	132
5.8	Fazit	134
6	Das Transparent-Machen manipulativen Verhaltens: Konfrontative Interventionen	135
6.1	Was sind konfrontative Interventionen?	135
6.2	Sinn konfrontierender Interventionen	135
6.3	Beziehungskredit	136
6.4	Anlässe von Konfrontationen	137
6.5	Stufen von Konfrontationen	138
6.6	Die Realisation von Konfrontationen	141
6.7	Wirkungen von Konfrontationen	141
6.8	Harte und weiche Konfrontationen	142
6.9	Die Spielebene von Persönlichkeitsstörungen und therapeutische Konfrontationen	142
6.10	Prinzipielles Vorgehen bei konfrontativen Interventionen	144
7	Co-Morbiditäten	149
7.1	Co-Morbiditäten sind häufig	149
7.2	Kompatible und konflikthafte Co-Morbiditäten	149
7.3	Therapeutische Konsequenzen	151
7.3.1	Leitstörung	151
7.3.2	Vorherrschender Modus	151
7.4	Konflikte	152
7.5	Fazit	152
8	Diagnostische Konsequenzen aus dem Modell der Doppelten Handlungsregulation	153
8.1	Einleitung	153
8.2	Oberflächen- und Tiefenmerkmale für die Diagnostik	154
8.3	Die Oberflächenmerkmale von DSM und ICD sind unzureichend	154
8.4	SCID und Fragebogen-Verfahren sind unzureichend	157

8.5	Persönlichkeitsstörungsmerkmale sind nur in Interaktionssituationen erschließbar	159
8.6	Tiefenmerkmale müssen im Therapieprozess erschlossen werden	160
8.7	Fazit	161
9	Die Effekte klärungsorientierter Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen	162
9.1	Einleitung	162
9.2	Erhebungsinstrumente	162
9.3	Ergebnisse	163
10	Prozessforschung in der Klärungsorientierten Psychotherapie	168
10.1	Zu der klinischen Relevanz von Psychotherapieforschung	168
11	Neuere Prozessforschung in der KOP	171
11.1	Das Analyse-System BIBS	171
11.2	Die Skalen der BIBS	171
11.3	Resümee	172
12	Ergebnisse der neuen Prozessforschungsstudien	173
12.1	Tabellarische Übersicht	173
12.2	Darstellung der Ergebnisse im Detail	178
12.2.1	Qualität der Beziehung	178
12.2.2	Qualität der Inhalte	180
12.2.3	Qualität der Prozesse	182
12.3	Untergruppenbildung bei der narzisstischen PS aufgrund aller Klientenvariablen	184
12.4	Emotionale Verarbeitung	185
12.4.1	Emotionale Verarbeitung bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung	185
12.4.2	Emotionale Verarbeitung bei der histrionischen und dependenten Persönlichkeitsstörung	186
12.4.3	Emotionale Verarbeitung bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung	186
12.5	Beiträge der Therapeutenperspektive zum Prozess	188
12.5.1	Allgemeine Beziehungsgestaltung bei Persönlichkeitsstörungen	189
12.5.2	Motivorientierte Beziehungsgestaltung bei Persönlichkeitsstörungen	191
12.6	Klärende und vermeidungsbearbeitende Interventionen bei Persönlichkeitsstörungen	193
12.6.1	Klärung und Bearbeitung der Vermeidung bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung	194
12.6.2	Klärung und Bearbeitung der Vermeidung bei der histrionischen Persönlichkeitsstörung	194
12.6.3	Klärung und Bearbeitung der Vermeidung bei der dependenten Persönlichkeitsstörung	194
12.6.4	Klärung und Bearbeitung der Vermeidung bei der Borderline Persönlichkeitsstörung	195
12.7	Steuerung des Prozesses bei Persönlichkeitsstörungen	195
12.7.1	Steuerung des Prozesses bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung ...	195
12.7.2	Steuerung bei der histrionischen Persönlichkeitsstörung	196
12.7.3	Steuerung bei der dependenten Persönlichkeitsstörung	196

