



Rainer Sachse

Persönlichkeits- störungen

Leitfaden für die
Psychologische Psychotherapie

3., aktualisierte und erweiterte Auflage

 hogrefe

Persönlichkeitsstörungen

Rainer Sachse

Persönlichkeits- störungen

Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie

3., aktualisierte und erweiterte Auflage



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

Copyright-Hinweis:

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

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

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

Umschlagabbildung: © Fotolia.com / Kushnirov Avraham
Satz: Mediengestaltung Meike Cichos, Göttingen
Format: PDF

3., aktualisierte und erweiterte Auflage 2019

© 2004, 2013 und 2019 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2906-9; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2906-0)

ISBN 978-3-8017-2906-6

<http://doi.org/10.1026/02906-000>

Nutzungsbedingungen:

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

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

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

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

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

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

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

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

1	Wesentliche Grundkonzepte von Persönlichkeitsstörungen	1
1.1	Einleitung	1
1.2	Der Begriff „Persönlichkeitsstörung“	2
1.3	Stil und Störung	3
1.4	Das Stellen von Diagnosen	3
1.5	Ressourcen	4
1.6	Persönlichkeitsstörungen als Beziehungsstörungen	5
1.7	Unterschiede zu Achse-I-Klienten	5
1.8	Expertise der Therapeuten	6
1.9	Die Relevanz von DSM und ICD	6
2	Charakteristika von Persönlichkeitsstörungen	8
2.1	Einleitung	8
2.2	Ich-Syntonie	8
2.3	Änderungsmotivation	9
2.4	Klienten sind stark beziehungsmotiviert	9
2.5	Interaktionsspiele	10
2.6	Tests	11
2.7	Probleme für die Therapeuten	11
3	Ein allgemeines psychologisches Funktionsmodell für Persönlichkeitsstörungen	14
3.1	Einleitung	14
3.2	Das Modell der Doppelten Handlungsregulation	14
3.2.1	Einleitung	14
3.2.2	Die Ebene der authentischen Handlungsregulation oder Motivebene	16
3.2.3	Dysfunktionale Schemata	19
3.2.4	Die Ebene der intransparenten Handlungen oder Spielebene	22
3.3	Manipulation und Spiel	29
3.3.1	Einleitung	29
3.3.2	Der Begriff der Manipulation	30
3.3.3	Der Begriff „Spiel“	31

3.3.4	Manipulative Strategien im Lichte der Impression-Management-Forschung	31
3.4	Manipulation: Psychologische Begriffbestimmung	35
3.4.1	Definition von Manipulation	35
3.4.2	Reziprozität	36
3.5	Ziele und prinzipielle Vorgehensweisen bei der Manipulation	39
3.5.1	Ziele der Manipulation	39
3.5.2	Strategische Ziele	39
3.5.3	Images und Appelle	40
3.5.4	Inhaltliche Ziele	43
3.6	Manipulative Strategien	45
3.6.1	Komplexe Spielstrukturen	45
3.6.2	Positive und negative Strategien	46
3.6.3	Standardspiele	48
3.7	Eine Konsequenz auf der Motivebene: Andauernde Unzufriedenheit ...	54
3.8	Das Verhältnis von authentischem Handeln zum Spielhandeln	55
3.9	Langfristig negative Konsequenzen	55
3.10	Das System ist nicht lernfähig	56
3.11	Tests	58
4	Diagnostische Charakteristika von Persönlichkeitsstörungen	61
4.1	Einleitung	61
4.2	Beziehungsmotive	61
4.3	Dysfunktionale Schemata	62
4.4	Kompensatorische Schemata	62
4.5	Interaktionsspiele	63
4.6	Allgemeines Modell und spezifische Störungen	64
5	Therapeutische Strategien für Klienten mit Persönlichkeitsstörungen	65
5.1	Einleitung	65
5.2	Klärungsorientierte Psychotherapie	65
5.3	Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen: Therapiephasen	68
5.4	Therapeutische Strategien für Phase 1	69
5.4.1	Modellbildung	69
5.4.2	Komplementäre Beziehungsgestaltung	70
5.4.3	Explizierung der Beziehungsmotive	79
5.4.4	Steuern und Internalisieren	80
5.4.5	Verstehen und Klären	82
5.4.6	Bearbeiten von Vermeidung	83
5.4.7	Bestehen von Tests	83

