

Interaktionsmuster bei Persönlichkeitsstörungen

Übersicht:	Seite
1. Persönlichkeitsstörung (Eine Einführung)	2
2. Zusammenfassende Darstellung einzelner Persönlichkeitsstörungen, Störungsmodelle und Interaktionsmuster	4
3. Therapeutisches Behandlungskonzept: Modell der doppelten Handlungsregulation	10
4. Therapeut - Patient – Beziehung (Einschätzung Patientenverhalten)	14
5. Komplementäre Beziehungsgestaltung	17
6. Circumplexmodelle zur Analyse und Darstellung von Interaktionsmuster	21
7. Ressourcenanalyse	22
8. Sokratischer Dialog	24
9. Krisenverhalten und Interventionen	27
10. Emotional – instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline – Persönlichkeitsstörung)	30
11. Narzisstische Persönlichkeitsstörung unter dem Gesichtspunkt der Beziehungsstörung	33
12. Literaturliste Persönlichkeitsstörungen	35

1. Persönlichkeitsstörung (Eine Einführung)

Grundsätze:

- Kriterien einer Persönlichkeitsstörung gem. ICD-10 Merkmale:
 - tief verwurzelte,
 - anhaltende Verhaltensmuster,
 - die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen.
 - Abweichend gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung, hierzu deutliche Abweichung hinsichtlich Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen. (Dilling et al. 1994).

- Kriterien nach dem DSM-IV:
 - a. Überdauerndes Muster des inneren Erlebens und des Verhaltens, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Die auffälligen Verhaltensmuster müssen sich mindestens in zwei der vier Verhaltensbereiche manifestieren:
 - Kognitionen hinsichtlich der Wahrnehmung und Interpretation anderer Menschen oder Ereignisse.
 - Affektivität hinsichtlich der Variationsbreite, der Intensität, der Labilität und der Angemessenheit der emotionalen Reaktion.
 - In der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen.
 - In der Impulskontrolle.
 - b. Das überdauernde Verhaltensmuster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.
 - c. Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen des Lebens.
 - d. Das Muster ist stabil und lang andauernd. Der Beginn ist bis in die Adoleszenz und dem frühen Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.
 - e. Das überdauernde Verhaltensmuster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Symptom einer anderen psychischen Störung erklären.
 - f. Das überdauernde Muster geht nicht direkt auf körperliche Wirkung einer Substanz oder einer somatischen Krankheit zurück.

Bemerkung: Die grundlegenden Kriterien zur Definition und Diagnostik einer Persönlichkeitsstörung werden und wurden kritisch diskutiert.

- So wird momentan das **Persistenzkriterium** in Zweifel gezogen (Herpertz, 2006, 83). Einen positiven Verlauf der therapeutischen Behandlung fanden unter anderen Leichsenring und Leibling (2003), Linehan (1993) und Bateman & Fonagy (1999, 2001). Perry (1993) kam in seiner Studie zu dem Ergebnis, dass bei vielen Patienten ein „natürlicher“ Verlauf festzustellen sei, d.h. die Persönlichkeitsstörung nach einigen Jahren nicht mehr festgestellt würde. Nach Zanarini et al. (2003) und Mc Glashan et al. (2005) liegt die Remissionsrate bei Borderlinepatienten bei 30% innerhalb von drei Jahren, 50% innerhalb von vier Jahren und 75% innerhalb von 10 Jahren.
- Hirnschädigungen und Hirnverletzungen sind Ausschlusskriterien für eine Persönlichkeitsstörung. In den letzten Jahren sind bei unterschiedlichen Störungen neurologische Korrelationen untersucht und dargestellt worden, so dass die Grenze zwischen neurologischer Anlage und Persönlichkeitseigenschaften verwischt. Beispiele (Emotional-instabile und dissoziale Persönlichkeitsstörung).
- Zu unterscheiden sind Charaktereigenschaften, die auf Temperamentsunterschiede oder Verhaltensweisen, bzw. Copingstrategien zurück gehen. Temperamentsmerkmale sind stabil und Verhaltensweisen durch eine therapeutische Behandlung effektiv zu verändern.

Wichtig: Fiedler (2000, 22ff) unterscheidet zwischen Persönlichkeitsstörung und Persönlichkeitsstil. Aufbauend auf der Grundannahme von Kuhl & Kazen (1997) postuliert Fiedler, dass jede Persönlichkeitsstörung eine weniger stark ausgeprägte „Normalvariante“ aufweist.

Abschließend:

Per Definition beinhaltet die Definition Persönlichkeitsstörung eine **Paradoxie**: Durch eine therapeutische Behandlung oder einen natürlichen Verlauf wird oder soll eine Besserung des Störungsbildes erzielt werden. Dem entgegen ist als diagnostisches Kriterium eine psychische Störung mit persistierenden und unflexiblen Verhaltensmustern gegeben.

Grundsätze bei der Diagnostik einer Persönlichkeitsstörung

In den beiden diagnostischen Systemen DSM-IV und ICD-10 werden **dimensionale** und **kategoriale** Klassifikationsformen kombiniert. Einem Patienten werden bestimmte Eigenschaften (qualitativ) zugeordnet. Gleichzeitig wird durch die Anzahl der Eigenschaften das Vorliegen (quantitativ) einer Persönlichkeitsstörung und der Schweregrad ermittelt. Diese Art der Diagnostik weist Lücken im Krankheitsmodell auf.

Paradigmatische Diagnostiksysteme lassen Hypothesen über das Krankheitsentstehen und über den Verlauf zu, sind aber an ein Theoriegebäude gebunden; so die psychodynamische Strukturtheorie der Persönlichkeitsorganisation (Kernberg, 1984) oder die interpersonelle Diagnostik der Persönlichkeitsstörung als interaktionelle Störung (Sullivan, 1953 [dt. 1980], Benjamin, 1993, Fiedler 2001). Das neue an diesen Modellen war der Primat der Beziehung und die Auswirkung auf die Identitätsentwicklung sowie auf das Beziehungsverhalten.

- Eine Persönlichkeitsstörung ist eine Klassifikation von festgelegten (Symptom-) Merkmalen, die im ICD-10 oder im DSM-IV aufgeführt sind. Bei der Diagnoseerhebung sind die allgemeinen Diagnosemerkmale und Leitlinien zu berücksichtigen (vgl. u. a. ICD-10, 1991: S. 211). Eine diagnostische Beurteilung beruht immer auf einen subjektiven Eindruck, der durch spezielle Verfahren zu objektivieren ist.
- Viele (Symptom)merkmale stellen extreme Ausprägungen von oft universellen Verhaltensweisen (Persönlichkeitsmerkmal!?) dar. Es gibt fließende Übergänge und keine polarisierte (dichotome) Abgrenzung von „normal“ zu „gestört“. Folgt man den Ausführungen von Kuhl und Kazen (1996, „Persönlichkeitsstil“), so weist jede Person in einem gewissen Ausmaß leichtere Abweichungen von bestimmten Merkmalen auf. Die Grenze zwischen dem Normbereich eines Merkmals und einer „Störung“ sollte danach bemessen werden, ob die Person eine gravierende Einschränkung in ihrer Lebensorganisation oder sozialen Integration erfährt.
- Persönlichkeitsstörungen können sich in unterschiedlichen Bereichen manifestieren: Durch
 - affektive und emotionale Verhaltensmerkmale,
 - spezifische Denkinhalte,
 - dysfunktionale Denkmuster und
 - einem veränderten Beziehungsverhalten.

Die Behandlungsmethoden sind danach konzipiert, wo sich die Symptome manifestieren.

- Die Beurteilung ist abhängig vom sozialen Kontext. Die Ausprägung der Verhaltensauffälligkeit kann sowohl qualitativ als auch quantitativ sein. Je nach theoretischer Ausrichtung (Störungsmodell) wird die Entstehung von Persönlichkeitsstörungen ähnlich aber auch kontrovers dargestellt.
- Personen, bei denen eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, erachten häufig die Symptommerkmale als „normale“ Eigenschaften, ich-synton. Ein Leidensdruck oder eine Veränderungsbereitschaft ist deshalb nicht zu erkennen.

2. Zusammenfassende Darstellung einzelner Persönlichkeitsstörungen (Gliederung entspricht dem ICD-10, vgl. Dilling, Mombour, Schmidt, 1991, Seite 208 ff), Störungsmodelle und Interaktionsmuster

- **Paranoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.0)**
 - Verhaltens- und Denkmuster, welches ein starkes Misstrauen oder Argwohn gegenüber anderen Personen ausdrückt.
 - Neigung Ereignisse durch Verschwörungstheorien zu erklären.
 - Verhaltensweisen anderer werden als böswillig ausgelegt.
 - Beharrliches Bestehen auf eigene Rechte häufig in Verbindung mit pathologischer Eifersucht.
 - Ständige Selbstbezogenheit mit der Tendenz zum überhöhten Selbstwertgefühl.

Störungsmodell und Interaktionsmuster: Tiefgreifendes, personifiziertes Misstrauen und Argwohn gegenüber anderen. Deren Motive werden böswillig ausgelegt und deren Intentionen verzerrt verstanden. Problem von oft derealer Beschreibung (und auch Erleben) von Benachteiligung und Ausnutzung. Bei einigen besteht die Tendenz zum Querulantentum.

- **Schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.1)**
 - Distanziertheit in sozialen Beziehungen und eine eingeschränkte Varianz im emotionalen Ausdruck, emotional kühl oder abgestumpft wirkend. Anhedonie (Unvermögen zum Erleben von Freude), wenig Interesse an sexuellen Erfahrungen und
 - schwache Reaktionen auf Lob oder Kritik.
 - Anamnestisch, Mangel an engen Beziehungen und im Beziehungsverhalten distanziert, wenig vertrauensvoll.
 - Mängel im Erkennen und Befolgen gesellschaftlicher Regeln (exzentrischem Verhalten).

Störungsmodell und Interaktionsmuster: Strategie, Rückzug in das eigene, kontrollierbare Refugium (kognitiv, emotional, räumlich) und Erfüllung in der eigenen geschaffenen Welt. Geringe Ausbildung mit anderen im sozialen Kontext zu konkurrieren, deshalb häufig eingeschränkte Ressourcen. Im Verhalten distanziert, emotional unterkühlt, häufig Tendenz zum Zwanghaften.

- **Schizotype Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F21)**
 - Emotionale kühl, unnahbar, anhedonisch, exzentrisch – eigentümliche Erscheinung.
 - Wenige soziale Bezüge, lebt zurückgezogen.
 - Bizarre phantastische Überzeugungen, erscheint autistisch Versunken, aber ohne der Ausprägung von Wahnzuständen. Tendenz zum zwanghaften Grübeln oft mit dysfunktionalen, phobischen, sexuellen oder aggressiven Inhalten.
 - Depersonalisations- oder Derealisationserleben.
 - In den inhaltlichen Ausführungen oft vage, umständlich, metaphorisch und gekünstelt oft stereotyp. Anamnestisch wichtig: Gelegentlich vorübergehende quasipsychotische Episoden, mit intensiven Illusionen, Halluzinationen und wahnähnlichen Ideen ohne äußeren Auslöser.
 - Anamnestisch: Chronischer Verlauf ohne eindeutige Bestimmung des Beginns.
 - (Achtung: In der Psychiatrie wird häufig von latent oder „unterschwellig“ schizophren gesprochen, ohne dass ein ausgeprägtes Bild einer Schizophrenenerkrankung gegeben ist.)

Störungsmodell und Interaktionsmuster: Erhöhte Aktivierung positiver und negativer Affekte, wodurch oft irrationale aber auch kreative (kognitiv-affektive) Schlussfolgerungen gezogen werden. Interaktionelle Besonderheit: hochgradig sensibel, Tendenz zum Einzelgänger, verzerrte - zum Teil dereale - Wahrnehmung anderer Personen und der Interaktion. Achtung: In der Psychiatrie oft unklarer Sprachgebrauch und ungenaue Trennung hinsichtlich Abgrenzung zur Schizophrenie.

- **Dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.2)**
 - Große Diskrepanz zwischen dem (sozialen) Verhalten und den geltenden sozialen Normen.
 - Missachtung von sozialen Normen, Rechten und Verpflichtungen. Empathielosigkeit und Schwierigkeiten einen Perspektivenwechsel vorzunehmen oder vornehmen zu wollen.
 - Geringe Frustrationstoleranz und niedrige Schwelle für aggressives und gewalttätiges Verhalten, Reizbarkeit.
 - Geringes Schuldempfinden (d. h. niedriges sozio - moralisches Niveau und häufiges Externalisieren von Verantwortung, vordergründiges Rationalisieren).
 - Aus Erfahrungen, insbesondere aus Bestrafungen wird nicht gelernt.
 - Unvermögen zur Beibehaltung längerfristiger Beziehungen.

Störungsmodell und Interaktionsmuster: Hohe Angschwelle und geringes sozio-moralisches Niveau. Deshalb kaum konditioniert hinsichtlich aversiven Stimuli und auch schwer konditionierbar. Häufig sensationssuchend, Hypothese einer erwachsenen AD(H)S – Problematik.

Dissoziale Handlungsstrategien haben dann Erfolg, bzw. den höchsten Gewinn und Verstärkung, wenn nur ein kleiner Teil der Täuschungen entdeckt werden. Zentrale Strategie der Täuschung: Der Delinquent weist sich einen höheren (Macht-, Kompetenz-, Sozial-)Status zu, als er eigentlich hat. Bester Erfolg bei verdeckter Strategie, wenn die Interaktionspartner kooperieren.

- **Emotional - instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.3)**
 - Deutliche Tendenz affektive Impulse auszuagieren ohne Berücksichtigung von Konsequenzen, launenhafte Stimmungsschwankung. Deshalb ist die Fähigkeit Planungen vorzunehmen eingeschränkt.
 - Kritik oder Grenzsetzungen (insbesondere bei impulsiven Handlungen) können zu Ausbrüchen von intensivem Ärger oder gewalttätigem und explosiblem Verhalten führen.
 - Das ICD – 10 unterscheidet im Gegensatz zum DSM-IV zwei Subtypen:
- **Impulsiver Typ (ICD-10: F60.30)**
 - Emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle. Häufig Ausbrüche von gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten, insbesondere bei Kritik.
- **Borderline Typus (ICD-10: F60.31)**
 - Zusätzlich zu den oben genannten Kriterien besteht eine Identitätsstörung, die sich im Selbstbild, Zielformulierung und der inneren Präferenzen äußert.
 - Die Neigung zu intensiven aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten Krisen führen. In diesem Zusammenhang sind Suizidversuche oder selbstschädigendes Verhalten (zu beachten). Krisen entwickeln sich ohne deutlichen Auslöser.