12.7.4	Steuerung bei der Borderline Persönlichkeitsstörung	196
12.8	Beste Prozessprädiktoren der Verbesserung der Selbstwirksamkeit der Klienten mit Persönlichkeitsstörungen	197
12.8.1	Beste Prozessprädiktoren in Sitzung 15	197
12.8.2	Beste Prozessprädiktoren in Sitzung 20	198
12.8.3	Beste Prozessprädiktoren in Sitzung 25	198
12.9	Allgemeines Modell zur Vorhersage von gutem Outcome in der Klärungsorientierten Psychotherapie	199
13	Schlussfolgerungen aus der Forschung und Relevanz für die Praxis	200
13.1	Steuerung	201
13.2	Beziehungsgestaltung	201
13.3	Therapeutischer Umgang mit Interaktionsspielen	202
13.4	Therapeutischer Umgang mit Vermeidung	202
13.5	Therapeutisches Verstehen	202
13.6	Therapeutische Arbeit des Klienten	203
13.7	Beziehungsgestaltung durch den Klienten	203
13.8	Vermeidung durch den Klienten	203
13.9	Zentralität der Klienten-Inhalte	203
13.10	Wirkung der Therapie auf Depressionen	204
13.11	Bedeutung von Ausbildung und Expertise	204
Literatur	205
Endnoten	220

Vorwort

Dieses Buch stellt ein spezifisches Therapiekonzept für Persönlichkeitsstörungen dar. Ein Konzept, das sehr stark psychologisch fundiert und sehr stark praxisorientiert ist: Die Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen.

Wir stellen hier eine Rahmenkonzeption dar, eine Konzeption, die für alle Persönlichkeitsstörungen gilt und die ein psychologisches Verständnis für diese Störungen vermitteln soll sowie ein allgemeines Verständnis für die therapeutischen Vorgehensweisen.

Ausgehend vom Modell der Doppelten Handlungsregulation als einem „psychologischen Funktionsmodell“ von Persönlichkeitsstörungen, stellen wir die zentralen Merkmale dieser Störungen vor wie zentrale Beziehungsmotive, Schemata, Tests und interaktionelle Spiele und leiten aus dem Modell allgemeine und spezifische therapeutische Strategien ab.

Wir gehen davon aus, dass Klienten^a mit Persönlichkeitsstörungen spezielle, sehr hohe Anforderungen an Therapeuten stellen, dass sie spezielle therapeutische Vorgehensweisen benötigen und die Therapie deshalb völlig anders funktioniert als bei „Achse-I-Klienten“. Wir möchten den Therapeuten durch dieses Buch die Kompetenzen vermitteln, die für eine solche Therapie nötig sind, wir möchten die Basis für die hohe Expertise schaffen, die Therapeuten benötigen, um die „technischen“ und interaktionellen Herausforderungen zu bewältigen, die sie für diese Klienten benötigen. In folgenden Büchern wollen wir dann diese allgemeinen Prinzipien und Strategien auf die spezifischen Störungen anwenden, wobei wir uns stark auf dieses Buch beziehen werden.

Wir möchten dann noch einen Überblick geben über unsere bisherigen Forschungen zu Klärungsorientierter Psychotherapie (KOP) von Persönlichkeitsstörungen: Über die Erfolgsforschung, die zeigt, dass KOP eine effektive Methode ist, als auch über die aktuelle Prozessforschung, aus der wir therapeutische Konsequenzen ableiten.

Wir hoffen, dass die Leser von der Lektüre profitieren werden und dass ihnen die Lektüre Spaß macht, denn aus unserer Sicht sollte Psychotherapie zwar ernsthaft, aber nicht verkniffen, sehr respektvoll, aber keineswegs humorlos, diszipliniert, aber durchaus unterhaltsam sein.

Bochum, im Frühjahr 2023

*Rainer Sachse
und Ueli Kramer*

a Zugunsten einer besseren Lesbarkeit verwenden wir im Text in der Regel das generische Maskulinum. Diese Formulierungen umfassen gleichermaßen alle Geschlechter (m/w/d). Die verkürzte Sprachform hat ausschließlich redaktionelle Gründe.