5.4.8	Ressourcen-Aktivierung	84
5.5	Therapeutische Strategien in Phase 2	84
5.5.1	Entwicklung eines Arbeitsauftrages	84
5.5.2	Beziehungskonto wieder füllen	90
5.5.3	Klären	91
5.5.4	Biographische Arbeit	91
5.5.5	Umgang mit Vermeidung	92
5.6	Therapeutische Strategien in Phase 3	93
5.6.1	Klärung von Schemata	93
5.6.2	Bearbeitung von Alienation	93
5.7	Therapeutische Strategien in Phase 4: Bearbeitung von Schemata	96
5.8	Therapeutische Strategien in Phase 5: Transfer	99
6	Arten von Persönlichkeitsstörungen	101
6.1	Einleitung	101
6.2	„Reine“ und „hybride“ Persönlichkeitsstörungen	101
6.3	Nähe- und Distanzstörungen	103
6.4	Unterschiede zwischen Nähe- und Distanz-Störungen	104
6.4.1	Vertrauen und Beziehungsaufnahme	104
6.4.2	Affekte und Verarbeitungsprozesse	105
6.4.3	Therapeutische Konsequenzen	105
6.4.4	Forschungsstand	105
6.5	Weitere spezifische Therapieansätze	106
6.6	Überblick über die Störungen	107
7	Die narzisstische Persönlichkeitsstörung	112
7.1	Beschreibung und Typen der Störung	112
7.1.1	Die bisherige Definition: Erfolgreiche Narzissten	113
7.1.2	Diagnostik: DSM-Kriterien: Eine Definition erfolgreicher Narzissten	113
7.1.3	Überblick über empirisch validierte Charakteristika von Narzissmus	114
7.1.4	Therapeutische Erfahrungen	119
7.2	Die Definition der Störung „Narzissmus“	123
7.2.1	Definitionskriterien von Narzissmus	123
7.2.2	Erfolgreiche Narzissten	127
7.2.3	Charakteristika gescheiterter Narzissten	136
7.2.4	Erfolgreiche Narzissten	139
7.3	Therapeutische Vorgehensweisen	145
7.3.1	Einleitung	145
7.3.2	Allgemeine therapeutische Strategien für „Narzissmus“	145
7.3.3	Therapeutische Strategien für erfolgreiche Narzissten	160

7.3.4	Therapeutische Strategien für gescheiterte Narzissten	161
7.3.5	Therapeutische Strategien für erfolglose Narzissten	162
8	Die histrionische Persönlichkeitsstörung	165
8.1	Beschreibung der Störung und Störungstypen	165
8.1.1	Allgemeine Charakteristika	165
8.1.2	Empirische Befunde	165
8.1.3	Prävalenz und Geschlechterunterschiede	166
8.1.4	Verlauf	167
8.1.5	Komorbidität	168
8.2	Beschreibung	169
8.2.1	Erfolgreiche und erfolglose Histrioniker	171
8.3	Definition der histrionischen Störung	172
8.3.1	Zentrale Beziehungsmotive	172
8.3.2	Dysfunktionale Schemata	173
8.3.3	Kompensatorische Schemata	174
8.3.4	Manipulation	176
8.3.5	Tests	178
8.3.6	Besonderheiten	179
8.3.7	Erfolgreiche und erfolglose Histrioniker	182
8.4	Therapeutische Strategien	185
8.4.1	Therapeutische Strategien in Phase 1	185
8.4.2	Therapeutische Strategien in Phase 2	191
8.5	Therapeutische Strategien in Phase 3	196
8.5.1	Klärungsprozess	196
8.5.2	Explizierung durch den Therapeuten	196
8.5.3	Trojanische Pferde	197
8.5.4	Biographische Arbeit	197
8.6	Therapeutische Strategien in Phase 4	198
8.7	Phase 5: Transfer	198
8.8	Bearbeitung von Alienation	199
8.9	Therapeutische Strategien bei erfolglosen Histrionikern	199
9	Die dependente Persönlichkeitsstörung	203
9.1	Therapeutische Probleme	203
9.2	Beschreibung der Störung	204
9.3	Empirische Befunde	204
9.4	Relevante Charakteristika	207
9.5	Definition der dependenten Persönlichkeitsstörung	208
9.5.1	Beziehungsmotive	208
9.5.2	Dysfunktionale Schemata	209