Störungsmodell und Interaktionsmuster: Grundlegende Störung der Affektmodulation (starke Polarisierung zwischen Idealisierung und Abwertung). Es fehlt eine Integration oder ein ganzheitliches Erleben widersprüchlicher Affekte. Abrupte Wechsel von Primäraffekten. Dissoziation von Kognitionen oder Affektzuständen, aber auch von Körperteilen (Copingstrategie, zeitweilig manipulativ). Handlungsbestimmend sind kurzfristige, affektiv - besetzte zeitweilig gegensätzliche Bedürfnisse. Interaktionsproblematik: Extreme Gefühlsschwankungen, Wutausbrüche, Verzweiflung, Beziehungspolarisierung (Team-, Paarbeziehung), Fremd- und Eigengefährdung, implizit Angst vor Beziehungsabbrüche, alleinsein. Folge: Instabile schnell wechselnde Beziehungsformen, Abbrüche, Desorientierung und massive Selbstwertkrisen.

- **Histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.4)**

- Übertriebener Ausdruck, theatralisches Verhalten, Dramatisieren bezogen auf die eigene Person. Oberflächliche und labile Affektivität.
- Suggestibilität, leichte Beeinflussbarkeit durch andere Personen.
- Egozentrisch und fehlende Bezugnahme auf andere Personen.
- Erhöhte Kränkbarkeit und dauerndes Verhalten nach Anerkennung.
- Bestreben im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit einer sozialen Gruppe zu stehen. In diesem Zusammenhang ein Verlangen nach aufregender Spannung und Aktivitäten.
- Manipulatives Verhalten zur Befriedigung eigener Bedürfnisse.

Störungsmodell und Interaktionsmuster: Erlangen von Aufmerksamkeit und Beachtung als eine (mögliche) Operationalisierung von Wichtigkeit. Interaktionelles Ziel: Aufmerksamkeit erlangen mit positiven oder negativen Strategien. Personen mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung unterliegen einem Validierungsproblem im Interaktionsprozess: Nur massive und unmittelbare Rückmeldungen (einer Bedeutsamkeit) werden für glaubhaft gehalten.

- **Zwanghafte (anankastische) Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.5)**

- Übermäßige Vorsicht, Zweifel, welche sich in einem unentschlossenen Verhalten äußern.
- Perfektionismus (peinlich genaue Sorgfalt) und ein Bedürfnis nach ständiger Kontrolle. Aufwand steht in keinem Verhältnis zur Aufgabe bis zum Verlust des Überblicks.
- Andrängen beharrlicher und unerwünschter Gedanken oder Impulse, die nicht die Schwere einer Zwangsstörung erreichen.
- Übermäßige Gewissenhaftigkeit, Skrupelhaftigkeit unverhältnismäßige Leistungsbezogenheit, Vernachlässigung von Freuden und Beziehungen.
- Pedanterie, eingeschränkte Fähigkeit zum Ausdruck warmer Gefühle.
- Rigidität und Eigensinn. Gegenüber anderen wird auf eine Unterordnung unter den eigenen Gewohnheiten bestanden.
- Bedürfnis, frühzeitig und detailliert generell Aktivitäten unveränderbar vor auszuplanen.

Störungsmodell und Interaktionsmuster: Reduzierung der Alltagskomplexität und Stabilisierung der psychischen Stabilität durch generelle Regeln, Kontrollen und Handlungsstereotypen.

- **Ängstlich – vermeidende (selbstunsichere) Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6)**

- Andauernder und umfassendes Gefühl von Anspannung und Besorgtheit.
- Gewohnheitsmäßige Befangenheit, Gefühl von Unsicherheit, Minderwertigkeit.

- Andauernde Sehnsucht nach Zuneigung und Akzeptanz und dem entgegen Überempfindlichkeit gegenüber Zurückweisung und Kritik.
- Eingeschränkte persönliche Bindungen. Weigert sich Beziehung aufzunehmen solange ein unkritisches Akzeptieren nicht garantiert ist.
- Gewohnheitsmäßige Neigung zum Überbetonen von möglichen Gefahren oder Risiken alltäglicher Situationen. Vermeidungstendenzen ohne das Ausmaß einer phobischen Störung zu erreichen.
- Eingeschränkter Lebensstil wegen des Bedürfnisses nach Gewissheit und Sicherheit.

Störungsmodell und Interaktionsmuster: Unterschiedlich akzentuierte Insuffizienzgedanken und phobische Gefühle mit einer stark ausgeprägten Vermeidungstendenz. Kontrollstrategie einer geringstmöglichen Fehlertoleranz; keine Differenzierung bei Fehlern. Tendenz zur Lageorientierung, Vermeidung von Aufmerksamkeit und beobachten des Handlungsraums.

- **Abhängige (dependente, asthenische) Persönlichkeitsstörung (ICD- 10: F60.7)**

- Überlassen von wichtigen Verantwortungsbereichen des eigenen Lebens an andere.
- Externalisieren von Verantwortung oder Schuld.
- Unterordnen eigener Bedürfnisse unter derer von anderen Personen, zu denen eine Abhängigkeit besteht. Unverhältnismäßiges Nachgeben gegenüber den Wünschen anderer.
- Mangelnde Bereitschaft (oder Durchsetzungsfähigkeit) Ansprüche an die Personen zu äußern, zu der eine Abhängigkeit besteht.
- Selbstwertproblematik: In der Selbstwahrnehmung besteht der Eindruck von hilflos, inkompetent und schwach.
- Bei Alleinsein sehr unbehagliche Gefühle; Ängste von Verlassenwerden und ständiges Bedürfnis sich der Beziehung zu vergewissern.
- Erleben von einer inneren Zerstörtheit, Hilflosigkeit; wenn eine Beziehung zu Ende geht.

Störungsmodell und Interaktionsmuster: Unterschiedlich akzentuierte Insuffizienzgedanken und Gefühle mit der Tendenz sich anderen gegenüber zu unterwerfen, um Schutz, Sicherheit und Verlässlichkeit in der Beziehung zu erleben. Die Perspektive des Partners wird in der Regel übernommen, Konflikte vermieden, Inkongruenz in der Beziehung wird aversiv und als eigene Hilflosigkeit erlebt.

- **Narzisstische Persönlichkeitsstörung**

Unter ICD- 10 als spezifische Persönlichkeitsstörung (F60.8) ohne Angabe von speziellen Merkmalen oder Verhaltensweisen zu diagnostizieren. Die Merkmale gem. DSM – IV (Saß, et al, 1996) zusammengefasst.

- Die Person zeigt ein übertriebenes Selbstwertgefühl hinsichtlich den eigenen Fähigkeiten, Talenten, Aussehen, etc. und erwartet ohne besondere Leistung als etwas Besonderes beachtet zu werden.
- Die Person beschäftigt sich ständig in der Phantasie mit grenzenlosem Erfolg, Macht, Glanz, Schönheit und idealer Liebe.
- Die Person geht von einer besonderen „Einzigartigkeit“ aus und dass sie nur von besonderen Menschen (mit einem höherem Status oder Attribut) verstanden wird und nur mit solchen verkehren kann.
- Die Person verlangt ständig nach Bewunderung.
- Die Person legt ein Anspruchsdenken an den Tag; stellt Ansprüche an eine bevorzugte Behandlung oder unmittelbare Zustimmung zu den eigenen Erwartungen.

- Die Person nutzt zwischenmenschliche Beziehungen - also andere Personen – aus, um mit Hilfe anderer die eigenen Bedürfnisse und Ziele zu erreichen.
- Mangel an Empathie und hinsichtlich Gefühle und Bedürfnisse anderer.
- Die Person ist häufig neidisch oder glaubt, dass andere auf sie neidisch seien.
- Die Person zeigt ein arrogantes, übertriebenes Verhalten oder hat entsprechende Einstellungen.

Störungsmodell und Interaktionsmuster: Das Selbstbild der Person ist quasi durch ein doppeltes Selbstbild (ein verdecktes, negativ geprägtes S. und eine positiv, leistungsstark zur Schau gestellten Domäne) ausgebildet. Geringes Selbstvertrauen, deshalb wird Kritik als Kränkung oder Ablehnung der eigenen Person gerichtet erlebt und nicht als situationsbezogen bewertet.

Das ICD -10 benennt weitere Persönlichkeitsstörungen oder Veränderungen:

- **ICD-10: F 62, andauernde Persönlichkeitsveränderung**, nicht Folge einer Schädigung oder Erkrankung des Gehirns ist.
Die Ziffer F 62 wird infolge einer extremen Belastung (gravierende Traumatisierung) oder einer stetig fortlaufenden Persönlichkeitsveränderung mit der Folge einer chronischen irreversiblen Auswirkung diagnostiziert. Die Persönlichkeitsveränderung zeigt sich in einem unflexiblen und unangepassten Verhalten und Beeinträchtigungen im sozialen und beruflichen Leben.
- **ICD – 10: F 63, abnorme Gewohnheiten und Impulskontrollstörung.**
 - XX.0 pathologisches Spielen
 - XX.1 pathologische Brandstiftung (Pyromanie)
 - XX. 2 pathologisches Stehlen (Kleptomanie)
 - XX. 3 Trichotillomanie
- **ICD-10: F 64 Geschlechtsidentitätsstörung**
 - XX.0 Transsexualismus
 - XX.1 Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen
 - XX.2 Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters
- **ICD-10: F 65 Sexualpräferenzstörung**
 - XX.0 Fetischismus
 - XX.1 fetischistischer Transvestitismus
 - XX.2 Exhibitionismus
 - XX.3 Voyeurismus
 - XX.4 Pädophilie
 - XX.5 Sadomasochismus
 - XX.6 multiple Störung der Sexualpräferenz
- **ICD-10: F 66 Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit einer sexuellen Entwicklungsstörung oder der Orientierung**
 - XX.0 sexuelle Reifungskrise
 - XX.1 ich - dystone Sexualorientierung
 - XX.2 sexuelle Beziehungsstörung

Kategoriale Einteilung der Persönlichkeitsstörungen in Clustern

Die American Psychiatric Association ging in den letzten Jahren dazu über, Persönlichkeitsstörung, so wie sie im DSM-IV und ICD-10 beschrieben werden in Cluster einzuteilen:

- **Cluster A Persönlichkeitsstörungen**
 - paranoide (Prävalenzrate, PR: 4,4%, bezogen auf die Allgemeinbevölkerung)

- schizoide (PR: 3,1% zitiert nach Pukrop, 2007 unveröffent. Skript)
- schizotype (RR: 1,8%)

Kategorisiert wurden die Störungsformen, die mit den Attributen, sozial zurückgezogen, emotional ausdruckslos, misstrauisch und seltsam – exzentrisch umschrieben sind.

- **Cluster B Persönlichkeitsstörungen**

- Histrionische (PR: 1,8%)
- Narzisstische (PR: 0,2%)
- Emotional – instabile (borderline) (PR: 1,1%)
- antisozial (dissozial) (PR: 3,6%)

Demnach werden in Cluster B die Störungen aufgeführt, die expressives und/oder dramatisches Verhalten, polarisiert - launenhaft affektive Schwankungen aufweisen.

- **Cluster C Persönlichkeitsstörungen**

- ängstlich – vermeidende (PR: 2,4%)
- dependente (PR: 0,5%)
- zwanghafte (PR: 7,9%)

In Cluster C werden Störungen aufgeführt, die ein ängstliches – furchtsames Verhalten ausdrücken.

Bemerkung: Nach Krischer et al. (2006, 89) werden zurzeit zwei Hauptströmungen in der empirischen Forschung zu Persönlichkeitsstörung diskutiert.

- Die Persönlichkeit wird aufgrund empirisch gebildeter Eigenschaften konstruiert. Vordergrundig in der Diskussion ist ein Modell von fünf wesentliche Persönlichkeitseigenschaften („**big five**“), deren Vertreter (Mc. Crae et al., 2000; Markon et al. 2005) argumentieren, dass im Erwachsenenalter wesentliche Persönlichkeitsmerkmale in der Kindheit neurologisch – biologische Merkmale entsprechen und diese nicht durch Umwelteinflüsse verändert werden können.

Als wesentliche Faktoren werden angegeben:

- Neurotizismus versus emotionale Stabilität
- Extraversion versus Introversion
- Offenheit für neue Erfahrungen versus Konventionalität
- Verträglichkeit versus Antagonismus (Gegengerichtetheit)
- Gewissenhaftigkeit versus Desorganisation (Impulsivität)

- Die andere Strömung geht von Temperamentsmodellen aus (Cloninger et al. 1993). Die Individuen unterscheiden sich hinsichtlich der Reaktivität und der Selbst-Regulierung. Die biologisch konstitutionelle Basis wird im Verlauf durch Reifungs- und Erfahrungsprozesse verändert. Demnach ist in dem Temperamentsmodell von Cloninger et al. (1993) ein weitaus größeres Veränderungspotenzial angenommen, als im Trait - Modell nach Rothbart et al. (2000) oder Schmeck (2001).
- Nach Pukrap (2007, unveröffent. Skript) besteht bei 66 – 97% der Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung auch eine Achse I Störung. Entgegengesetzt, der Anteil von Patienten, die neben einer Achse I Störung auch eine Persönlichkeitsstörung aufweisen, beurteilt er zwischen 13 und 81%. Unklar ist die Kausalität zwischen Persönlichkeitsstörung und psychischer Erkrankung/Störung (PS als Vorläufer, Zusammenhang oder Folgeerscheinung).

3. Therapeutisches Behandlungskonzept: Modell der doppelten Handlungsregulation

Sachse (u. a. 1996, 2001) entwickelte Mitte der neunziger Jahre ein Arbeitsmodell zur Erklärung von oft widersprüchlichen und undurchsichtigen Handlungsweisen persönlichkeitsgestörter Patienten, zunächst generell auf alle Diagnosen (ICD – 10: F60.0 – 60.8) bezogen. Später entwickelte er spezielle therapeutische Strategien zu einzelnen Persönlichkeitsstörungen und bezog seine Überlegungen auf die Therapeut – Patient - Interaktion.

Das Modell beschreibt drei unterschiedliche Ebenen (vgl. Skizze). Eine zentrale Modellannahme gibt vor, dass Personen mit einer Persönlichkeitsstörung eine zweite Handlungs- (regulations-)ebene ausgebildet haben. Die Person „verhält“ sich somit auf zwei Handlungsebenen

- einer *authentischen Motivebene*
- und einer sog. „*Spielebene*“.