1 Was sind Persönlichkeitsstörungen?

In diesem Kapitel wollen wir darlegen, was wir unter Persönlichkeitsstörungen verstehen und welche Aspekte wir für zentral halten; wir wollen dabei keinen allgemeinen Diskurs über Persönlichkeitsstörungen führen und auch nicht theoretische Konzepte diskutieren. Wir wollen vielmehr den Rahmen abstecken für das, was wir in diesem Buch erörtern wollen.

1.1 Beziehungsstörungen

Wir wollen in diesem Buch ein psychologisch fundiertes Konzept von Persönlichkeitsstörungen vorstellen: Ein Konzept über die „Funktionsweise“ und ein Konzept über die Therapie von Persönlichkeitsstörungen. Wir wollen hier *nicht* Theorien darstellen und diskutieren. Dazu verweisen wir auf: Haltenhof et al. (2009); LeLord & André (2009); Magnavita (2004); Millon (1996); Oldham et al. (2005); Trautmann (2004).

Persönlichkeitsstörungen (PD) sind komplexe Störungen (vgl. Barnow, 2008; Derksen, 1995; Döring et al., 2008; Donohue et al., 2007; Emmelkamp & Kamphuis, 2007; Schmitz et al., 1996): Tatsächlich umfassen diese Störungen viele Funktionsbereiche wie Verhalten, Kognitionen, Affekte und Emotionen. Dennoch fassen wir PD *im Kern* als Beziehungsstörungen auf (vgl. auch Benjamin, 1987, 1992, 1993, 1995, 1996; Fiedler, 1998, 2007).

Wir nehmen an (siehe Kapitel 2), dass sich diese Störungen aus problematischen Beziehungs- und Interaktionsmustern in der Kindheit und Jugend bilden und dass sie im Wesentlichen dazu dienen, in Beziehungen wichtige Motive befriedigt zu bekommen (vgl. Nowacki, 2009). *Persönlichkeitsstörungen „drehen“ sich damit um Beziehungen*: Klienten mit PD sind wesentlich *beziehungsmotiviert*, verfolgen *interaktionelle* Ziele und tun viel, um *Beziehungen* aktiv zu beeinflussen. Ihre Schemata weisen im Wesentlichen beziehungsrelevante Inhalte auf und ihre Kompensationen richten sich auf Beziehungen. Daher sind PD aus unserer Sicht nicht primär „Persönlichkeits“-Störungen, sondern „Beziehungs“-Störungen.^{1,b}

b Hochgestellte Zahlen verweisen auf weiterführende Literaturangaben in den Endnoten auf Seite 220.

1.2 Normalität

Einige Autoren bezeichnen PD oder Klienten mit PD als „pathologisch“ oder „schwer gestört“ bezeichnet, was nicht immer dem psychotherapeutischen Prozess dienlich ist (Lewis et al., 1988). Wir möchten uns davon deutlich abgrenzen: Wir betrachten eine psychische Eigenheit, die bestimmte Charakteristika aufweist, nur dann als eine „Störung“, wenn sie so hohe Kosten aufweist, dass sie den Klienten *selbst stört* (wobei den Klienten die Kosten bzw. die Ursachen der Kosten bei sogenannten „ich-synthonen“ (s. u.) Störungen erst im Therapieprozess klar werden).

Wir fassen Persönlichkeitsstörungen aber nicht als „pathologisch“ auf: Der Begriff „pathologisch“ ist ein medizinischer Begriff, der u.E. in der Psychologie eine begrenzte Berechtigung hat: Er ist in der Psychologie diskriminierend und abwertend und stempelt die damit Bezeichneten zu sozialen Abweichlern (vgl. Sachse, 2022a).

Wir gehen vielmehr davon aus, dass PD auf „normale“ psychologische Prozesse zurückgehen, die, wie Fiedler (1998, 2007) es ausdrückt, „Extrem-Varianten des Normalen“ sind. Für diese Sichtweise gibt es eine Reihe guter Gründe.