9.5.3	Kompensatorische Schemata	210
9.5.4	Manipulative Strategien	210
9.5.5	Tests	212
9.5.6	Besonderheiten	212
9.6	Therapeutische Strategien	217
9.6.1	Therapeutische Strategien in Phase 1	217
9.6.2	Therapeutische Strategien in Phase 2	220
9.6.3	Therapeutische Strategien in Phase 3: Klären	223
9.6.4	Therapeutische Strategien in Phase 4	224
9.7	Transfer	225
10	Die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	226
10.1	Abgrenzung der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung von sozialer Phobie	226
10.2	Beschreibung der Störung	227
10.3	Charakteristika der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung	227
10.4	Definition der Störung	230
10.4.1	Zentrale Beziehungsmotive	230
10.4.2	Dysfunktionale Schemata	230
10.4.3	Kompensatorische Schemata	232
10.4.4	Spiele und Tests	232
10.4.5	Besonderheiten	233
10.5	Therapeutische Strategien	235
10.5.1	Therapeutische Strategien in Phase 1	235
10.5.2	Therapeutische Strategien in Phase 2	237
10.5.3	Therapeutische Strategien in Phase 3	237
10.5.4	Therapeutische Strategien in Phase 4	238
10.6	Transfer	241
11	Die passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung	242
11.1	Beschreibung und Charakteristika der Störung	242
11.1.1	Beschreibung	242
11.1.2	Charakteristika: Empirische Ergebnisse	244
11.1.3	Prävalenz und Komorbidität	245
11.2	Definition der Störung	245
11.2.1	Zentrale Beziehungsmotive	245
11.2.2	Dysfunktionale Schemata	246
11.2.3	Kompensatorische Schemata	249
11.2.4	Manipulation	250
11.2.5	Tests	252
11.2.6	Besonderheiten	252

11.3	Therapeutisches Vorgehen	255
11.3.1	Therapeutische Strategien in Phase 1	255
11.3.2	Therapeutische Strategien in Phase 2	258
11.3.3	Therapeutische Strategien in Phase 3: Klären von Schemata	259
11.3.4	Therapeutische Strategien in Phase 4: Bearbeitung von Schemata	260
11.3.5	Spezifische Interventionen	260
11.4	Transfer	261
12	Die schizoide Persönlichkeitsstörung	262
12.1	Beschreibung und Charakteristika der Störung	262
12.1.1	Beschreibung	262
12.1.2	Prävalenz und Komorbiditäten	264
12.1.3	Weitere Charakteristika	264
12.2	Konzepte der KOP	264
12.2.1	Zentrale Beziehungsmotive	265
12.2.2	Dysfunktionale Schemata	266
12.2.3	Kompensatorische Schemata	267
12.2.4	Manipulation	268
12.2.5	Tests	268
12.2.6	Besonderheiten	269
12.3	Therapeutische Vorgehensweisen	271
12.3.1	Therapeutische Strategien in Phase 1	271
12.3.2	Therapeutische Strategien in Phase 2: Umgang mit Spielebene und Tests	273
12.3.3	Therapeutische Strategien in Phase 3: Klärung der Schemata	273
12.3.4	Therapeutische Strategien in Phase 4: Bearbeitung der Schemata	274
12.3.5	Spezifische Interventionen	274
12.4	Transfer	275
13	Die zwanghafte Persönlichkeitsstörung	276
13.1	Beschreibung und Charakteristika der Störung	276
13.1.1	Beschreibung	276
13.1.2	Prävalenz und Komorbidität	278
13.1.3	Biographische Erfahrungen	278
13.2	Definition der Störung	283
13.2.1	Zentrale Beziehungsmotive	283
13.2.2	Dysfunktionale Schemata	284
13.2.3	Kompensatorische Schemata	285
13.2.4	Manipulation	287
13.2.5	Tests	287
13.2.6	Besonderheiten	288

13.3	Therapeutische Strategien	290
13.3.1	Therapeutische Strategien in Phase 1	290
13.3.2	Therapeutische Strategien in Phase 2	294
13.3.3	Therapeutische Strategien in Phase 3	296
13.3.4	Therapeutische Strategien in Phase 4: Bearbeitung von Schemata	297
13.4	Transfer	297
14	Die paranoide Persönlichkeitsstörung	298
14.1	Beschreibung und Charakteristika der Störung	298
14.1.1	Beschreibung	298
14.1.2	Prävalenz und Komorbidität	301
14.2	Definition der Störung	301
14.2.1	Zentrale Beziehungsmotive	301
14.2.2	Dysfunktionale Schemata	302
14.2.3	Kompensatorische Schemata	304
14.2.4	Manipulation, Images und Appelle	305
14.2.5	Tests	306
14.2.6	Besonderheiten	306
14.2.7	Nähe, Distanz und Bindung	307
14.2.8	Ich-Syntonie, Perspektive und Vermeidung	307
14.2.9	Kosten	308
14.3	Therapeutische Strategien	308
14.3.1	Therapeutische Strategien in Phase 1	308
14.3.2	Therapeutische Strategien in Phase 2	312
14.3.3	Therapeutische Strategien in Phase 3: Klären von Schemata	313
14.3.4	Therapeutische Strategien in Phase 4: Spezifische Interventionen	314
14.4	Transfer	315
	Literatur	316
	Endnoten	360