Motivebene

Die Motivebene umfasst interaktionelle Grundbedürfnisse, Motive. Eine Realisierung ist von zentraler Bedeutung und wird durch authentisches interaktionelles Handeln reguliert, in der Regel transparent. Sachse übernimmt an dieser Stelle wesentliche Überlegungen der vertikalen Plananalyse von Casper und Grawe (1982 a, b). Zur Ausführung von Intentionen in konkrete Handlungen sind Kompetenzen erforderlich. Sachse unterscheidet *Verarbeitungs- und Handlungskompetenzen*. Die Unterscheidung ist später hinsichtlich bestimmter Behandlungsstrategien erforderlich.

Ebene der Annahmen

Durch *positive* oder *negative Kontrollprozesse* findet eine fortlaufende Evaluierung des Handlungsgeschehens statt. Sachse nimmt an, dass Personen mit einer Persönlichkeitsstörung überwiegend negative Annahmen über sich selber aufweisen und ein gravierendes Dilemma herausbilden. Starke und konsistente Motive bestehen, bei gleichzeitiger Annahme von Selbstinsuffizienz oder Defiziten. Beispiele für negative geprägte Selbstüberzeugungen sind:

- Ich bin für Frauen unattraktiv und deshalb nicht liebenswert.
- Ich kann mich nicht verständlich (treffend) ausdrücken. Ich rede immer viel zu viel und chaotisch.

Im Störungsmodell wird von einer Frustration primärer sozialer Bedürfnisse ausgegangen. Der Misserfolg erfährt eine Generalisierung über Personen, die Zeit und Situationen. Sachse betont (1996, 50ff), dass die Bildung von Annahmen auch mit einer Intentionsbildung einhergeht und damit eine hohe Handlungsrelevanz besitzt.

Beispiel:

- *Annahme*: Beziehungen sind nicht verlässlich. Ich kann ganz plötzlich alleine da stehen.
Intention: Ich muss jeder Zeit die Beziehung kontrollieren können und darf von mir nichts preisgeben, was mir gefährlich werden könnte.

„Spielebene“

Der sog. „*Spielebene*“ liegen biographisch erfahrene Grundannahmen zugrunde, die die eigene Identität, die Einschätzung des Beziehungspartners, die Beziehung selbst und die Realisation der eigenen Bedürfnisse betreffen (vgl. Schulz von Thun [1986], Beck und Freeman [1993]). Den Begriff „*Spielebene*“ übernahm er aus der Transaktionsanalyse und ist als (neutrale) Handlungsstrategie zu verstehen.

Die „Spielebene“ umfasst bestimmte Handlungsweisen und –strategien, als Lösung des Dilemmas, bei der die Person zwar keine Erfüllung der primären Grundbedürfnisse erzielen kann (manchmal auch nicht will), aber scheinbar vergleichbare Erfolge (Ersatzziele) erreicht, bei der sie Kontrolle erlebt. Es bleibt aber eine unvollkommene Lösung: Kurzfristig erfolgt ein Frustrationsabbau. Mittel- und langfristig bleibt die Frustration bestehen, da das primäre

Motiv nicht befriedigt wird. Konsequenz: Immer häufigere Anwendung der kurzfristig erfolgreichen Strategien, Differenzierung der Handlungsweisen. Interaktionshandlungen auf der „Spielebene“ sind nur wenig bewusst repräsentiert (Sachse 1996, 57) und deshalb „ich-synton“. Die „Spielstrategie“ wird als zu sich gehörig und deshalb zu Beginn einer Therapie als unproblematisch erlebt.

Beispiel:

- *Annahme*: Ich bin für Frauen unattraktiv und deshalb nicht liebenswert.
Spielstrategie: Ich höre sehr einfühlsam zu, bin empathisch und spiegelbildlich zu ihren Wünschen und ihrem Verhalten.
- *Annahme*: Ich kann mich nicht verständlich (treffend) ausdrücken. Ich rede immer viel zu viel und chaotisch.
Spielstrategie: Ich mache meinem Gegenüber kleine Geschenke und bringe ihn dazu, mir gegenüber dankbar zu sein. Dann bleibt er zu mir in Beziehung.

Problem: Wenn sich die Person „authentisch“ verhält - also passend zu ihren Motiven oder Grundbedürfnissen, erlebt sie eine mangelhafte Bedürfnisbefriedigung und erleidet Frustration. Durch positive oder negative Kontrollstrategien bezogen auf den Interaktionspartner kann es ihr aber gelingen, quasi kompensierende Bedürfnisse zu erwirken. Der Interaktionspartner bleibt hierüber im Unklaren. Sachse nennt dies *manipulierend*.

Beispiel:

- positive Kontrolle: Ein Patient betont gegenüber seiner Therapeutin wiederholt wie gut er Kuchen backen kann. In einer darauf folgenden Stunde bringt er ihr - unabgesprochen – einen Kuchen mit. Ferner gibt er ihr häufig „Tipps“ für ein preiswerteres Leben.
- negative Kontrolle: Eine Patientin vermeidet die Aufgaben (z. B. ABC-Schema) zwischen den Sitzungen. Als der Therapeut sie hierauf anspricht, reagiert sie verwundert und erstaunt.

Komplementarität:

Annahme: Der Therapeut sollte sich komplementär zu der Motivebene verhalten und nicht zu der „Spielebene“. Hierdurch erfährt der Patient eine Befriedigung grundlegender sozialer Bedürfnisse. Beziehungskredit wird aufgebaut. Verhält er sich komplementär zu den Absichten auf der „Spielebene“, bestätigt er die „Ersatzbedürfnisse“ und verfestigt die problemrelevante Interaktion. Therapeutische Interventionen sollten an der „Stelle“ erfolgen, wo der Patient in seinem Schema keine automatisierte Handlungsstrategie vorfindet. (vgl. Skript zum komplementären Handeln in der Therapeut – Patient – Beziehung).

Im weiteren Verlauf definierte Sachse (1997, Seite 77; 2001) komplexe Heuristiken, „Spielstrukturen“ oder Interaktionsstrategien, um ein Verständnis der interaktionellen Prozessdynamik zu erhalten.

In Anlehnung an von Thun unterschied er

- **Image-Spiele** (Handlungsstrategien zur Imagebildung bei wichtigen Interaktionspartnern, insbesondere beim Therapeuten) von
- **Appell-Spielen** (Der Therapeut soll zu bestimmten dienlichen Handlungen oder Leistungen gebracht werden, die im Zusammenhang zu dem Image des Patienten stehen).

Imagestrategien drücken häufig eine Lageorientierung aus und eine Fokussierung auf die eigenen (Un-)Möglichkeiten. Verantwortung wird verändert attribuiert, in der Regel externalisiert. Der Patient nimmt eine außenstehende Bewertungsposition ein, quasi eine Metaebene, wodurch er zu dem Problem eine Distanzierung erfährt, die es ihm „aushaltbar“ macht. Häufig haben die eigendefinierten Images eine selbsterfüllende Handlungstendenz. Therapeutisches Problem: Häufig wird implizit ein Appell an den Therapeuten gerichtet und sein „Helfermotiv“ soll aktiviert werden.

Appell – Strategien gehen über Imagestrategien hinaus, weil der Interaktionspartner (Therapeut) konkret etwas machen soll. Der Patient manipuliert und versucht Kontrolle über das Handeln des Therapeuten zu erlangen. Folgt der Therapeut den Appellen, gerät er „ins Schwitzen“ und droht die therapeutische Struktur zu verlassen.

Es versteht sich von selber, dass dies in der Regel Handlungen sind, die der Therapeut nicht ausführen würde. Lehnt er Appelle ab oder ignoriert die Intention, kann eine persönliche oder professionsbezogene Ablehnung erfolgen.

Image-Spiele oder Strategien sind:

- „*Armes Schwein*“ – Image („Ich bin ein „Scheißtreter““) Klagestrategie, Patient hat es besonders schwer
- „*Opfer der Umstände oder anderer Personen*“, „*Buhmann*“ – Image Klagestrategie, Patient wurde oder ist besonders benachteiligt. Hierdurch wurde er in seiner Entwicklung zwangsläufig eingeschränkt.
- „*Märtyrer*“ – Image Klagestrategie mit dem Appell anerkannt zu werden, weil er dennoch viel geschafft hat.
- „*Mords – Molly*“ – Image Werbestrategie ganz toll zu sein. Therapeut wird als „VIP-Berater“ angesehen.
- „*Präsidenten*“ – Image Strategie, den sozialen Handlungsrahmen durch explizit vorgetragene Regeln zu bestimmen. Häufig moralisierend oder leistungsbezogen.
- „*Knacki*“ - Image Strategie, sich zu einer gesellschaftlich abgewerteten Subgruppe zu zählen und hierdurch etwas Besonderes zu sein oder besondere Rechte zu haben. („Asozial und Spaß dabei.“)
- *Sozialer Champion* – Image Strategie, sich (vordergründig) optimal gesellschaftlich angepasst zu verhalten.
- und viele andere Imagestrategien.

Appell-Spiele oder Strategien sind

- *Solidarisierungsappell*
Der Appell geht von dem Patienten an den Therapeuten sich gegen einen anderen mit ihm zu solidarisieren.
- *Verfügbarkeits- oder Leistungsappell*
Der Appell richtet sich an den Therapeuten ihn besonders wichtig zu nehmen, ihm besonders viele Ressourcen einzuräumen.
- *Dornröschenappell*
Der Appell geht an den Therapeuten als Retter, Befreier, Problemlöser oder Erlöser zu fungieren.
- und viele andere Appellstrategien.

Konsequenzen für die Therapieplanung und therapeutisches Handeln

- Unterschiedliche Auffassung über **therapeutische Ziele**
Der Gesprächsfokus des Patienten ist nicht auf sich selbst gerichtet. Therapeutische Methoden, insbesondere Manuale, werden als unzweckmäßig, ineffektiv oder wirkungslos erachtet. Klärende Interventionen werden nicht weiter verfolgt. Stattdessen entsteht der Eindruck, dass der Patient – implizit - etwas anderes möchte und den Therapeuten hierzu funktionalisiert:
 - Beistand, Bestätigung seiner Position, Solidarität.
 - Therapie als Alibi gegenüber eines Dritten (Frau, Arbeitgeber etc.)
 - den Therapeuten als „Mülleimer“ benutzen.
 Hieraus folgt, dass die therapeutischen Zielsetzungen sorgfältig und immer wieder abzuklären sind. Was sind die (sozialen) Bedürfnisse des Patienten und was will er eigentlich von seinem Therapeuten „erhalten“?
- Analyse der **motivationalen Struktur** des Patienten. Welche sozialen Motive sind wie stark ausgeprägt und welche Bedürfnisse haben sich herausgebildet?
- **Aufmerksamkeit auf eigenen Gefühle.** Treten bestimmte Gefühle, insbesondere in bestimmten Situationen immer wieder auf? Von Relevanz sind insbesondere Ärger, Müdigkeit, aber auch abschweifende Gedanken.
- **Positive und negative Kontrolle.** Bestehen negative (thematische Sperren, Ausweichverhalten etc.) oder positive (unangemessenes personifiziertes Lob, Angebote etc.) Kontrollstrategien? Dem Therapeut/in sollte durch einen Selbsterfahrungsprozess bewusst sein, für welche Kontrollstrategien er/sie anfällig ist (vgl. Kapitel 4 zur Therapeut – Patienten - Beziehung und Beurteilung).
- Reflexion des Therapeuten über seine „**Anfälligkeit**“ sich bei bestimmten Appellen angesprochen zu fühlen und danach zu handeln. Im Verlauf der Therapien sollte eine Supervision des Beziehungsprozesses erfolgen.
- Häufig sind oder werden Interventionen notwendig, die auf eine **direkte Prozesssteuerung** oder **aktuelle Beziehungsklärung** abzielen und im Gegensatz hierzu **weniger eine inhaltliche Klärung** beabsichtigen.
- **Veränderter Verlauf und Planung der Therapie.** Grundsätzlich besteht eine **Therapiemotivation** aber keine - oder nur eingeschränkt – **Veränderungsmotivation**. Deshalb ist zu Beginn und im weiteren Verlauf immer wieder eine Motivationsphase einzurichten.
- **Widersprüchliche und wechselhafte Aussagen.** Oft werden direkt, oder über einen längeren Zeitraum, Widersprüche in den inhaltlichen Ausführungen deutlich. Diese können sich auf wichtige Beziehungen, Institutionen oder Tätigkeiten beziehen und sind in der Regel hoch bedeutsam und deshalb emotional besetzt.
- **Individuelle Vermeidungsstrategien.** Hinsichtlich der Vermeidungsstrategie ist nicht nur von Bedeutung welche Themen, Beziehungsaspekte vermieden werden, sondern auch auf welche Art und Weise und wie hierbei der emotionale Status ist.
- **Längerfristige therapeutische Ziele.** Der Patient sollte seine problemrelevanten Strategien erkennen können und die längerfristigen – gravierenden - Nachteile einschätzen lernen. Langfristig besteht das therapeutische Ziel authentisch seine sozialen Bedürfnisse verfolgen zu können und Manipulationen zu unterlassen. Damit verbunden ist ggf. eine Behandlung traumatischer Erfahrungen.

4. Therapeut - Patient – Beziehung (Einschätzung Patientenverhalten)

Die therapeutische Arbeit mit Patienten, die eine Persönlichkeitsstörung aufweisen, erfordert eine permanente Reflektion des Beziehungsgeschehens vor dem Hintergrund eines Störungsmodells. Insbesondere gehört hierzu die Wahrnehmung der eigenen Emotionalität als Instrument zur Beurteilung des Interaktionsprozesses. In diesem Zusammenhang sind die Fragen wichtig:

- Welche Emotion erlebt der Therapeut in dieser Therapiesituation?
- Welche Assoziationen hat der Therapeut bei diesem Patienten und seiner Problem-
darstellung, -bearbeitung?
- Welche Hypothese besteht zwischen meinen Empfindungen und dem Störungsmodell?

Aspekte zur Beurteilung der Therapeut-Patient-Beziehung:

• hierarchisches Gefälle und Prozessverantwortung

Die Therapeut – Patient - Beziehung ist durch eine hierarchische Beziehungsstruktur gekennzeichnet, die ein Dominanzgefälle aufweist. Der Therapeut ist Experte für die Struktur des therapeutischen Prozesses (Kanfer, 1996) und zeichnet hierfür Verantwortung. Eine Steuerung erfolgt durch seine Interventionen, Mimik, Gestik etc. Dagegen ist der Patient ein Experte über die inhaltliche Grundlage der Therapie (Problem, Biographie etc.).