Die Daten unserer Ambulanz zeigen, dass PD extrem verbreitet sind und auch viele Untersuchungen zeigen, dass viele Personen zumindest Persönlichkeits-“Stile“ aufweisen (Sachse, 2019e): Schon aus diesem Grunde erscheint es unangemessen, die Störung oder Klienten mit der Störung zu pathologisieren. Vielmehr scheint es im statistischen Sinne „normal“ zu sein, Charakteristika aufzuweisen, die man als Indikatoren einer PD auffassen kann, und zwar in relativ ausgeprägtem Ausmaß.

Persönlichkeitsstörungen setzen sich aus psychischen Prozessen zusammen, die auch bei „nicht Gestörten“ existieren, sie sind nur u. U. „extremer“ und sie erzeugen mehr Kosten: Auch deshalb gibt es keinen Grund, PD als „pathologisch“ oder Klienten mit PD als „schwer gestört“ wahrzunehmen. Dennoch macht Therapie äußerst viel Sinn, nämlich um die Kosten zu reduzieren und um die Lebensqualität der Personen (deutlich) zu verbessern: Denn, dass eine Störung nicht „pathologisch“ ist, heißt nicht, dass sie nicht hohe Kosten erzeugt und persönlich und existenziell relevant ist.

Therapeuten müssen unbedingt mit den Klienten eine vertrauensvolle Therapeut-Klient-Beziehung aufbauen: Auch deshalb ist es wichtig, den Klienten respektvoll und akzeptierend begegnen zu können. Und dies wird erschwert, wenn man Klienten als „pathologisch“, „tief gestört“ o. a. ansieht. Wir setzen uns daher stark für eine „Entpathologisierung“ von PD ein.

1.3 Ressourcen

Wir sehen PD als eine „Lösung“ für frühe Interaktionsprobleme an (vgl. Kapitel 2): Wir nehmen an, dass Kinder und Jugendliche schwierigen Beziehungs- und Interaktionssituationen mit ihren primären Bezugspersonen ausgesetzt waren und dass sie Strategien entwickelt haben, um mit diesen Problemen umzugehen (vgl. Nowacki, 2009).

Diese Strategien sind die Grundlagen der PD: Und damit kann man diese Strategien als *Lösungen* betrachten. Diese Lösungen enthalten damit in hohem Maße *Ressourcen*, die die Klienten mit PD meist im Augenblick nicht konstruktiv einsetzen, die sie aber wieder konstruktiv einsetzen können. Also können sie lernen, ihre Ressourcen wieder sinnvoll zu nutzen. Ein wesentlicher Aspekt unserer therapeutischen Vorgehensweisen bezieht sich auch darauf, Ressourcen von Klienten zu aktivieren, aufzubauen und systematisch zu nutzen (Sachse, 2022b).

Damit haben wir einen stark ressourcen-bezogenen Blick auf PD, was ebenfalls zur Entpathologisierung beiträgt.

1.4 Manipulation

Wir gehen davon aus, dass die Klienten mit PD als Lösungen oft „manipulative“ Strategien gelernt haben: Also Strategien, mit deren Hilfe sie Interaktionspartner dazu bringen, etwas zu tun, was sie eigentlich nicht tun wollen, und zwar auf eine Weise, die die Interaktionspartner nicht durchschauen. Dabei meinen wir „Manipulation“ *ausschließlich* in einem psychologischen, nicht in einem wertenden Sinn: Die Klienten tun etwas Bestimmtes und das ist aus der Sicht der Therapeuten erst mal ok; problematisch wird es wiederum dann, wenn dieses Verhalten den Klienten *Kosten* verursacht. In diesem Fall muss den Klienten das Verhalten bewusst gemacht werden, d. h. Therapeuten müssen die Klienten konfrontieren (vgl. Sachse, 2007b, 2019a, 2019c; Sachse & Sachse, 2006).