1 Wesentliche Grundkonzepte von Persönlichkeitsstörungen

1.1 Einleitung

Das Konzept „Persönlichkeitsstörungen“ (es wird hier dafür die Abkürzung „PD“ für „personality disorders“ gewählt) hat eine lange Geschichte, und das hat zur Folge, dass sich sehr unterschiedliche Vorstellungen dazu entwickelt haben; Vorstellungen, die z. T. weit voneinander abweichen und die kaum noch kompatibel sind¹.

Neuere Entwicklungen des Konzeptes gehen davon aus, dass man Persönlichkeitsstörungen nach zwei Aspekten erfassen sollte: Man sollte konzeptualisieren, was PD im Allgemeinen psychologisch sind, und zweitens genau definieren, was, auf der Grundlage dieses allgemeinen Konzeptes, einzelne PD ausmacht.² Solche Überlegungen wurden auch im DSM-5 aufgegriffen (APA, 2013).

Das hier vorgestellte Konzept von Persönlichkeitsstörungen verfolgt ein äquivalentes Vorgehen: Es wird ein allgemeines Modell über das „psychologische Funktionieren von Persönlichkeitsstörungen“ vorgestellt und, auf der Grundlage dieses Modells, werden die einzelnen Störungen definiert. Außerdem werden aus dem allgemeinen wie aus den spezifischen Modellen therapeutische Implikationen abgeleitet (vgl. Döring & Sachse, 2008a, 2008b, 2008c, 2017a, 2017b, 2017c).

Die Aufgabe dieses Buches soll jedoch nicht darin bestehen, die Konzeptentwicklungen nachzuzeichnen oder zu diskutieren: Die Aufgabe des Buches soll vielmehr darin bestehen, ein *bestimmtes Konzept* von Persönlichkeitsstörungen, nämlich das der Klärungsorientierten Psychotherapie (KOP), darzustellen. Zu diesem Zweck werden zunächst grundlegende Vorstellungen des Ansatzes über Persönlichkeitsstörungen deutlich gemacht, um aufzuzeigen, von welchen Vorstellungen hier ausgegangen werden soll.

* Hochgestellte Zahlen verweisen auf weiterführende Literaturangaben in den Endnoten auf Seite 360.

1.2 Der Begriff „Persönlichkeitsstörung“

Ursprünglich wurde davon ausgegangen, dass es Störungen gibt, die sehr umfassend, sehr tiefgreifend und sehr behandlungsresistent sind, und diese Störungen wurden deshalb als „Störungen der Gesamtpersönlichkeit“ (bzw. des „Charakters“) aufgefasst (vgl. Kernberg, 1978; Kretschmer, 1921; Schneider, 1923).

Nach heutigen psychologischen Analysen muss man immer noch davon ausgehen, dass diese Störungen *komplex* sind und dass die spezifischen psychologischen Konstellationen der Störungen diese immer noch relativ schwer behandelbar machen (vgl. Millon, 1996, 2011; O’Donohue et al., 2007): Man entfernt sich aber weitgehend von den Auffassungen, die Störungen als „Störungen der Persönlichkeit“ anzusehen. Vielmehr wird deutlich, dass die Merkmale, die eine PD charakterisieren, häufig auch schon in leichteren Ausprägungen vorkommen und dann als weitgehend „normal“ gelten: Und damit erscheinen dann „schwerere“ Ausprägungen nur noch als „Extremisierungen normal-psychologischen Geschehens“ (Fiedler, 2007; Fiedler & Herpertz, 2016) und damit als eine „Variation des Normalen“ und nicht mehr als „pathologisch“.

Damit hat eine weitgehende Tendenz zur „Entpathologisierung“ und „Normalisierung“ von „Persönlichkeitsstörungen“ eingesetzt: Weiterhin ist aber klar, dass die Störungen den Personen große *Kosten* erzeugen und dass es daher sinnvoll ist, sie therapeutisch zu behandeln; es ist aber auch wichtig, die Betroffenen *nicht* zu stigmatisieren. Wir (Sachse, Sachse & Fasbender, 2010, 2011; Sachse, Fasbender, Breil & Sachse, 2012) würden, anders als Emmelkamp und Kamphuis (2007), Persönlichkeitsstörungen damit auch *nicht* als eine „chronic psychiatric disorder [...] characterized by pathological personality traits“ auffassen. Ich halte es für unangemessen, von „pathologischen traits“ zu sprechen, und ich weiß auch nicht, was genau eine „psychiatric disorder“ sein soll: Da Persönlichkeitsstörungen sich gut *psychologisch* erklären und psychotherapeutisch behandeln lassen, sind sie aus meiner Sicht eine Domäne der *Psychologie*.