Hieraus ergeben sich die Fragen:

- Akzeptiert der Patient eine hierarchische Therapeut – Patient – Beziehung?
- Akzeptiert der Patient seine Patientenrolle oder versucht er den Therapeuten zu kontrollieren?
- Akzeptiert er den Therapeuten in seiner Verantwortung, in seiner Rolle?
- Übernimmt der Patient Verantwortung am Prozessgeschehen?
- Versucht er das hierarchische Gefälle umzukehren?
- Konstruiert er bestimmte Vorkommnisse, um zu erfahren, wie der Therapeut sich ihm gegenüber verhält?

• Erfassung des Arbeitsauftrags

Der Arbeitsauftrag des Patienten an den Therapeuten drückt aus, was sich durch die Behandlung verändern soll und welche Problemzusammenhänge bestehen. Ob und wie der Patient im Erstkontakt und in den folgenden Sitzungen therapeutische Fragestellungen und Behandlungsziele äußert oder nicht, ist ein erstes Diagnostikum für die Problembearbeitung und wie er mit dem Therapeuten interagiert. Gelingt keine Abklärung des Arbeitsauftrags oder bleibt der Behandlungsauftrag unklar, stellt sich die Frage, ob überhaupt eine therapeutische Behandlung indiziert ist. Folgende Fragen und Kriterien sind von besonderer Relevanz:

- Der Arbeitsauftrag sollte eine Problemdefinition und -spezifikation enthalten. Der Patient sollte darlegen können, weshalb für ihn der geschilderte Sachverhalt ein Problem darstellt (Leidensdruck etc.).
- Er sollte zumindest rudimentäre Vorstellungen über den Weg der Besserung haben und problemrelevante Fragen sowie Hypothesen aufwerfen können.
- Damit einher geht die Erwartung, dass der Patient zumindest eine diffuse Vorstellung des Sollzustands nach erfolgreichem Abschluss der Therapie antizipieren kann.
- Seine Haltung sollte Neugier für das therapeutische Vorgehen und einer Klärung der Problematik erkennen lassen. Patienten, die sekundäre Behandlungsziele anstreben oder eher interaktionelle Ziele gegenüber dem Therapeuten verfolgen, interessieren sich weniger für ihre Problematik.

- Der Patient muss in Abhängigkeit seiner Störung eine aktive Mitverantwortung erkennen lassen. Ist eine klärungsorientierte Therapie angezeigt, sollte er eine Bereitschaft zur Introspektion zeigen.

Hieraus ergeben sich folgende Fragen zur Erarbeitung des Arbeitsauftrags:

- Benennt der Patient Problembereiche und wie attribuiert er die Ursachen? (Ich–dyston versus ich–synton)
- Konzipiert er ausgeprägte Problemtheorien oder expliziert er konkrete leidvolle Problembeschreibungen?
- Ist seine Problemdarstellung schlüssig oder zeigen sich Unstimmigkeiten?
- Bei welchen Motiven sind Inkongruenzen zu erkennen?

- **Therapie ist ein zielgerichteter Prozess**

Zu Beginn der Behandlung haben sich Therapeut und Patient auf gemeinsame Behandlungsziele zu verständigen. Während der Behandlung ist eine fortlaufende Abgleichung und ggf. eine Anpassung der Behandlungsziele zwischen Therapeut und Patient notwendig. Insbesondere bei therapeutischen Krisen ist eine Klärung erforderlich.

(vgl. „Therapeutischer Dreisatz“, Fiedler, 2000)

Für die Therapeut - Patient - Beziehung heißt das:

- Bestehen ich–syntone und oder ich–dystone Problembereiche?
- Arbeitet der Patient an den vereinbarten Zielen mit und wie wichtig sind ihm die Vereinbarungen?
- Erweckt der Patient den Eindruck, es ginge ihm um sekundäre „Behandlungseffekte“?
- Wie beurteilt er eine Behandlungssitzung, differenziert oder idealisierend, persönlich oder distanziert etc.?

- **Selbstbild des Patienten**

Im Kommunikationsprozess äußert jede Person auch Inhalte über sich selbst, seinem Image (vgl. Schulz von Thun, 1981).

- Welche problemrelevanten Selbstbildaspekte äußert der Patient über sich - oder äußert er eben keine?
- Beschreibt er sich angemessen oder (abweichend) idealisiert, defizitär?
- Kann er zwischen Selbstbild und Fremdbild unterscheiden?
- Wie korreliert die Selbstbeschreibung mit seinem Affekt, seiner Emotionalität, in Krisen und mit seinen Copingstrategien?
- Welche Aspekte sind selbstwertförderlich und welche hinderlich?
- Weist er sich eine bestimmte Rolle/Image zu?

- **Appelle an den Therapeuten**

Von besonderer Bedeutung sind Erwartungen, Vorstellungen und Appelle des Patienten an die Person und Berufsausübung des Therapeuten (vgl. Schulz von Thun, ebda und Sachse, 1991).

- Welche Erwartungen hat der Patient an das (therapeutische) Verhalten seines Therapeuten?
- Welche Erwartungen hat der Patient an die Person des Therapeuten?
- Äußert er seine Erwartungen explizit oder implizit?
- Wie verändern sich die Appelle der Erwartung in Krisensituationen?
- Hält der Patient natürliche oder explizit vereinbarte Grenzen ein?
- Versucht er eine Bestätigung seines Images durch den Therapeuten zu erhalten?
- Besteht eine Erwartung nach Solidarisierung, ggf. gegen eine andere Person? (Gefahr einer Triangulation?)

- **Umgang mit Interventionen und Arbeitsaufträgen**

Der Patient kann in unterschiedlicher Art und Weise mit den Arbeitsaufträgen und Interventionen umgehen.

- Lässt der Patient eine Bearbeitung problemrelevanter Inhalte zu oder vermeidet er eine persönliche Klärung? (BW – Skala, Sachse, 1986).
- Bestehen thematische Sperrern („schwarze Löcher“)?
- Besteht eine Korrelation zwischen der Art und Weise der Bearbeitung und dem Thema?
- Sind ungünstige Problembearbeitungsstrategien erkennbar? Zum Beispiel:
 - Lösen statt Klären
 - Simultane, chaotische Problembearbeitung
 - Inhaltliches schaukeln oder springen
- Wie zeigt sich der Affekt, die Emotionalität und der emotionale Ausdruck während der Bearbeitung?
- Sind dysfunktionale kognitive Schemata im Sinne von A. Beck zu erkennen?
- Welche Attribuierung nimmt der Patient vor (extern versus eigene Person)?
- Widerruft der Patient eigene Angaben oder relativiert Aussagen?
- Beschreibt er Sachverhalte inhaltsbezogen (sachlich) oder personifizierend?
- Beschönigt der Patient bestimmte Problembereiche (euphemistische Problemdefinition)?
- Wie ist das nonverbale und das paraverbale Verhalten? Ist er angespannt und bei welcher Thematik ist er angespannt? etc.
- Kann der Patient bei der Antizipierung zukünftiger Umstände zwischen seinen Erwartungen und der Realität unterscheiden (Unterscheidung zwischen „es kann“ zu „es wird“)? Ebenso gilt dies für die Vergangenheit und Gegenwart.
- Ist der Patient in der Lage einen Perspektivenwechsel vorzunehmen?

- **Aufbau eines verlässlichen Arbeitsbündnisses**

Ein erfolgreicher therapeutischer Prozess setzt beim Therapeuten (!) als auch beim Patienten voraus:

- Sicherheit, dass nichts schädliches gegen seine Person passieren wird,
- Vertrauen, dass der Ablauf der Interaktion erwartbar ist und bleibt,
- Kompetenz, dass der Therapeut engagiert, erfahren und kundig auftritt,
- Engagement, dass der Patient entsprechend seinen Möglichkeiten mitarbeitet,
- Absprachefähigkeit, dass sich jeder nach Kräften bemühen wird Vereinbarung einzuhalten.
- Wertschätzung als Mensch: Der Therapeut wertschätzt den Patienten als Mensch, unabhängig von der Problematik.

- **Aufbau von „Beziehungskredit“**

Vorraussetzung für die Bearbeitung problemrelevanter Themen ist Vertrauen und die Erwartung des Patienten auf Behandlungserfolge. Der Therapeut hat deshalb über den gesamten Therapieprozess für den Aufbau von „Beziehungskredit“ zu sorgen. Wendet er beispielsweise konfrontative Methoden an, sollte er bedenken, wie viel „Beziehungskredit“ - reduziert durch Zweifel, Skepsis etc.- diese Strategie kostet. Verhält sich der Therapeut komplementär zu den sozialen Motiven des Patienten wird er Vertrauen aufbauen. Auch sollte er sich sehr für die Zielsetzung des Patienten interessieren und ein fortlaufendes Engagement für die Umsetzung erkennen lassen.

- Welche therapeutischen Strategien bauen „Beziehungskredit“ auf und welche erzeugen Kosten?
- Wenn der Patient über den Therapeuten befragt würde, wie ehrlich wäre die Antwort?
- Welche Ressourcen sind beim Patienten im Hinblick auf die Problembewältigung vorhanden?

- Welche Interventionen würden den Patienten stärken?
 - In welchen Situationen wirkt der Patient gefestigter oder zufriedener?
 - Welche Überzeugungen (Motive) bestärken ihn zur Mitarbeit in der therapeutischen Behandlung?
- **Komplementarität gegenüber den sozialen Motiven**
 Der Therapeut sollte sein Interaktionsverhalten an den sozialen Motiven (in sensu Grawe, 2004 und Sachse, 2002) ausrichten. Dagegen ist eine Komplimentarität zur sog. „Spielebene“ eher zu vermeiden und ggf. therapeutisch aufzuarbeiten.
 - Besteht eine Diskrepanz zwischen der vordergründigen Verhaltensebene und übergeordneten sozialen Motiven?
 - Welche sozialen Motive bleiben unbefriedigt?
- **Therapeutischer Kontext**
 Therapie findet immer in einem Kontext statt. Das soziale Umfeld übt ebenso einen Einfluss auf den therapeutischen Prozess aus, wie das Setting, die Institution etc. Für den Therapeuten gilt, diese Einflüsse auf die Therapie und insbesondere auf die Therapeut – Patient – Beziehung zu berücksichtigen. Im Rahmen der Therapie sollte mit diesen Einflüssen transparent umgegangen werden.
 - Entstehen soziale Nachteile für den Patienten, wenn er die Therapie verweigert oder abbrechen würde?
 - Besteht ein Zwangskontext? Wurde der Patient „geschickt“?
 - Ergeben sich hieraus veränderte Zielsetzungen?
 - Ist der Patient primär an den Behandlungszielen interessiert oder eher an sekundären Zielen?
- **Der Therapeut hat nach den Prinzipien der maximalen Objektivität, einer Allparteilichkeit und einer maximalen Toleranz zu handeln.**
 Der Therapeut ist verpflichtet eigene (persönliche) Interessen, Bedürfnisse und Ziele zu kontrollieren. Die therapeutische Arbeit erfolgt im Rahmen berufsständischer, rechtlicher und ethischer Normen. Die Therapeut – Patient – Interaktion unterscheidet sich durch alltägliche Kommunikationsmuster und -formen (keine „Caféhausgespräche“).

5. Komplementäre Beziehungsgestaltung

These: „Streben nach Konsistenz.“

Jedes Individuum strebt danach, eine Übereinstimmung bzw. eine Vereinbarkeit der gleichzeitig ablaufenden neuronalen und psychischen Prozesse zu erreichen. Eine Kontrolle oder Rückmeldung über (In)-Konsistenz erfolgt über positive oder negative Emotionen. Ein hohes Inkongruenzniveau erzeugt einen erhöhten Pegel von negativen Emotionen. Folge: Stress und ggf. körperliche Folgen!!!

Ein konsistenter Ablauf des psychischen Geschehens resultiert aus einer Übereinstimmung zwischen aktuellen motivationalen Zielen und der realen Wahrnehmung.“ (vgl. Epstein, 1990, 1993 [Cognitive – Experiential – Self -Therapie, CEST] und Grawe, 2004).

Konkretisierung: Beziehungsgestaltung

Jedes Individuum strebt in der Beziehungsgestaltung danach wichtige soziale Bedürfnisse (soziale Motive) erfüllt zu bekommen. Hierdurch erfolgt eine Reduzierung von Inkonsistenz.

Komplementaritätshypothese (vgl. Tscheulin, 1983, 2006): Bezieht sich auf die Therapeut-Patient - Beziehung: Voraussetzung für eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung, ist eine reziprok-komplementäre (sich wechselseitig ergänzende) Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Patient (vgl. Rogers Konzept der therapeutischen Haltung, hier „Kongruenz“). Eine komplementäre Beziehungsgestaltung erscheint für den Aufbau von Vertrauen („Beziehungskredit“), Absprachefähigkeit und letztendlich Sicherheit eine wesentliche Einflussgröße zu sein.

Dabei heißt eine komplementäre Ausrichtung des therapeutischen Verhaltens nicht einfach eine Ergänzung oder Spiegelung analog zum Patientenverhalten. Komplementäre therapeutische Interventionen bedingen immer auch eine Berücksichtigung

- der aktuellen sozialen Situation, des Kontextes,
- der sozialen Motive des Patienten,
- der Intentionen des Patienten,
- therapierelevanter Persönlichkeitsmerkmale aber auch der
- eigenen Motive und Intentionen.

Beispiele:

- Ein Patient, der mit einem übermäßigen starken dramatisierenden Ausdruck dem Therapeuten sein Leid klagt, bleibt unzufrieden, wenn er Zustimmung erfährt.
- Ein Patient, der sich unterwürfig, rezessiv verhält, ändert sein Verhalten nicht durch ein dominantes Verhalten seines Therapeuten.
- Ein Patient, der eine Fremdgefährdung androht, wird seine Drohung und eine mögliche Umsetzung nicht unterlassen, wenn sich der Therapeut hiervon einschüchtern lässt.

Komplementäres Beziehungsverhalten erfordert eine ständige Selbstaufmerksamkeit seiner eigenen Emotionalität und ein reflektiertes Handeln (vgl. Raum und Sachse, 1992). Der Therapeut sollte aufgrund seiner eigenen Empfindungen und Kenntnisse seines Gegenübers dessen interaktionelle Motive erschließen. In diesem Zusammenhang sind folgende Fragen wichtig:

- Was sind die Intentionen des Patienten, warum verhält er sich gerade so wie er sich verhält (Beziehungsverhalten)?
- Welche Erwartungen hat der Patient aktuell an mich?
- Welche Emotionen löst der Patient bei (in) mir aus?
- Welche Assoziationen habe ich bei diesem Patienten und seiner Problemdarstellung?
- Wie erlebe ich den Patienten, wie oder in welcher Rolle stellt er sich dar?
- Wie muss ich mich verbal und nonverbal verhalten, damit der Patient sich akzeptiert und (in der Person) wertgeschätzt fühlt?
- Was muss ich verbal und nonverbal vermeiden – wo liegt die Grenze - , um den Patienten nicht zu kränken oder zu verärgern?
- (Weitere Abklärung vgl. *Fragekatalog zur Beziehungsklärung*)

Komplementäre Beziehungsgestaltung kann auf das bezogen sein, wie sich ein Patient gerade verhält oder was er gerade sagt. Von besonderer therapeutischer Relevanz ist aber vielmehr eine Komplementarität zu dem Gemeinten und zu seinen sozialen Motiven herzustellen.