Und das bedeutet, dass Therapie mit PD-Klienten nicht nur aus Beziehungsgestaltung besteht: Sie ist keine „Kuschel-Therapie“. Sie impliziert, Klienten (z. T. hart) zu konfrontieren, sie impliziert harte Arbeit, interaktionelle Krisen u. a. Therapie stellt hohe Anforderungen an die Klienten und an die Therapeuten!

1.5 Beziehungsmotivierung

Wir nehmen an, dass Klienten mit PD in (extrem) hohem Maße beziehungsmotiviert in die Therapie kommen: Sie wollen (primär), dass ein Therapeut ihnen eine ganz bestimmte Art von Beziehung anbietet.

Und aus diesem Grund ist es wesentlich, dass Therapeuten zuerst eine hochgradig komplementäre Beziehungsgestaltung realisieren (vgl. Sachse, 2006c, 2013b, 2016a, 2017a, 2019a, 2019b). Aus unserer Sicht ist dies immer das Erste, was Therapeuten machen müssen: Sie müssen *nicht* explorieren, sie müssen *keine* Veränderungen und *keine* Manuale abarbeiten, sie müssen *keine* schnellen Veränderungen initiieren, sondern sie müssen Beziehungskredit schaffen.

1.6 Interaktionelles Misstrauen

Klienten mit PD weisen stark negative Selbstund Beziehungsschemata auf, die dazu führen, dass die Klienten sich selbst z. T. wenig zutrauen, ihr eigenes Erleben als Informationsquelle zu nutzen, vor allem aber, dass sie Interaktionspartnern (auch dem Therapeuten!) misstrauen: Auch deshalb ist zu Therapie-Beginn eine Beziehungsgestaltung wesentlich, weil dadurch *Vertrauen* aufgebaut wird!

1.7 Ich-Syntonie

Ein entscheidendes Kriterium von PD ist Ich-Syntonie (Fiedler, 1998, 2007): Die Klienten sehen zwar, dass sie Kosten haben, aber meist nicht, dass sie Kosten *verursachen*. Da die Störung grundsätzlich eine Lösung ist, betrachten die Klienten die Störung selbst auch nicht als „störend“, „belastend“, „unangemessen“ oder problematisch, also auch als nichts, was man (selbst) ändern sollte.

Daraus folgt, dass Klienten mit PD zu Therapie-Beginn keine *Änderungsmotivation* im Hinblick auf ihre Störung aufweisen. Der „Auftrag“ an den Therapeuten ist damit meist *nicht*: „Bearbeite meine PD“, sondern „reduziere meine Kosten“ (nach dem Motto: „Wasch mir den Pelz, aber mach mich nicht nass.“).

Daraus folgt, dass Änderungsmotivation bei Klienten mit PD *keine Eingangsvoraussetzung für die Therapie ist*, sondern dass Änderungsmotivation in der und durch die Therapie erst geschaffen werden muss.

1.8 Existenzielle Probleme

Die Probleme, die PD-Klienten aufweisen, zeigen in aller Regel eine deutlich größere existenzielle Bedeutung als viele Achse-I-Probleme: Die Probleme betreffen wesentliche Lebensbereiche, wesentliche Lebensentscheidungen; die Probleme bestimmen, wie jemand sein Leben gestaltet, Beziehungen führt oder nicht führt, Entscheidungen trifft, die die Lebensqualität u. U. massiv einschränken u. a. (vgl. Sachse, 2002, 2004b, 2006b).

Damit haben Therapeuten hier auch eine deutlich höhere Verantwortung: Sie arbeiten in Bereichen, die für Klienten von existenzieller Bedeutung sind und brauchen deshalb hier viel Empathie, Respekt und Fingerspitzengefühl. Einfache Lösungen zeichnen sich meist nicht ab, auch keine schnellen „Hau-Ruck-Lösungen“. Probleme müssen gründlich verstanden werden, Lösungen müssen gut durchdacht sein, oberflächliche Symptom-Kosmetik ist kontraproduktiv (vgl. Becker & Sachse, 1998; Sachse, 2006d, 2009, 2017b).