Es ist wesentlich, Persönlichkeitsstörungen als extreme Ausprägungen „normaler“ psychologischer Prozesse aufzufassen, die den betreffenden Personen so hohe Kosten erzeugen, dass eine Psychotherapie sinnvoll ist.

Und damit werden Klienten mit PD hier auch nicht als „infantil“, „unreif“, „pathologisch“, „schwer gestört“ oder als „charakterlich defizitär“ eingestuft oder bezeichnet: Es ist wichtig, von solchen Abwertungen wegzukommen. (Dies ist schon wichtig, um mit den Klienten eine gute therapeutische Beziehung zu gestalten!)

Im Grunde wäre es sinnvoll, auf den Begriff „Persönlichkeitsstörungen“ zu verzichten oder ihn durch den Begriff „Interaktionsstörung“ zu ersetzen. Da der Be-

griff sich aber weitgehend eingebürgert hat, kann man ihn weiter verwenden, wenn man weiß, was man damit meinen will und was nicht.

1.3 Stil und Störung

Damit in Zusammenhang steht die Auffassung, dass eine psychologisch definierbare Einheit wie z. B. eine narzisstische Persönlichkeitsstörung ein *Kontinuum* bildet, das von einem „leichten Stil“ bis zu einer „schweren Störung“ reicht (Kuhl, 2001; Kuhl & Kazén, 1997).

Personen mit einem leichten Stil weisen Charakteristika einer psychologischen Einheit in leichter Ausprägung auf und Personen mit einer schweren Störung weisen diese Charakteristika in einer massiven Ausprägung auf.

Eine wichtige Implikation dieser Sichtweise ist, dass es *keine eindeutigen Kriterien* dafür gibt, wann aus einem Stil eine Störung wird (deutlich ist, dass auch DSM- oder ICD-Kriterien vollkommen willkürlich und keineswegs empirisch validiert sind!): *Im Grunde gibt es keine empirisch validen Kriterien, die angeben könnten, wann genau aus einem Stil eine Störung wird.*³

Daher ist es im Psychotherapieprozess sinnvoll, jeweils *mit einem Klienten auszuhandeln*, ob der Klient seine Störung letztlich für so „störend“ hält, dass er eine Therapie für indiziert erachtet. Auf keinen Fall kann ein Therapeut einem Klienten eine Psychotherapie verweigern, weil er „nicht genügend Kriterien“ erfüllt; eine solche Vorgehensweise ist weder empirisch noch ethisch zu rechtfertigen.

1.4 Das Stellen von Diagnosen

Ein wichtiger Aspekt der „Entpathologisierung“ ist, dass man Diagnosen von PD *nicht* stellt, um Personen „abzustempeln“: Stellt man „offizielle“ Diagnosen (also solche, die an offizielle Stellen weitergeleitet werden), dann sollte man sich immer darüber im Klaren sein, dass diese durchaus gegen Klienten verwendet werden können und damit sollte man vorsichtig sein. Intern, d. h. in der Supervision, dienen Diagnosen aber ausschließlich dazu zu *verstehen*, was genau die Störung des Klienten ist, um dann konstruktiv mit dem Klienten umgehen zu können.

Der Sinn von Diagnosen ist ausschließlich, daraus sinnvolle therapeutische Maßnahmen ableiten zu können (Sachse, 2017a).

Daher ist es prinzipiell sinnvoll, dass ein Therapeut

- eine Diagnose vergibt,
- sich bewusst ist, dass diese immer eine mehr oder weniger gut belegte *Hypothese* ist, also eine „Arbeitshypothese für die Psychotherapie“,
- eine Diagnose möglichst früh im Prozess (und als „erste Hypothese“) erstellt,
- eine PD bei einem Klienten nie übersieht.

Und dann kann es durchaus sinnvoll sein, z. B. von „Narzissmus“ zu sprechen, obwohl der Klient lediglich einen „Stil“ aufweist: Denn es kann auch dann schon hilfreich sein, weil man auf Spiele, Motivationsprobleme etc. vorbereitet ist.