Grawe (1999, 2004) beschreibt vier (interaktionelle) Grundmotive, die in der Motivhierarchie hoch angesiedelt sind und sich deshalb generell im Verhalten manifestieren. Jedoch erfolgt aufgrund unterschiedlicher Sozialisationsbedingungen eine individuelle Ausprägung. Eine Annäherung (Befriedigung) an die Motive erfolgt nur, wenn jemand flexible und angemessene Handlungsmuster entwickelt hat. Erfolgt in der Entwicklung eine begrenzte (traumatische) Motiverfüllung, bleibt das Motiv weiterhin dominant gegenüber anderen Motiven. Damit ist eine klinische Relevanz gegeben.

- **Bindung**

Das Bedürfnis nach Nähe zu Bezugspersonen (Ehe, Freundschaften, Bekanntschaften etc.). Je nach den erlebten Beziehungen in der Kindheit und Jugend werden bestimmte Bindungsmuster ausgebildet (Vertrautheit, Einfühlungsvermögen etc.). Bestehen tragfähige und verlässliche Beziehungen zu Bezugspersonen, entwickelt sich ein „Urvertrauen“, mit der Erwartung Trost, *Beistand* und Schutz finden zu können.

Psychische Stabilität durch die Hinwendung zu Bezugspersonen.

- **Orientierung und Kontrolle**

Bedürfnis nach Handlungskontrolle und –einfluss. Je nach individuellen Erfahrungen werden Erwartungen gebildet und Vorstellungen antizipiert, ob es sich lohnt, sich für eine Sache zu engagieren oder nicht. Damit ist auch die Frage verbunden, inwieweit das Leben Sinn macht.

Psychische Stabilität durch Kontrolltechniken anderer bzw. der Beziehung.

- **Selbstwerterhöhung**

Das Bedürfnis sich selbst als geliebt, wertvoll und kompetent zu erleben. Zur Bildung und Aufrechterhaltung eines sicheren Selbstwertgefühls ist ein wertschätzendes und fürsorgliches soziales Umfeld notwendig.

Psychische Stabilität durch einen gehobenen sozialen Status und damit Ressourcen.

- **Lustbedürfnis/Unlustvermeidung**

Das Bedürfnis lustvolle oder erfreuliche Erfahrungen herbeizuführen und dem entgegen unlustvolle oder schmerzhaftere Ereignisse zu vermeiden. Je nach der Sozialisation werden bestimmte (un)lustvolle Erfahrungen ausgebildet. Situationsabhängig entwickeln sich eher optimistische oder eher pessimistischere Lebenseinstellungen.

Psychische Stabilität durch attraktive Tätigkeiten.

Schon Sachse (1996) beschrieb im Rahmen seines therapeutischen Konzeptes eine Persönlichkeitsstörung als Beziehungsstörung aufzufassen, grundlegende interaktionelle Motive. Gleichfalls wie Grawe formuliert er Beziehungs-, Selbstwert- und Kontrollmotive, doch auf einem niedrigerem hierarchischen Niveau und deshalb konkreter.

- **Das Bedürfnis nach Akzeptanz**

Das Bedürfnis von anderen Personen, die einem wichtig sind, um seiner selbst willen geachtet, geliebt und akzeptiert zu werden.

- **Das Bedürfnis, wichtig zu sein**

Das Bedürfnis, für andere in ihrem Leben eine Bedeutung zu haben und eine Rolle (als Sohn, Freund, Ehemann etc.) zu spielen.

- **Das Bedürfnis nach verlässlicher Beziehung**
Das Bedürfnis nach einer „sicheren Bindung“: Eine Beziehung, die tragfähig ist, ohne hinterfragt zu werden und Belastungen aushält.
- **Das Bedürfnis nach solidarischer Beziehung**
Das Bedürfnis vom Partner unterstützt zu werden, wenn Hilfe erforderlich ist oder Geborgenheit gebraucht wird.
- **Das Bedürfnis nach Autonomie**
Das Bedürfnis in seiner Selbstbestimmung, seiner Selbstentwicklung und in seinem Selbstbild akzeptiert zu werden.
- **Das Bedürfnis nach territorialer Unverletzbarkeit der eigenen Domäne**
Das Bedürfnis persönlich relevante Bereiche des Lebens als eigene Bereiche definieren zu können und von sich aus Grenzen setzen zu dürfen. Damit ist die Erwartung verknüpft von seinem Gegenüber ernst genommen zu werden; eine Akzeptanz der Grenzsetzung.

Beispiel für komplementäre Beziehungsgestaltung:

Ausgangssituation: Ein Patient wartet seit einer halben Stunde auf ein Gespräch mit seinem Bezugstherapeuten vor dessen Bürotür. Der Therapeut hatte ihm ausrichten lassen, dass er möglicherweise etwas später kommen werde. Nach zehn Minuten kommt der Therapeut.

Patient: Na endlich, da sind Sie ja. Ich warte nun schon zehn Minuten. Von mir und den anderen Patienten wird Pünktlichkeit erwartet, deshalb verlange ich auch von Ihnen, dass sie zu den Gesprächen pünktlich erscheinen. Wir sollen uns Sie zum Vorbild nehmen. So aber doch nicht.

Mögliche Motive des Patienten:

- Mache deine Verärgerung deutlich. Widersetze dich einer Abwertung.
- Niemand darf dich warten lassen, indem er dich eine halbe Stunde „versetzt“.
Zeige sofort, das Beziehungsgeschehen mitbestimmen zu wollen.
- Mache deutlich, dass dieses Therapiesgespräch wichtig für dich ist. Du willst dem Therapeuten deine Bereitschaft zur Mitarbeit zeigen, im Gegensatz zu den meisten anderen Patienten, die nur herumhängen.
- Der Therapeut - und die Beziehung zu ihm - ist besonders wichtig. Zeige ihm deine Kränkung, deine Enttäuschung.
- Vermeide möglichst lange über therapierelevante Dinge zu sprechen.

Therapeutenreaktion:

komplementär zum Verhalten des Patienten:

Nonverbal:

Therapeut schaut ihn kurz an, wendet sich ab und schließt seine Bürotür auf. Die Begrüßung ist kurz und er wirkt im Verhalten unterkühlt.

Verbal:

Es tut mir wirklich leid. Ich habe heute einfach zu wenig Zeit. Als ich absah, ich schaffe es nicht mehr pünktlich zu sein, habe ich Ihnen das ausrichten lassen. Ich kann nicht immer pünktlich

komplementär zu den interaktionellen Motiven:

Therapeut schaut ihn einen Moment an, rückt mit gebührenden Abstand an ihn heran, gibt ihm die Hand und ist freundlich. Erst dann schließt er seine Bürotür und hält weiterhin Blickkontakt.

Es tut mir wirklich leid. Sie haben längere Zeit warten müssen. Ich hatte an Sie gedacht und durchgegeben, dass es später werden könnte. Ich kann leider nicht immer pünktlich sein. Ich hoffe,

sein. Zum Vorbild können Sie mich nehmen, da, wo ich keine Störung (so wie Sie) habe. Ich kann angemessen mein Leben bewältigen und mit Problemen umgehen.

Sie haben Verständnis, dass ich in dieser Hinsicht kein gutes Vorbild bin. Ich finde es aber prima, dass Sie gewartet haben und vielleicht können wir jetzt die restlich Zeit für Sie sinnvoll nutzen.

Patient:

verbal:

Also, wenn Sie schon Ihre Termine nicht auf die Reihe bekommen und mich fast eine viertel Stunde vor ihrer Tür warten lassen, wie wollen Sie mir dann Helfen?

Ja, das ist schon ein hartes Los. Den ganzen Tag warte ich auf Sie und dann kommen Sie nicht. Ich habe mir für das heutige Gespräch vorgenommen über den Grund meiner Einlieferung zu reden.

6. Circumplexmodelle zur Analyse und Darstellung von Interaktionsmuster

Circumplexmodelle wurden zur Aufklärung von Interaktionsprozessen, insbesondere der Therapeut – Patient - Beziehung entwickelt. Eher intuitives Beziehungsverhalten und Verhaltensregeln können dargestellt und analysiert werden. Horowitz et al. (1988, 1994) entwickelte nach Überlegungen von Sullivan („Interpersonelle Theorie der Psychiatrie“, 1953) ein vier dimensionales Schema des interpersonellen Verhaltens. Hierauf aufbauend entstand das Inventory of Interpersonal Problems (IIP-C/-D, Horowitz et al., 1988, deutsch Horowitz, Strauss, Kordy, 1994).

Sullivan (1953) geht von zwei Thesen aus:

1. Alle interpersonelle Verhaltensweisen einer Person sind entlang von zwei Hauptachsen eines zweidimensionalen Raumes beschreibbar: Die erste Dimension, ist mit **Zuneigung und Fürsorge** (Zuneigungsdimension) überschrieben und differenziert zwischen den beiden Polen *feindselig zu freundlich/liebevoll*. Die zweite Dimension, umfasst den **Macht-, Kontroll- und Dominanzaspekt** (Statusdimension) in einer Beziehung und liegt zwischen den beiden Polen *unterwürfig bis dominant*.
2. Zwei interagierende Personen beeinflussen ihr Verhalten gegenseitig. Hierdurch wird eine entsprechende Reaktion bei der anderen Person ausgelöst. Gewöhnlich ist eine Komplementarität zwischen beiden Interaktionsstilen gegeben: Hinsichtlich der Zuneigungs-, oder Beziehungsdimension ist eine Ähnlichkeit (Freundlichkeit wird mit Freundlichkeit erwidert), während bei der Kontrolldimension eine Reziprozität besteht (Dominanz erzeugt Unterwürfigkeit).

Horowitz et al. (1988, 1994) definierten folgende vier Dimensionen des interpersonellen Verhaltens:

- dominant (autokratisch) versus unterwürfig (selbstunsicher)
- aufdringlich (expressiv) versus sozial vermeidend (introvertiert)
- freundlich (fürsorglich) versus zurückweisend (kalt – zu abweisend)
- nachgiebig (ausnutzbar) versus konkurrierend (streitsüchtig)

Ein ergänztes und differenziertes Modell legte Benjamin et al. (1974, 1986, 1995) durch die **Struktur-Analyse sozialer Beziehungen (SASB)** vor. Die Faktorenversion erlaubt eine grobe Analyse des Verhaltens (aber differenzierter, als das Modell von Horowitz et al. es zulässt). Eine genauere Auflösung ist durch die sog. Track – Version gegeben.

Die interaktionellen Dimensionen werden zum einen durch die Aufmerksamkeitsvariable **Aufmerksamkeitsfokus** zusätzlich unterschieden: Unterschieden wird die Ausrichtung der Aufmerksamkeit einmal auf sich Selbst versus auf den anderen Interaktionsteilnehmer

(Selbst- versus Objektbezogenheit). Zum anderen durch den Faktor **innerpsychische Regulation** und Normierung (Introjektdimension). Die Dimensionen bleiben bei den zusätzlichen Differenzierungen gleich:

- Statusdimension: andere, *zwischen Autonomie gewähren versus kontrollieren*
selbst, *sich unabhängig machen versus sich unterwerfen*
- Zuneigungsdimension: andere, *freundlich/zugeneigt versus feindselig*
selbst, *aktiv lieben/umsorgen versus ablehnen*
- Unterstützungsdimension: andere, *helfen versus ignorieren, vernachlässigen*
selbst, *vertrauen versus ausweichen/zu machen*
- Offenbarungsdimension: andere, *bestätigen versus herabsetzen/beschuldigen*
selbst, *sich öffnen versus schmollen*

Das SASB – Modell ermöglicht eine genaue Darstellung von Interaktionsmuster, insbesondere eines komplementären Beziehungsverhaltens in der Therapeut – Patient – Interaktion. Kenntnisse hierüber ermöglichen es dem Therapeuten eine genaue Prozesssteuerung vorzunehmen.

Auf der Grundlage des Modells ergeben sich komplementäre Interaktion, wenn die Reaktion den gleichen Punkt im interpersonellen Raum entspricht; jedoch differenziert durch den unterschiedlichen Aufmerksamkeitsfokus der Interaktionspartner. Das Komplementaritätsprinzip im SASB – Modell verdeutlicht ferner den Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus: Richtet jemand seine Aufmerksamkeit auf sein Gegenüber, lenkt er damit auch die Aufmerksamkeit des anderen auf dessen Person (oder umgekehrt).

Hinsichtlich negativen, abwertenden Äußerungen ist im therapeutischen Kontext oft ein **antithetisches Verhalten** sinnvoll (vgl. Fallbeispiel Frau Z.). Wenn der Patient den Therapeuten kritisiert oder angeht, sollte er gefasst und freundlich reagieren. Auch sollte er sich selbst öffnen und transparent seine Gedanken und Emotionen äußern.

7. Ressourcenanalyse

Ressourcen können sich aus unterschiedlichen Bereichen erschließen oder sich darauf beziehen, allgemein:

- auf das **Wissen**: Kenntnisse über Methoden, Techniken, Gegebenheiten der Klinik, aber auch Angaben über die Patienten.
- auf das **Wollen**: Engagement, Motivation, Begeisterungsfähigkeit.
- auf das **Können**: Fähigkeiten und Kompetenzen.
- auf den **sozialen Bereich**: Zwischenmenschliche Beziehungen.
- auf das **Materielle, Lebensumstände**: (finanzielle) Ausstattung, Räumlichkeiten.

insbesondere:

- auf die **Beziehungskompetenz**: Unabhängigkeit, Einfühlungsvermögen, Schwingungsfähigkeit emotionales Ausdrucksvermögen.
- auf erfolgreiche **Copingstrategien**: effizienter Abbau von Belastung.
- auf die **private Lebenssituation**: engagierte Haltung durch privaten Erfolg.
- auf die **Prozesskontrolle**: Steuerung der Planung und Durchführung, sowie eine Abschirmung von möglichen Störungen (weitere Vorhaben etc.).