Andererseits sind diese Probleme aber auch für Therapeuten stärker herausfordernd und spannender als z. B. Ängste: Die Probleme sind immer anders, immer kom-

plex, es gibt keine Routine, es bleibt immer eine Herausforderung und selbst wenn man den Job 30 Jahre lang gemacht hat, stößt man auf Aspekte, die man noch nie vorher gesehen hat. Manualisierte Therapien können relativ schnell langweilig werden – Therapien mit persönlichkeitsgestörten Klienten werden das nie.

1.9 Psychotherapie

Da Persönlichkeitsstörungen anders „funktionieren“ als Achse-I-Störungen, braucht man eine andere Form von psychotherapeutischem Vorgehen: Man muss mit PD-Klienten anders umgehen, eine andere Art von Beziehungsgestaltung machen, man muss Arbeitsaufträge herausarbeiten, man muss Klienten konfrontieren, man muss geduldiger sein, mit schwierigen Interaktionssituationen umgehen können, Klienten motivieren usw. (vgl. Sachse, 2000c). Diese Aspekte stellen den Kern dieses Buches und dieser Reihe dar: Eine spezielle Form von Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen.

1.10 Perspektiven

Aus unserer Sicht kann und sollte man auf das Problem der PD unterschiedliche Perspektiven einnehmen:

- Eine empathische Perspektive, aus der heraus man empathisch ist und den Klienten in hohem Maße akzeptiert und respektiert: Man betrachtet die Probleme *als Probleme des Klienten* in ihrer Individualität, ihrer existenziellen Schwere und Problematik und versucht, mit dem Klienten eine Lösung zu erarbeiten. Man versucht als Therapeut zu verstehen, wie ein Klient denkt, warum er so handelt, wie er handelt, usw. und kann so erkennen, wie ein Aspekt für den Klienten erscheint: Dadurch kann man *den Klienten* verstehen.
- Eine Außenperspektive oder supervisorische Perspektive, aus der heraus man versuchen sollte, sich von der existenziellen Schwere der individuellen Probleme zu lösen, um nicht davon erdrückt zu werden: Hier analysiert man z. B., welche Folgen das Klienten-Handeln im sozialen Kontext hat, welche Kosten es erzeugt, ob es „dysfunktional“ ist usw.

Unter dieser Perspektive sollte ein Therapeut in der Lage sein, die Unsinnigkeit, ja geradezu die Absurdität mancher Lösungen wahrzunehmen und „auf den Punkt zu bringen“, um deutlich zu machen, wie wichtig es ist, dass ein Klient erkennen kann, dass sein Verhalten z. B. selbsterfüllende Prophezeiungen enthält, interaktionelle Kosten erzeugt u. a.

Hier nimmt man bewusst keine empathische, sondern eine *Fremdwahrnehmungsperspektive* auf den Klienten ein, und hier ist man auch den Lösungen des Klienten gegenüber kritisch: Gewissermaßen denkt man hier nicht „mit“ dem Klienten, sondern „über“ den Klienten. Aus dieser Perspektive kann man Aspekte erkennen, die man aus einer empathischen Perspektive gar nicht sehen kann, z.B. welche Kosten der Klient bei Interaktionspartnern mit welchen Handlungen erzeugt.

Beide Perspektiven benötigt ein Therapeut: Er sollte verstehen, wie ein Klient arbeitet, denkt usw., aber auch, welche Konsequenzen sein Handeln hat. Aus einer solchen Perspektive erkennt der Therapeut auch, wenn der Klient versucht, den Therapeuten zu manipulieren o.ä.: Das muss ein Therapeut erkennen, weil das die zentralen Problemaspekte einer PD sind und damit ein Therapeut interaktionell angemessen damit umgehen kann.

Aus der empathischen Perspektive erkennt ein Therapeut solche Aspekte jedoch nicht. Daher ist es sehr wesentlich, dass Therapeuten lernen, *beide* Perspektiven einzunehmen und flexibel zwischen ihnen „umschalten“. Die beiden Perspektiven liefern damit unterschiedliche, aber sehr relevante Informationen, die ein Therapeut verarbeiten und in seinem Klientenmodell berücksichtigen sollte.