Allgemein ist es sinnvoll, einen Persönlichkeitsstil bzw. eine Störung im Therapieprozess zu berücksichtigen, d.h. also zu diagnostizieren und im therapeutischen Vorgehen zu berücksichtigen, wenn

- Aspekte des Stils oder der Störung dem Klienten Kosten bereiten, die er nicht will,

und/oder

- Aspekte des Stils oder der Störung in der therapeutischen Interaktion relevant werden, indem sie z.B. zu manipulativem Verhalten führen, das den Interaktionsprozess mit dem Therapeuten signifikant beeinflusst.

In aller Regel sind aber schon leichte Stile relevant, also sollten Therapeuten generell

- auf PD achten,
- PD *schnell erkennen und valide diagnostizieren* können,
- konstruktiv mit PD umgehen können.

1.5 Ressourcen

In den Konzeptionen von Persönlichkeitsstörungen geht man zunehmend weg von einer alleinigen Konzentration auf Defizite und hin zu einer Konzentration auf *Ressourcen*. So erkennt man zunehmend, dass PD immer auch bestimmte Ressourcen implizieren: Die Klienten sind aufgrund ihrer Schemata besonders sensibel für bestimmte Informationen, sie können bestimmte Handlungen sehr gut etc. Meist ist das Problem nicht, dass sie keine Ressourcen aufweisen, sondern dass sie ihre Ressourcen nicht konstruktiv einsetzen (können).

Und diese Ressourcen kann man therapeutisch gut einsetzen, wenn es darum geht, Schemata zu verändern, alternative Handlungsmuster zu entwickeln usw.: In den „Lösungsphasen“ der Therapie erweist sich diese Ressourcenorientierung als sehr hilfreich.

Und: Das Fokussieren auf Ressourcen bringt die Konzepte noch weiter weg von Tendenzen zur „Pathologisierung“ und Stigmatisierung.

Die Konzeption hat auch Konsequenzen für die Definition von *Therapiezielen*: Denn das Ziel „Heilung“ ist gar nicht sinnvoll (abgesehen davon ist es auch nicht realistisch erreichbar): Denn Klienten müssen viele ihrer Aspekte gar nicht aufgeben.

Klienten müssen oft nur lernen, ihre Ressourcen sinnvoller einzusetzen, und lernen, ihre Strukturen konstruktiv zu nutzen und unter ihre eigene Kontrolle zu bekommen.

Auch empirisch ist nicht damit zu rechnen, dass eine Psychotherapie eine Störung „beseitigt“: Sie macht aus einer Störung einen Stil, und das erhöht die Lebensqualität der Klienten schon beträchtlich.

1.6 Persönlichkeitsstörungen als Beziehungsstörungen

Wissenschaftliche Studien machen deutlich, dass ein zentraler Kernbereich von „Persönlichkeitsstörungen“ Probleme auf der Ebene von Beziehungen und Interaktionen sind (vgl. die Forschungsarbeiten bei Sachse, 2004a; Sachse, Sachse & Fasbender, 2010, 2011; Sachse, Fasbender, Breil & Sachse, 2011, 2012). Daher werden in vielen theoretischen Konzepten Persönlichkeitsstörungen zentral als *Beziehungs- oder Interaktionsstörungen* aufgefasst.⁴ Diese Auffassung wird auch im Konzept der Klärungsorientierten Psychotherapie (KOP) vertreten. Hier wird angenommen, dass PD zwar psychologisch komplexe Störungen sind, die viele psychologische Funktionsbereiche betreffen, dass jedoch der „zentrale Kern“ von PD eine Beziehungsstörung ist. Aus dieser Annahme kann letztlich auch abgeleitet werden, warum Klienten mit PD im Therapieprozess „schwierige Klienten“ sind: Sie bringen nämlich ihre interaktionellen Probleme in die therapeutische Beziehung mit.

1.7 Unterschiede zu Achse-I-Klienten

Aus den theoretischen Konzeptionen lässt sich auch gut ableiten, warum Klienten mit PD an Therapeuten ganz andere Anforderungen stellen als sogenannte „Achse-I-Klienten“ des DSM-IV (also Klienten, die z. B. Angststörungen aufweisen): Klienten mit PD realisieren von Anfang an andere Arten der Beziehungsgestaltung, reagieren anders auf therapeutische Interventionen und brauchen andere Arten psychotherapeutischer Strategien als Achse-I-Klienten.

Daher sind Klienten, die neben einer Achse-I-Störung noch eine komorbide PD aufweisen, mit Klienten mit einer „reinen“ Achse-I-Störung auch nicht vergleichbar.

Und somit sind auch Therapieergebnisse, die an „reinen“ Achse-I-Klienten gewonnen wurden, nicht auf Klienten mit PD übertragbar (vgl. Gouzoulis-Mayfrank et al., 2008).