Die Ressourcenanalyse hat das Ziel möglichst viele Ressourcen zu verdeutlichen. Hierbei werden die oben genannten Ressourcenbereiche nach und nach bezogen auf

1. die eigene Person
2. die soziale Umgebung (Kollegen, Team, Anverwandte etc.)
3. die Institution (Ausstattung, finanzielle Mittel, Konzepte, Regeln)
4. den Patienten.

1. Ressourcenanalyse bezogen auf die eigene Person:

- Welche Kenntnisse sind für Sie zur Realisierung notwendig?
- Weshalb – durch welche Gründe – ist für Sie die Umsetzung des geplanten Vorhabens wichtig?
- Durch welche Gedanken können Sie sich besonders motivieren?
- Welche Kompetenzen besitzen Sie zur Durchführung?
- Wie können Sie erreichen bei der Sache zu bleiben und nicht hiervon abgebracht oder abgelenkt zu werden?
- Welche private Lebenssituation (oder ein Ereignis) könnte ihre Motivation steigern?
- Wie bauen Sie Belastungen oder Stress ab (Coping)?
- Welche Tätigkeiten motivieren Sie besonders?
- Gibt es aus der Vergangenheit Erfahrungen, die Sie nützen können?
- Durch welche positiven Eigenschaften werden Sie von Kollegen, Freunden etc. beschrieben?
- Inwieweit können Sie sich eine positive Fremdbeschreibung zu Nutze machen?
- Wo können Sie mit dem besten Aufwand/ Nutzen – Verhältnis etwas zum Besseren wenden oder ein Stück Autonomie wiedergewinnen?

Erfolgskriterien:

Woran merken Sie erfolgreich gewesen zu sein?

Was sind Merkmale einer erfolgreichen Umsetzung?

Woran wird der Erfolg gemessen?

2. Ressourcenanalyse bezogen auf die soziale Umgebung (Kollegen etc.):

- Welcher Kollege mit welchen Fähigkeiten und mit welchem Wissen kann Sie unterstützen?
- Durch welchen Kollegen werden Sie engagiert unterstützt? Wer übernimmt Aufgaben im Rahmen des Projekts?
- Welche Unterstützung kann der Vorgesetzte leisten? Wie können Sie ihn hiervon überzeugen?
- Wer kann Ihnen wichtige Informationen liefern?
- Mit wem können Sie die Situation oder die Probleme reflektieren und weitere Schritte durchsprechen?
- Von wem würden Sie einen fachkundigen Rat annehmen?

Erfolgskriterien:

Woran merken die Kollegen eine erfolgreiche Umsetzung?

Welche Erfolgskriterien benennen die Kollegen?

3. Ressourcenanalyse bezogen auf die Institution (Ausstattung, Konzepte, Regeln):

- Gibt es eine besondere institutionelle Förderung (Supervision, Konferenzen)?
- Welche Räumlichkeiten, welche Ausstattung sind am besten geeignet? Wie können Sie sich dies zu Nutze machen?
- Sind in der Vergangenheit vergleichbare Vorhaben in der Institution durchgeführt worden? Wen können Sie hierzu ansprechen?
- Bestehen außerhalb der Einrichtung Ressourcen?

Erfolgskriterien:

Wonach bemisst die Institution oder die Leitung einen Erfolg?

Welche Erfolgskriterien setzt die Institution oder die Leitung?

4. Ressourcenanalyse bezogen auf den Patienten:

- Besteht eine ausreichend gefestigte Beziehung zwischen Ihnen und dem Patienten, so dass er zur Mitarbeit bereit ist?
- Besteht ein Einklang bei den Behandlungszielen und Methoden? Ist dem Patienten bewusst, welchen Gewinn er durch die Mitarbeit erreicht?
- Welche persönlichen Merkmale sind bei dem Patienten vorhanden, die für eine engagierte Mitarbeit oder eine Unterstützung sprechen?
- Ist der Patient durch weitere (Bezug-)Personen zur Mitarbeit zu motivieren?

Erfolgskriterien:

Woran merkt der Patient, dass ihm die Mitarbeit etwas bringt?

8. Sokratischer Dialog

Der Sokratische Dialog¹ ist ein Gesprächsstil aus der kognitiven Verhaltenstherapie². Charakteristisch ist ein fortlaufendes und hypothesengeleitetes Fragen, ohne bewusst dogmatisch oder appellativ Erklärungen zu geben. Der Patient soll quasi „klientenzentriert“ seine eigenen Einstellungen, Meinungen und Umgangsweisen reflektieren. Das Thema bezieht sich auf die subjektive Welt des Patienten und ist aufgrund vorausgegangener Gespräche als klärungsrelevant indiziert worden.

Der Therapeut nimmt in der Therapeut – Patient – Beziehung eine

- scheinbar nicht – wissende,
- naiv - fragende und um ein Verständnis bemühte,
- sowie dem Patienten zugewandte und engagierte Haltung ein.

Ziel dieser Methode:

- Alte Sichtweisen, insbesondere dysfunktionale Einstellungen, negative Selbstüberzeugungen reflektieren und auf den Realitätsbezug hin zu überprüfen („Realitätsprüfung“).
- Damit einher geht eine Revision problemrelevanter und dysfunktionaler kognitiver Schemata zu Gunsten funktionaler Einstellungen und Denkmuster
- Vorhandene Widersprüche und Inkongruenzen erkennen und klären.
- Einstellungen, Denkweisen und Handlungen werden hinsichtlich moralischer, normativer und zielgerichteter Angemessenheit abgewogen, ggf. revidiert.
- Betonung, Intensivierung und Entwicklung einer selbstverantwortlichen Entscheidungsfindung und –klärung; Stärkung der Eigenverantwortung.
- Selbständig alternative und funktionale Strategien zur Problemlösung entwickeln.
- Selbständiges ressourcenorientiertes Denken und Handeln fördern.

Neben dem grundsätzlichen Anwendungsgebiet der kognitiven Verhaltenstherapie, bietet sich der Sokratische Dialog in schwierigen Behandlungssituationen an, die durch eine Realitätsverklärung gekennzeichnet sind und bei einer konfrontativen Vorgehensweise eine zu große Beeinträchtigung der Therapeut – Patienten – Beziehung befürchten lassen; Ebenso bei ausgeprägten Vermeidungsstrategien, Widerständen neue Sichtweisen zu entwickeln. Vorteil: Der Patient attribuiert die Einstellungs- und Verhaltensänderungen auf sich und erlebt dies selbstwertfestigend.

Vorraussetzung: Die Behandlung erfolgt auf der Grundlage eines Störungsmodells, welches die funktionalen Zusammenhänge der Symptomatik erklärt und in einem Zusammenhang stellt.

Setting: Alle.

Funktionsweise: Der Patient soll durch konkrete Fragen eine neue, konstruktive Problem-sicht entwickeln. Stavemann³ (2006, 343ff) spricht in diesem Zusammenhang von einem „Zustand der inneren Verwirrung“. Hierdurch würde eine Bereitschaft zur Neuorientierung entstehen.

Auflistung einiger unterschiedlicher Frageformen:

- **Kernfragen:** Kernfragen fokussieren die dysfunktionale Annahme des Patienten, die sich ggf. in verschiedenen Lebenslagen finden lässt. (genereller Aspekt der Problematik)

Beispiel: Aus welchem Grund denken Sie, keinen Mann/Frau für eine Partnerschaft finden zu können?

- **Clusterfragen:** Clusterfragen fokussieren direkt einzelne Aspekten der dysfunktionalen Annahme des Patienten, die sich wiederum in verschiedenen Lebenslagen finden lassen.

Beispiel: Können Sie mir schildern, warum sie glauben als Mann/Frau wertlos zu sein?

- **Assoziationsfragen:** Assoziationsfragen verbinden zwei Überzeugungen, Situationskomponenten oder Erlebniseindrücke miteinander.

Beispiel: Ihre Verzweiflung keinen Partner zu finden, ähnelt Ihrer Angst von Leuten abgewertet zu werden, die Sie neu kennen gelernt habe?

- **Historische Fragen:** Historische Fragen verbinden Aspekte der gegenwärtigen dysfunktionalen Überzeugung mit welchen aus der Vergangenheit. (Achtung: Zunächst problem- und nicht lösungsorientiert!)

Beispiel: Besteht eine Ähnlichkeit zwischen Ihrer heutigen Angst, keinen Partner zu finden und der Angst, die Sie als Kind in der Schulklasse vor Ausgrenzung hatten?

- **Widerspruchsfragen:** Widerspruchsfragen sind auf unterschiedliche Reaktionen des Patienten bezogen. (Hinweis: Charakteristische Frage zum Ressourcenorientiertem Vorgehen)

Beispiel: Was haben Sie am Samstag zu sich gesagt, als Sie auf die Party gingen und sich mit einem Bekannten unterhielten, im Gegensatz zu letztem Monat, als Sie nicht zu dem Singeltreffen gingen?

- **Cirkuläre Fragen:** Cirkuläres Fragen kann auch im Rahmen des Sokratischen Dialogs eingesetzt werden. Ziel ist der Vergleich einer dysfunktionalen Überzeugung des Patienten mit der Perspektive (erahnte Überzeugung) einer wichtigen Bezugsperson.

Beispiel: Was würde Ihre Mutter denken, wenn sie Ihr sagen würden, `ich finde die nächsten Jahre keinen Lebenspartner`?

Stavemann (2006) unterscheidet drei unterschiedliche Formen Sokratischen Dialogs:

- **Explikativer** Sokratischer Dialog (Frage: „Was ist das?“)
Dient der Klärung konkreter Fragestellungen aus dem Alltag des Patienten. Der Dialog ist dann abgeschlossen, wenn sich eine funktionale Lösung ergibt.

Beispiel: Was ist für mich ein „wertvoller“ Partner? Wie beschreibe ich eine erfüllende Partnerschaft?

- **Normativer** Sokratischer Dialog: (Frage: „Darf ich das?“)
Geklärt werden sollen, ob bestimmte Einstellungen oder Handlungen des Patienten mit seinen ethisch – moralischen Überzeugungen zu vertreten sind. Sind die herangezogenen Normen und Wertmaßstäbe für die Entscheidungsfindung sinnvoll?

Beispiel: Darf ich mich bei der Partnersuche egoistisch verhalten?
Darf ich extreme Formen meiner Sexualität ausleben?

- **Funktionaler bzw. hedonistischer** Sokratischer Dialog: (Frage: „Soll ich das?“)
Mit dieser Form des Sokratischen Dialogs wird versucht zu klären, ob eine Einstellung oder Handlung mit übergeordneten Lebenszielen vereinbar ist oder nicht. Hierbei sind kurzfristige (vorübergehende) Ziele von längerfristigen (beständigen oder primären) Zielen zu unterscheiden.

Beispiel: Welche Vorgehensweise ist sinnvoll, um einen Partner zu finden?
Welche Alternative führt langfristig zu einer größeren Befriedigung in der Partnerschaft?

Problematisch ist, wenn

- der Patient in seinen Disputationsstil alleine gelassen wird und aus seinen „inneren Wirrungen“ nicht mehr herauskommt.
- der Therapeut eigene Ziele oder Bedürfnisse verfolgt und den Patienten (dogmatisch?) missionieren will.
- der Therapeut dem Patienten zu wenig Zeit lässt, um eigene Entwürfe zu entwickeln. Allgemein braucht die Methode des Sokratischen Dialogs ausreichend Zeit, ggf. pro Thema eine Therapiesitzung.
- der Therapeut die Dysfunktionalität der neuen Idee oder Perspektive nicht erkennt und diese durch einen Konflikt oder einer Selbstattribuierung bei dem Patienten zementiert wird.
- der Patient über das eigene Denken nicht reflektieren kann oder seine Denkweisen, Normen und Ziele nicht preisgeben will und damit letztendlich die Therapie sabotiert.

9. Krisenverhalten und Interventionen

Besteht eine Krise und ist dem Patienten in seinem Verhalten eine Grenze zu setzen oder ein sog. konfrontatives Feedback mitzuteilen, sind folgende Grundsätze zu beachten:

- **Auf „Beziehungskredit“, Leistungsgrenzen achten**
Frage: Wie viel Kritik oder konfrontatives Feedback lässt der Patient aktuell zu? Damit ist die Frage verbunden, wie viel Konfrontation ist möglich ohne den Patienten in irgendeiner Art und Weise zu überfordern?
- **Auf aktuelle Verfassung des Patienten achten**
Kann sich der Patient aufgrund seines Affektstatus mit Kritik auseinander setzen?
- **Persönliche versus distanzierte Ausdrucksweise**
Eine Kränkung oder der Eindruck einer Bedrängung kann durch eine distanzierte Ausdrucksweise gemildert oder verhindert werden.
- **Im Krisenfall gegebenes Feedback sollte den Anderen nicht analysieren.**
Hier geht es zunächst um eine Krisenbewältigung. Feedback in Krisensituationen bedeutet zunächst einmal nur Informationen zu geben und nicht den anderen zu verändern. Eine therapeutische Interventionen (Kognitive Umstrukturierung etc.) zur nachhaltigen Veränderung bestimmter Problembereiche kann erfolgen, wenn der Patient stabilisiert ist.
- **Feedback soll umkehrbar sein.**
Grundsätzlich gilt, der Therapeut sollte ruhig und durchaus wohlwollen auf (sachliche) Kritik reagieren. Erscheint das Feedback des Patienten beziehungsmotiviert, kann er dies im weiteren Verlauf thematisieren.
- **Feedback Regeln nach Antons (1998)**
 - eher beschreibend als bewertend oder interpretierend,
 - eher konkret als allgemein,
 - eher einladend als zurechtweisend,
 - eher verhaltensbezogen als charakterbezogen,
 - eher erbeten als aufgezwungen,
 - eher sofort und aktuell als verzögert und rekonstruierend,
 - eher klar und pointiert als verschwommen und vage,
 - eher durch Dritte überprüfbar als auf dyadische Situationen beschränkt.

Weiter ist zu unterscheiden, in welchen Bereichen die Krisensituation besteht:

1. (akute) Krisensituation außerhalb der Therapeut – Patient - Beziehung.
2. Krisensituation als Störung der Therapeut – Patient - Beziehung.

1. (akute) Krisensituation außerhalb der Therapeut – Patient - Beziehung

Kohut (1992) führte aus, dass Patienten mit einem narzisstischen Persönlichkeitsstil (oder Störung) den Therapeuten als ihren „Beschützer“ ansehen. Diesen Appell vermitteln auch Patienten mit anderen Persönlichkeitsstilen oder Störungen. Der Appell kann ausdrücken:

- Ergreife meine Partei, auch - oder gerade dann –, wenn ich fehl gehandelt habe.
- Berate mich oder gebe mir Tipps, wie ich mich dem Konfliktpartner gegenüber verhalten soll.
- Bestätige mich in meiner Konfliktposition und meine Einstellungen.
- Klage und verklage mit mir den Kontrahenten. Solidarisiere dich mit mir gegen ihn.