1.11 Fazit

Aus vielen Gründen ist die Therapie mit PD-Klienten anders als die mit „Achse-I-Klienten“: Die Klienten kommen mit deutlich anderen Voraussetzungen in die Therapie, sie benötigen deutlich andere Vorgehensweisen vom Therapeuten, sie stellen deutlich höhere Anforderungen an Therapeuten. Diese Klienten:

- Zeigen nur geringe bis keine Änderungsmotivation im Hinblick auf die Persönlichkeitsstörung und damit nur eine geringe Compliance im Hinblick auf therapeutische Maßnahmen.
- Weisen eine hohe Beziehungsmotivation auf.
- Klären nur relativ schwer eigene Schemata.
- Verwickeln Therapeuten in interaktionelle Spiele.
- Bringen Therapeuten in schwierige Interaktionssituationen. Deshalb brauchen Therapeuten eine höhere Expertise, und zur Schaffung dieser dienen diese Reihe und dieses Buch.

2 Das Modell der Doppelten Handlungsregulation als theoretisches Modell von Persönlichkeitsstörungen: Weiterentwicklungen

In diesem Kapitel möchten wir ein psychologisches Funktionsmodell für Persönlichkeitsstörungen vorstellen: Es beschreibt relevante psychologische Variablen und Prozesse, die ein System ergeben, das man als „Persönlichkeitsstörungen“ definieren kann. Aus diesem Modell lassen sich weitreichende therapeutische und diagnostische Konsequenzen ableiten.

2.1 Das Modell der Doppelten Handlungsregulation

Das *Modell der doppelten Handlungsregulation* (MDHR) wurde von Sachse (1997a, 1999a) entwickelt; es ist ein Modell für das allgemeine psychische „Funktionieren“ von Persönlichkeitsstörungen, darüber, welche psychologischen Komponenten wie zusammenwirken, um das für Personen mit Persönlichkeitsstörungen „typische“ Denken, Fühlen und Handeln zu erklären.

Das Modell der doppelten Handlungsregulation ist ein *allgemeines* Modell, das *prinzipielle* Funktionszusammenhänge darstellt; die einzelnen Komponenten des Modells müssen dann noch für jede einzelne Störung spezifiziert werden, was Sachse (2001a, 2001b, 2002, 2004a, 2006c, 2019a) für die acht „reinen“ Persönlichkeitsstörungen vorgenommen hat: Histrionische (Sachse, Fasbender, Breil & Sachse, 2012, 2021), narzisstische (Sachse, Sachse & Fasbender, 2011), dependente (Sachse, Breil, Sachse & Fasbender, 2013), selbstunsichere (Sachse, Fasbender & Sachse, 2014), schizoide (Sachse & Sachse, 2017), passiv-aggressive (Sachse & Sachse, 2017), paranoide (Sachse & Sachse, 2017) und zwanghafte (Sachse, Kiszkenow-Bäker & Schirm, 2015) Persönlichkeitsstörung.

Das Modell erfüllt damit eine wesentliche theoretische Forderung (Livesley, 1998; Livesley & Jackson, 1992, 2009; Livesley & Jang, 2005), nämlich ein Modell über PD *und* spezifische Modelle über einzelne Störungen zu liefern und diese Aspekte theoretisch einheitlich zu konzipieren.

Damit weisen alle sogenannten „reinen“ Persönlichkeitsstörungen prinzipiell das gleiche Schema auf: Jede einzelne Persönlichkeitsstörung (PD nach „personality disorder“) weist auch darüber hinaus *spezifische* zentrale Beziehungsmotive, *spezifische*

dysfunktionale Schemata, *spezifische* kompensatorische Schemata usw. auf, die damit auch die jeweilige Störung kennzeichnen und definieren.