1.8 Expertise der Therapeuten

Da Klienten mit PD *deutlich höhere Anforderungen an Therapeuten stellen*, benötigen Therapeuten für die Behandlung von Klienten mit Persönlichkeitsstörungen eine deutlich höhere Expertise als für die Behandlung von Achse-I-Klienten.⁵

Die Therapeuten müssen hier eine hoch flexible Beziehungsgestaltung beherrschen, sie müssen mit sogenannten „Tests“ umgehen können, sie müssen konfrontative Interventionen einsetzen können, mit manipulativem Interaktionsverhalten umgehen können, affektive Schemata bearbeiten können usw. Und vor allem müssen sie in der Lage sein, schnell eine PD zu erkennen und Hypothesen über die Art der Persönlichkeitsstörung zu bilden. Dies setzt die Fähigkeit zu einer schnellen und sicheren Informationsverarbeitung und Modellbildung voraus, erfordert hohes strategisches Wissen, schnelle Handlungsplanung und Interventionsbildung etc. (Sachse, 2006a, 2006b, 2006d, 2009a, 2013b; Sachse, Fasbender & Hammelstein, 2012).

1.9 Die Relevanz von DSM und ICD

Aus meiner Sicht erlauben die bisherigen Diagnose-Systeme DSM-IV (Saß et al., 1996), DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2015) und ICD-10 (Dilling et al., 1992) nur eingeschränkt eine Diagnose von Persönlichkeitsstörungen. Allerdings muss man davon ausgehen, dass Klienten mit Persönlichkeitsstörungen Charakteristika aufweisen, die eine Diagnose sehr erschweren, wie z. B.:

- hohes Misstrauen,
- damit: Tendenz, wenig von sich preiszugeben,
- starke Tendenz, Images zu produzieren,
- schlechte Repräsentation eigener Problemanteile etc.

Daher können „klassische“ Diagnose-Systeme immer nur „diagnostische Hypothesen“ liefern, insbesondere zu Therapiebeginn (vgl. Sachse, 2006a, 2006d; Sachse & Breil, 2011; Sachse, Sachse & Fasbender, 2011; Sachse, Fasbender, Breil & Sachse, 2012).

Darüber hinaus gibt es noch weitere Probleme mit DSM und ICD:

- Der Stand der psychologischen Konzeptentwicklung im Bereich von Persönlichkeitsstörungen wird von DSM und ICD nicht einmal ansatzweise zur Kenntnis genommen.
- Die Störungskriterien werden auf wenige reduziert, wobei *sehr viele* der inzwischen empirisch gesicherten Kriterien unberücksichtigt bleiben (siehe auch die Ausführungen in diesem Buch).
- Es werden keine *zentralen* Kriterien definiert, obwohl empirisch wie theoretisch deutlich ist, dass nicht alle Charakteristika gleich relevant sind.
- Wesentliche „Tiefen-Charakteristika“ wie Motive, Schemata etc. werden gar nicht berücksichtigt.
- Die Kriterien gehen nicht auf die vorherrschende Position ein, Persönlichkeitsstörungen als Beziehungsstörungen zu konzipieren.
- Die Kriterien dafür, ab wann eine Störung eine Störung ist, sind in keiner Weise empirisch validiert und vollkommen willkürlich; aus therapeutischer Sicht sind sie z. T. nicht nachvollziehbar.
- Die vom DSM angegebenen „Cluster“ sind unempirisch und fassen Störungen zusammen, die komplett heterogen sind und die weder theoretisch noch therapeutisch sinnvolle Muster bilden.

Das DSM-5 ist in diesen Hinsichten kaum ein Fortschritt; auch Persönlichkeitsstörungen nicht mehr zu definieren, kann sicher nicht als Gewinn betrachtet werden.

Aus meiner Sicht kann ein Therapeut die DSM- und ICD-Kriterien als nützliche Heuristiken verwenden.

Ich bin jedoch der Ansicht, dass es unsere Aufgabe als „Scientific practitioner“ ist, Störungen zu beschreiben, zu analysieren, zu verstehen und aufgrund unseres Verständnisses angemessen zu therapieren. Unsere Aufgabe ist nicht, sie zu normieren, Diskussionen zu erschweren und Entwicklungen zu hemmen. Daher sind aus meiner Sicht DSM und ICD *diagnostische Heuristiken*.

Als Ergänzung zum DSM können vor allem Ratingsysteme im Therapieprozess eingesetzt werden.⁶

Die Vorteile dieser Vorgehensweisen bestehen vor allem darin, dass sie auf konkretem Interaktionsverhalten des Klienten basieren, also berücksichtigen, wie der Klient handelt, nicht nur, was er inhaltlich äußert.