Problematisch ist, dass Interventionen, die eine Reflektion oder eine Perspektivenübernahme bezwecken wollen, aversiv ggf. feindselig ausgefasst werden und in der Regel viel „Beziehungskredit kosten“. Der Patient erlebt die Beziehung zum Therapeuten als unsicher. Er wird möglicherweise dem Therapeuten unterstellen, dass er sein Leistungsvermögen in Zweifel zieht, im schlimmsten Fall bei seiner Domäne.

Therapeutisches Vorgehen: Interventionen, die den Aufmerksamkeitsfokus auf das Leistungsvermögen und Ressourcen des Patienten lenken.

- Wie hat er frühere – ähnliche Probleme gelöst?
- Welche Fähigkeiten helfen ihm, den Konflikt zu lösen?

2. Krisensituation als Störung der Therapeut – Patient - Beziehung

Eine Krisensituation lässt sich als Zielkonflikt zwischen Therapeut und Patient beschreiben (vgl. Fiedler 2000, Sachse, 2001, Grawe 2004). Aufgrund dieser Modellannahme sollte der Therapeut zunächst versuchen mit dem Patienten eine Klärung über die Beziehungsstörung zu erzielen (Metakommunikation).

Interventionsbeispiel:

- „Was macht es für Sie so schwierig auf meine Frage einzugehen?“
oder *nachhaltiger* und begründet argumentiert:
- „Ich habe die Frage (... Thema) zum dritten Mal gestellt, was ist für Sie so schwierig daran, auf meine Frage einzugehen?“
oder *alternativ* „... sich auf dieses Thema einzulassen?“

Auch hier sollte der Therapeut die oben genannten Grundsätze berücksichtigen. Eine Störung der Therapeut – Patienten – Beziehung bedeutet eine Unterbrechung des therapeutischen Prozesses; jedoch auch eine Ressource, weil die Beziehungsproblematik aktuell und im „Hier und Jetzt“ bearbeitet werden kann. Gelingt es dem Therapeuten mit dem Patienten in ein Gespräch über die Kommunikation im Rahmen der Therapeut – Patient – Beziehung zu kommen, ist die Störung verbalisierbar:

Die Unterschiede

- im Erleben und der Emotionalität,
- in der Motivation und Intention und deshalb
- in der Zielsetzung

können explizit besprochen werden. Können beide unterschiedlichen Zielvorstellungen konvergieren oder lassen sich Tolleranzen herausbilden? Der Therapeut sollte versuchen die Position des Patienten nachzuvollziehen. Wenn in diesem Zusammenhang häufig von „Verstehen“ die Rede ist, dann im Sinne eines Nachvollziehens, plausibel machen. Verstehen ist nicht das Synonym für akzeptieren.

Interventionsbeispiel:

- „Gibt es etwas, was Sie sich jetzt von mir wünschen?“
- „Ich sehe, wir haben hier eine unterschiedliche Einstellung. Lassen Sie uns mal versuchen, wie wir eine gemeinsame Arbeitsgrundlage hinbekommen und wie Sie von der Therapie profitieren können?“

Personenzentrierte Verantwortungszuweisung, „Therapeutischer Dreisatz“ nach Fiedler (2000)

Gesprächsstrategie zum Zweck, therapeutische Krisen zu beheben. Fiedler (2000, 310ff) benennt folgende Zielsetzungen:

- Reflektion der eigenen Positionierung mit der Option, den aktuellen Stand beizubehalten oder - „selbstverantwortlich“ - neue Handlungen auszuführen.
- Eine Verantwortungsübernahme ist für das eigene Tun immer gegeben. Deshalb sind auch die antizipierten Konsequenzen selbst zu verantworten.

- Unterscheidung und Verdeutlichung der Unabhängigkeit des handelnden Therapeuten vom Patienten. Damit wird auch die Mitverantwortung des Patienten für den therapeutischen Prozess ausgedrückt.
- Personenzentriert meint, eine Übereinstimmung (bzw. Konsensfähigkeit) zwischen Therapeut und Patient über die Selbst- und Mitverantwortung des therapeutischen Prozesses, insbesondere der Therapeut – Patient – Beziehung.
- Besteht eine unterschiedliche Zielbestimmung in der Behandlung, sind Therapeut und Patient gemeinsam für die Divergenz verantwortlich. Die unterschiedlichen Ziele sollten explizit transparent gemacht werden. Hierdurch erhielten therapeutische Krisen Sinn und Inhalt.

Der „therapeutische Dreisatz“ besteht aus drei Schritten:

- 1. Schritt:** Der Therapeut deutet in einer empathisch – verstehenden Art und Weise das Verhalten des Patienten (vgl. Verstehen der propositionalen Beutung der Patientenäußerungen, im Sinne von Sachse, 1992). Die Sinndeutung sollte positiv konnotiert sein und orientiert sich an der Motivstruktur des Patienten. Explizit sollte der Therapeut die Bedürfnisse, also zu welchem Zweck und mit welchem Ziel sich der Patient so verhält, verbalisieren.
- 2. Schritt:** Offenlegung der therapeutische Vorgehensweise und Zielsetzung. Dabei sollte der Therapeut die Position des Patienten annehmen und nicht abwerten: Keine Bewertung oder Deutung. Dem entgegen setzt er seine Ziele, Planung und Vorgehensweisen. Fiedler spricht in diesem Zusammenhang von „Konfrontation“ als eine alternative (therapeutisch-) konstruktive Problemlösung. Die therapeutische Vorgehensweise kann mit der des Patienten konvergieren oder sich deutlich unterscheiden. In diesem Fall sollte der Therapeut seine Position dem Patienten nicht aufoktroieren.
- 3. Schritt:** Der Patient soll mit seiner Entscheidung auf seine zuvor geäußerten Zielsetzung – die positiv konnotiert wurde - (mit-) verpflichtet werden. Er soll (Mit-) Verantwortung für das weitere Geschehen in der therapeutischen Behandlung und die damit verbundenen Konsequenzen übernehmen.

Die Anwendung des therapeutischen Dreisatzes setzt voraus, die Motive und Bedürfnisse des Patienten anzuerkennen. Eine Contraindikation besteht, wenn

- ethische Grundsätze, insbesondere des Therapeuten verletzt werden,
- eine gravierende psychische Instabilität besteht: Suizidneigung, Neigung zu aggressiven oder gewalttätigen Impulsdurchbrüchen, psychotisches Erleben, Suchtmittleinfluss,
- Verlust der Einsichtsfähigkeit.

Kriseninterventionen mit gegensätzlicher Komplementarität

Komplementäre Verhaltensweisen sind nicht immer zweckmäßig. Vermittelt der Patient in seinem Verhalten und in seinem Affekt

- gegenüber dem Therapeuten eine kritische oder feindselige Haltung (die Kritik kann durchaus gerechtfertigt sein),
- gegenüber dem Therapeuten Liebesbekundungen oder sexuelle Anspielungen,
- die Absicht einer Fremd- oder Selbstschädigung vornehmen zu wollen,
- oder allgemein, wenn der therapeutische Rahmen massiv verletzt wird,

ist ein zur Verhaltensebene gegensätzlich komplementäres Verhalten angezeigt. Sachse (1996) spricht in diesem Zusammenhang auch von **Komplementarität zur Motivebene**, Fiedler (2000, 320) von **antithetisches Vorgehen** oder oppositioneller Komplementarität.

Beispiel:

- Greift ein Patient seinen Therapeuten an, sollte dieser seine Emotionen, Intentionen und die Planung transparent machen.
- Äußert ein Patient gegenüber seinem Therapeuten Liebesbekundungen, sollte er die grenzüberschreitende Annäherung klar und deutlich begrenzen („Ich liebe Sie nicht!“).
- Äußert ein Patient gegenüber seinem Therapeuten die konkrete Planung jemanden oder sich zu schädigen, ist er hiervon abzubringen („Kann ich nicht zulassen.“).
- Kommt der Patient regelmäßig zu spät oder gar nicht, ist dies zu thematisieren und die therapeutischen Bedingungen zu hinterfragen.

10. Emotional – instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline – Persönlichkeitsstörung)

Konzeptbildung und –veränderung

Das Störungsbild wurde in der ersten Hälfte des 20-ten Jahrhunderts im wesentlichen durch Ausschlusskriterien anderer psychischer Krankheiten (Schizophrenie und Neurose) gebildet, eine „Grenzfalldiagnose“, um „Randphänomene im Grenzbereich“ von schizophrenen zu neurotischen Störungsbildern zu fassen (Fiedler, 2001): „Als–Ob-Patient“ (Deutsch, 1942), „pseudoneurotische Schizophrenie“ (Knight, 1953). Die Konzeptbildung erfolgte in der psychiatrischen und psychoanalytischen Forschung („*doppelte Elternschaft von Psychiatrie und Psychoanalyse*“, Rohde-Dachser, 1986) und es entstanden verschiedene Konzepte, die erst mit der Einführung der Borderline – Diagnose in den beiden großen psychiatrischen Diagnosesystemen begannen, langsam zu konvertieren.

Wichtige Arbeiten zur Konzeptbildung legten

- Gunderson et al, *Borderline Persönlichkeitsstörung* (1978, 1989),
- Kernberg, *Borderline – Persönlichkeitsorganisation* (1967, 1983, 1988), Konstitutionsbedingte Unfähigkeit zur Affektregulation in Beziehungen. Präädipaler Störungskomplex mit der Manifestation des Abwehrmechanismus „Spaltung“.
- Linehan, *Dialektisch Behavior Therapie, DBT* (1987, 1989), affektives Vulnerabilitätskonzept mit dem Hauptsymptom „*selbstdestruktive Impulsivität*“. Beachtung von Umweltfaktoren, „*invalidierender Umgebung*“.
- Rohde-Dachser (1986) vor.

Erst mit dem DSM– III 1980, bzw. dem DSM-III – R von 1987 und wurde die Diagnose aufgenommen. Der erste Eintrag im ICD erfolgte in der zehnten Version von 1991 und umfasst zwei Subtypen.

Wichtig: Der Begriff Borderline-Störung - ist wie jede andere psychische Störung – auf Konzept bezogen und keine Entität. Zukünftig werden weitere Differenzierungen zu weiteren Störungsbildern erfolgen und eine weitere konzeptionelle Veränderung erfolgen.

Symptombereiche:

- **Affekte und Emotionen**
 - Fehlen eines ganzheitlichen Erlebens gegensätzlicher Affekte.
 - Affektinstabil und geringe Affekttoleranz: Grundlegende Störung seinen Affekt zu modulieren. Dies führt zu extremen Affektausprägungen und –schwankungen, so wie zu einer mangelnden Regulation von Gefühlen. Es besteht eine grundlegende Verunsicherung über seinen eigenen emotionalen Status. Ausweg: Eine Validierung der eigenen Emotionalität findet über die emotionale Reaktion anderer statt. Eigene Empfindungen oder eigenes Erleben wird (zunächst) unterdrückt.

- Mangelnde (kognitive) Impulskontrolle führt zu einem quälenden - durch einen negativen Affekt bestimmten - Zustand (u. a.: aggressives Spannungserleben, Depersonalisierungen, Trance, Gefühlsverlust). Folge: Selbst- aber auch fremdschädigendes Verhalten:
 - Selbstschädigendes und parasuizidales Verhalten („Schnibbeln“), ist durch das Erleben von Erleichterung und Entspannung motiviert. Problem: Direktes Kontrollerleben, negative Verstärkung und leichte Habituation, deshalb sehr veränderungsresistent (vgl. DSM-IV, 1994 und ICD-10, 1991).
 - Fremdschädigendes Verhalten geht einher mit heftiger Wut und führt zu offener oder verdeckter Gewalt. Eigene Verantwortung wird externalisiert.
 - Hohe Sensitivität, die zu sofortigen und extremen emotionalen Reaktionen führt (Linehan, 1989a).
 - Stimmungsreaktiv: Nach einer Krise verläuft die Rückkehr zur Grundstimmung verzögert und bei ungeklärten Konflikten besteht die Gefahr einer positiven Rückkoppelung oder einer lang andauernden Ärgerreaktion. Die dysphorische Verstimmung (Bedrückt, schnell reizbar, ängstlich, freudlos) kann zeitweilig offen demonstrativ zur Schau getragen werden (DSM-IV, 1994).
 - Unterschiedlich stark ausgeprägte zwanghafte Denk- und Verhaltensweisen.
- **Kognitive Verarbeitungsprozesse**
 - Das Handeln wird durch den Affekt - weniger durch das Gefühl - bestimmt. Handlungsbestimmend sind kurzfristige affektivbesetzte Bedürfnisse oder Ziele. Folge: Instabile Beziehungsformen, Abbrüche, Desorientierung und massive Selbstwertkrisen.
 - Dysfunktionale kognitive Schemata (in sensu A. Beck, Freemann et al., 1989):
 - Verabsolutiertes, dichotomes Denken, (vgl. Konzept der „Spaltung“)
 - unrealistische Übergeneralisierung oder Abwertung (Normierung)
 - unrealistische selektive Verallgemeinerung
 - Starke Oszillation zwischen Idealisierung und Abwertung.
 - Die Aufmerksamkeit ist häufig auf äußere Ereignisse gerichtet und es besteht quasi eine ständige Alarmbereitschaft. Hierdurch werden eigene Sensationen weniger berücksichtigt und kognitive Ressourcen gebunden.
 - Unter psychischer Belastung (Retraumatisierung, Erleben von Crowding etc.) werden vereinzelt dissoziative (Körper-) Empfindungen, bis hin zur völligen Dissoziation einzelner Körperteile beschrieben. Gunderson und Singer (1975) beschreiben kurzzeitige psychotische Episoden als Stressreaktion, die nach kurzer Zeit voll reversibel seien und keiner Regelmäßigkeit folgten.
 - **Identitätsproblematik**
 - Problem sich selbst (sicher) zu definieren und eigene Bewertungen vorzunehmen. Folge: Chronische „innere Leere“ (DSM-IV, 1994).
 - Dipolare Ausprägung seines Selbstbildes: Allmachtvorstellungen und völlige Entwertung (vgl. Kernberg, 1983).
 - Dysfunktionale Grundannahmen über sich selbst und der Welt:
 - „Die Welt ist gefährlich und feindselig.“
 - „Ich bin unfähig in dieser Gesellschaft zu leben. Hier ist für mich kein Platz.“ Damit zusammenhängend besteht die Schwierigkeit Lebensziele zu bilden und zu verfolgen.
 - Interaktionelle Rollenunsicherheit. Schwanken zwischen verschiedenen Rollen.
 - Durch die Identitätsdiffusion, der dysfunktionalen kognitiven Schemata und der Impulsivität ist (anamnestisch) oft ein potentiell selbstschädigendes Verhalten zu beschreiben: z. B. Verschwendung, Glücksspiel, Substanzmissbrauch, extreme Sexpraktiken, leichtsinniges Fahren, Essverhalten (DSM-IV, 1994).