Davon abgegrenzt betrachten wir die sogenannten „hybriden Störungen“, die sowohl psychologische als auch neuropsychologische Prozesse aufweisen (Sachse & Breil, 2011; Sachse & von Franqué, 2019). Auch wenn in diesem Buch die Persönlichkeitsstörungen gemäß einer kategoriellen Klassifikation diskutiert werden, ist das MDHR mit der dimensionalen Perspektive der Persönlichkeitsstörungen hochkompatibel. Dies vor allem deshalb, weil das MDHR eine Prozessdiagnostik voraussetzt, die prinzipiell mit den Konzepten der allgemeinen Ausprägung und der Intensität der Traits kompatibel ist.

Das Modell geht davon aus, dass „Persönlichkeitsstörungen“ im Kern Beziehungs- oder Interaktionsstörungen sind, *die sich zentral durch problematisches Beziehungsverhalten auszeichnen*²: Die Personen mit diesen Störungen realisieren ein Interaktionsverhalten, das dazu dienen soll, Beziehungsziele zu erreichen, was jedoch langfristig dazu führt, dass die Personen gerade das Erreichen zentraler Beziehungsziele verfehlen.

Das Modell umfasst drei Ebenen: Die Ebene der Beziehungsmotive oder der „authentischen Handlungsregulation“, die Ebene dysfunktionaler Schemata und die Ebene der „manipulativen Handlungsregulation“, auch „Spielebene“ genannt.

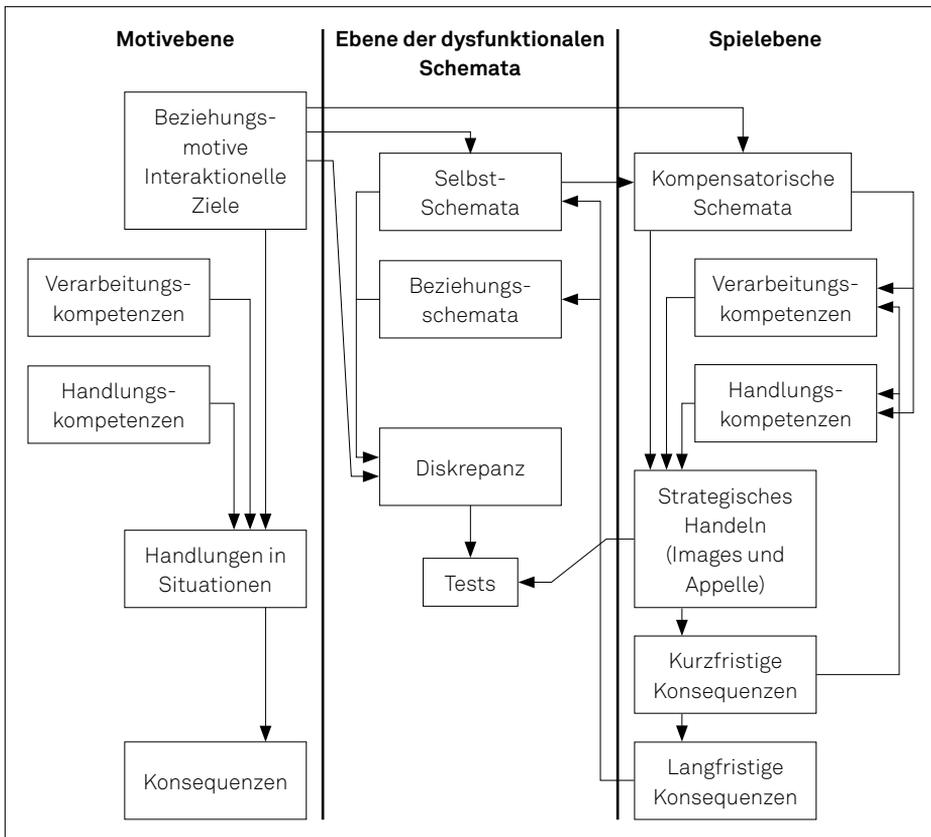


Abbildung 1: Das Modell der doppelten Handlungsregulation