- **Beziehungsverhalten**

- Häufig intensive und zeitlich instabile Beziehungen, die durch eine extreme Polarisierung zwischen Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet sind (DSM-IV, 1994).
- Extreme dichotome Bewertung von Interaktionspartnern: entweder stark idealisierend oder feindlich gesinnt. Hierdurch unangemessenes, intensives stark emotionalisiertes Beziehungsverhalten: z. B. starke Wut, Aggression oder „Liebeswahn“.
- Schwierigkeiten, die Intentionen und Erwartungen anderer zu antizipieren.
- Für Interaktionspartner ergibt sich häufig die Schwierigkeit einen unvermittelten Wechsel des Gefühlszustands nicht mitzubekommen. Dem entgegen halten die Betroffenen häufig starr an bestimmten Einstellungen fest.
- Mehr oder weniger stark ausgeprägte Tendenz zu paranoiden Vorstellungen. Aber in der Regel von einer paranoiden Erkrankung zu unterscheiden.
- Verzweifeltes Bemühen um Beziehungsaufbau, Nähe und ein Verlassenwerden zu verhindern (DSM-IV, 1994).
- Häufig sozial angepasst, jedoch in Krisensituationen impulsiv, durch den Affekt bestimmt und deshalb häufig niedrig sozial erfolgreich (Gunderson & Kolb, 1978).
- Bestrebt, durch Handlungsstrategien bestimmten Personen einen Schaden oder einen Nutzen zuzufügen. Instrumente: u. a. positive oder negative Kontrolle der Beziehung, Intrigen, Verleumdung).

Prävalenz

Nach Weissman, 1993) schwanken die Angaben in Felduntersuchungen von 1,1 bis 1,8 Prozent. Kernberg(1984) geht von bis zu 15 Prozent bei psychiatrischen Patienten aus. Fiedler (1998, 4. Aufl.) weist darauf hin, dass in den 80ziger Jahren die Bereitschaft der Ärzte zugenommen hat, die Diagnose „Borderlinestörung“ zu vergeben.

Differenzialdiagnostik

Häufig liegen komorbide Krankheitsbilder vor.

In einer Studie von Spitzer (1979) wiesen 54 Prozent der Patienten mit einer „Boderline-Persönlichkeitsstörung“ auch eine schizotype Persönlichkeitsstörung auf. Eine differenzialdiagnostische Unterscheidung ist auch zur narzisstischen, schizoiden, und histrionischen Störung oft schwierig. Nach Fiedler (1998, 4. Aufl.) kann es sich auch bei dieser Persönlichkeitsstörung um eine Grundsymptomatik der dissoziativen Identitätsstörung handeln. Schließlich ist eine Komorbidität zwischen einer dissozialen und einer emotional – instabilen Persönlichkeitsstörung von besonderer Problematik.

Bei der Konzeptbildung in den letzten Jahrzehnten ist deutlich die Tendenz zu erkennen, weg von einer präpsychotischen Störung und hin zu einer affektiven (depressiven) Impuls- und Stimmungsstörung.

Kontroversen

- Ist die Emotional-Instabile Persönlichkeitsstörung eine Persönlichkeitsstörung oder eine chronifizierte Belastungsstörung? Gehört die Emotional-Instabile Persönlichkeitsstörung in die Gruppe der affektiven Störungen?
- Ist die Emotional-Instabile Persönlichkeitsstörung eine definierte psychische Störung oder ist aufgrund der heterogenen Symptomatik eine weitere Differenzierung erforderlich?
- Gehören psychische Störungen in Folge einer Traumatisierung zur Polysymptomatik der Emotional-Instabilen Persönlichkeitsstörungen? Oder sind Borderline - Persönlichkeitsstörung und chronische Belastungsstörung (in Folge) einer Traumatisierung zwei unterschiedliche Störungsformen?

11. Narzisstische Persönlichkeitsstörung unter dem Gesichtspunkt der Beziehungsstörung

Nach Sachse (2001) sind in der Biographie zentrale Beziehungsmotive traumatisiert oder frustriert worden. So das Bedürfnis nach

- Anerkennung – auch ohne großartige Leistung -,
- Solidarität (insbesondere in Krisensituationen),
- Zuwendung (verlässliche Beziehungen) und
- Autonomie.

Das Selbstbild der Person ist negativ geprägt. Die Ausbildung eines Selbstvertrauens misslang, wodurch im Erwachsenenalter immer wieder Krisen entstehen. Narzisstische Krisen oder Kränkungen beruhen auf eine generelle – gefühlte - Ablehnung der Person und eben nicht auf eine situationsbezogene Kritik. Nach Sachse (unveröffent. Skript, S 12) besteht weniger einer Leistungsmotivation, als vielmehr eine Anerkennungsmotivation.

Die traumatisierten sozialen Motive und die damit verbundenen Einstellungen bleiben auch im Erwachsenenalter bestehen und bestimmen im Wesentlichen das Beziehungsverhalten. So sind für diese Person

- *Anerkennung* und *Zuwendung* von anderen (für Leistung) zu erhalten sowie
- *Solidarität* und *Verlässlichkeit* in einer Beziehung zu erleben, zentrale soziale Motive.

Ausgebildet wurden selbst- und beziehungsbezogene Schematas, die folgende Eigenschaften ausdrücken:

- Beziehungsfatalismus („In Beziehungen wird man abgewertet und kritisiert.“),
- Autonomiebestreben („Vermeide es, kontrolliert zu werden oder abhängig zu sein.“)
- Testverhalten („Anderen kann man nur nach gründlicher Prüfung vertrauen“.)
- eine Selbstunsicherheit („Ich pack’ das eh nicht.“),
- einen Fatalismus („Mir kann man eh nicht helfen, ich bin ein Versager, Außenseiter.“),
- eine überzogene Stärke („Nur wenn ich den anderen zeige, wie stark ich bin, stehe ich das durch.“)
- eine Egozentrik („Man kann sich nur auf sich selber verlassen. Ich bestimme“),
- eine Regelsetzung („Ich bin hier der Souverän und ich sage Dir, du machst das.“),
- eine Selbstgrandiosität („ Ich bin etwas besonderes und verdiene einen besonderen Respekt.“),
- eine Territorialität („Das ist mein [Sitz]platz und ich bestimme hier.“)
- eine besondere Kritikempfindlichkeit („ Warum macht der mich den wieder an?“),
- eine selbstlegitimierte Feindseligkeit („ Die Mitpatienten sind doch alles Ärsche.“)
- eine geringe Bereitschaft, sich anderen gegenüber anzuvertrauen.

Eine Veränderung (Akkommodation) des in der Biographie entstandenen negativen Selbstbildes (eher perzeptuell - affektiv) mit aktuellen positiven Selbstüberzeugungen (eher konzeptuell - kognitiv) gelingt nicht. Ein quasi *Doppeltes Selbstkonzept* wird ausgebildet. Insbesondere in Krisen werden eigene Kompetenzen und Ressourcen abgewertet. Konflikte zwischen kontroversen Selbstüberzeugungen sind häufig und oft fortdauernd („ Bin ich wirklich ok?“) Sachse prägte in diesem Zusammenhang den Begriff „Mogelpackungs-Syndrom“.

Eine kurzfristige Lösung ergibt sich durch eine *doppelte Handlungsstrategie*: Personen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstruktur lernen, sich Zuwendung zu „verdienen“ und Anerkennung zu „erkaufen“. Damit erfährt sie zwar nicht *als Person wichtig* zu sein, aber sie erlangt Lob, Anerkennung oder Aufmerksamkeit durch ihr Verhalten. Da das primäre Motiv weiterhin unerfüllt bleibt (Traumatisierung), werden kompensatorische nachgeordnete Motive (strategisch) angestrebt, die kurzfristig Lob, Anerkennung etc. verschaffen. Damit ist ein Cir-

culus vitiosus gegeben. Langfristig bleiben die Selbstunsicherheit, die Konflikte erhalten und diese Handlungsstrategie wirkt schädlich auf das soziale Umfeld.

Eine Kompensation der Selbstwertdefizite erfolgt durch bestimmte Strategien, um Anerkennung zu erhalten, andere für die eigenen Ziele einzuspannen oder Kontrolle auszuüben:

- Das Leistungsvermögen in der eigenen Domäne wird grenzenlos verfolgt (Selbstausschöpfung).
- Ein besonderer gesellschaftlicher oder milieubezogener Status wird angestrebt (Soziale Anerkennung).
- Das soziale Umfeld wird angehalten, fortlaufend eine besondere Attraktivität, Bedeutung zu attestieren. Manipulierende Handlungsstrategien werden strategisch verwendet.
- VIP-Status: Patienteneinstellung: „Es ist gerechtfertigt, dass andere für mich mehr tun, als ich für andere. Ich erwarte gegenüber anderen bevorzugt zu werden, insbesondere in der Behandlung.“
- Eine Anteilnahme an dem Leben oder Leid anderer geschieht zweckgerichtet (*Fokussierte Empathie*).
- Bezogen auf die Behandlung: Patienten sind in der Behandlung zu Beginn *bestätigungsorientiert* und nicht *veränderungsorientiert*.

Images: Stellen den überzogenen Selbstwert heraus („Ich bin besser als andere!“)

Appelle: Richten sich an andere Anerkennung zu geben oder sich solidarisch etc. zu zeigen.

Manipulation: Handlungsstrategien zum Erreichen der eigenen Ziele.

Test: Sehr häufig. Akzeptiert der Therapeut den Patienten als Experten-Kollegen?

Behandlungsansätze:

- Aufbau eines tragfähigen, vertrauensvollen Arbeitsbündnis in der Behandlung: *Beziehungskredit*. Der Patient darf sich nicht defizitär bewertet fühlen. Nach Kohout (1968) beansprucht er in der Therapeut – Patienten – Beziehung einen Schutz und von seinem Therapeuten eine Unterstützung.
Problem: Sehr eingeschränktes Konfrontationsvermögen. Deshalb, den Patienten so wenig wie möglich defizitär beschreiben.
- Komplimentäres Beziehungsverhalten zu den traumatisierten sozialen Motiven.
- Zentrale soziale Motive sind zu erkennen, zu klären und authentische Handlungsweisen zu erlernen. Der Patient sollte lernen, dass ein Teil seines Problems aufgrund eigener dysfunktionaler Denk- und Handlungsweisen besteht. Damit wird er zum Teil seines Problems. (Umwandlung einer ich-syntonen in eine ich-dystone Störung).
- Auch besteht das Ziel, eine Verhaltenskontrolle bestimmter Verhaltensautomatismen aufzubauen.
- Lebensbereiche sind aufzubauen, in denen sich der Patient anerkannt und selbstsicher fühlt und beurteilt wird.

12. Literaturliste Persönlichkeitsstörungen

- Beck, A. T.,** Freemann, A. u. a. Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Weinheim, 1993.
- Benjamin, L. S.** Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders (2nd ed.). New York.
- Casper, F.** Beziehungen und Probleme verstehen. Bern, 2. Aufl., 1996.
- Fiedler, P.** Persönlichkeitsstörungen (4 Aufl.). Weinheim, 1998.
- Fiedler, P.** Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen, 2000.
- Fonagy, P.** Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M., Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart, 2004.
- Grawe, K.** Psychologische Therapie. Göttingen, 1999.
- Herpertz, S.** Muss das Konzept „Persönlichkeitsstörungen“ revidiert werden? In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 34 (2), 2006, 83 – 85.
- Hilgers, M.,** Psychotherapeutische Behandlung antisoziale Persönlichkeiten. In: Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie, 8 Jg., Heft 2, 2004, Seite 109 – 122.
- Kernberg, O. F.,** Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. (dtsh., 3. Aufl.) Frankfurt a. M., 1988. (org. amerikanisch 1975).
- Kernberg, O. F.,** Dulz, B., Sachsse, H.-O., Handbuch der Borderline-Störung. Stuttgart, 2000.
- Kohut, H.** Narzissmus, Frankfurt a. M. (dtsh.,8. Aufl.) Frankfurt a. M., 1992. (org. amerikanisch 1971)
- Krischer, M.,** (et al.) Persönlichkeitsmerkmale im Kindes- und Jugendalter: Konzepte, methodische Ansätze und empirische Ergebnisse. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 34 (2), 2006, 87 – 100.
- Lasar, M.,** Trenckmann, U. (Hrsg.) Persönlichkeit und psychische Erkrankung. Dortmund, 2002.
- Leichsenring, F.** Borderline – Stile. Denken, Fühlen, Abwehr und Objektbeziehung von Borderline - Patienten. Bern, 1996.
- Livesley, J** (Hrsg.) Handbook of Personality Disorders. Theory, Ressarch, and Treatment. New York, 2001.
- Pukrop, R.** Auf dem Weg zum DSM – V: Neue Ansätze zur Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie. (Im Druck)
- Rauschfleisch, U.** Allmacht und Ohnmacht. Das Konzept des Narzissmus in Theorie und Praxis. Bern, 1987.
- Rohde – Dachser, C.** Borderline-Syndrom (4. Aufl.). Bern, 1986.
- Sachse, R.** Persönlichkeitsstörungen. Göttingen, 1997.
- Sachse, R.** Histrionische und Narzisstische Persönlichkeitsstörungen. Göttingen, 2002.
- Sullivan, H. S.** Die interpersonelle Theorie der Psychiatrie. Frankfurt a. M. 1980.
- Young, J. E.,** Klosko, J. S., Weishaar, M. Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn, 2005.

Zeitschriften:

- Regelmäßig: **Persönlichkeitsstörungen**, Theorie und Therapie. (PTT), Schattauer – Verlag, Stuttgart.
- Unregelmäßig, aber Themenhefte: **Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis**. dgvt – Verlag, Tübingen.
- Unregelmäßig, aber mit Bezug zur Kinder und Jugendpsychiatrie: **Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie**. Hans Huber – Verlag, Bern.

Udo Raum
 (Psychologischer Psychotherapeut)
 10/2007