2 Charakteristika von Persönlichkeitsstörungen

2.1 Einleitung

Hier sollen, sozusagen als eine Art „advanced organizer“, wesentliche allgemeine Charakteristika von Persönlichkeitsstörungen zusammengefasst werden, auch in Unterscheidung zu Achse-I-Störungen: Die Frage ist also, was kennzeichnet Klienten mit PD und welche speziellen „Eingangsvoraussetzungen“ bringen die Klienten mit in die Therapie?

2.2 Ich-Syntonie

Auf den Aspekt der „Ich-Syntonie“ (Vaillant & Perry, 1988) hat speziell Fiedler (2007; Fiedler & Herpertz, 2016) aufmerksam gemacht: Eine Störung ist dann „ich-synton“, wenn wesentliche Aspekte der Störung von der betroffenen Person gar nicht als „störend“, als problematisch und damit als „änderungsbedürftig“ wahrgenommen werden; vielmehr werden diese Aspekte von der Person als „zum ich gehörig“, als „Teil der eigenen Identität“ wahrgenommen.

Dagegen ist eine Störung „ich-dyston“, wenn wesentliche Aspekte von der Person als „störend“ erlebt werden: Sie will diese Aspekte nicht und erlebt sie als fremd, als „änderungsbedürftig“.

Anders als Achse-I-Störungen, die meist ich-dyston sind, sind PD in der Regel ich-synton: Wie stark die Ich-Syntonie ist, hängt von der Art der Störung (z. B. ist die selbstunsichere Störung wenig, die zwanghafte PD sehr hoch ich-synton) und von der Stärke der Störung ab.

2.3 Änderungsmotivation

Von der Ich-Syntonie hängt stark das Ausmaß der Änderungsmotivation ab, mit dem Klienten in Therapie kommen: Änderungsmotivation ist die Tendenz, Aspekte der eigenen Person aktiv ändern zu wollen.

Änderungsmotivation impliziert,

- dass eine Person erkennt, dass ihr System ihr Kosten erzeugt,
- dass diese Kosten relevant sind und sie die Kosten nicht will,
- dass eine Veränderung Kosten reduzieren und Ziele erreichbar machen kann,
- dass sie die Kosten selbst erzeugt und dass sie die Ziele aktiv verfolgen muss (Sachse, Langens & Sachse, 2012).

Ist eine Störung ich-synton, dann kann eine Person zwar erkennen, dass sie Kosten hat und dass sie die Kosten nicht will, *sie erkennt aber nicht, dass sie die Kosten selbst verursacht.*

Und damit ist sie „kostenreduktionsmotiviert“, d.h. sie will, dass die Kosten reduziert werden, sie ist aber keineswegs geneigt, selbst etwas dafür zu tun. Oft ist sie sogar „stabilisierungsmotiviert“, d.h. sie will ihr System gerade nicht verändern, sondern „nur“ verhindern, dass es sie etwas kostet.

Dies bedeutet: Die meisten Klienten mit PD sind zu Beginn der Therapie im Hinblick auf Aspekte ihrer PD *nicht* ändigungsmotiviert.

Oder anders gesagt: Bei Klienten mit PD ist Änderungsmotivation *keine Ausgangsbedingung für Psychotherapie*, sondern Änderungsmotivation muss im Laufe der Therapie *geschaffen* werden. Und: Es ist eine zentrale Aufgabe der Psychotherapeuten, eine solche Änderungsmotivation zu schaffen (vgl. Sachse, 2009b, 2015b; Sachse & Langens, 2015; Sachse, Langens & Sachse, 2012).

Die Klienten können aber durchaus *therapiemotiviert* sein: Sie können motiviert sein, ihre Kosten zu reduzieren oder sie vom Therapeuten reduzieren zu lassen. Das Problem ist manchmal, dass Therapeuten diese Motivation tatsächlich für Änderungsmotivation halten, was aber nicht stimmt.

2.4 Klienten sind stark beziehungsmotiviert

Klienten mit PD weisen sehr starke Beziehungsmotive auf und kommen oft in Therapie, um vom Therapeuten diese Motive befriedigt zu bekommen. Aufgrund der starken Beziehungsmotivation und der starken Ich-Syntonie *kommen sie oft nicht in Therapie, um therapeutisch zu arbeiten*: Daher nehmen sie auch entspre-

chende Strategien von Therapeuten oft nicht an, was Therapeuten oft als „Sabotage“ erleben (vgl. Sachse, 1997a, 1999a, 1999b, 2006c, 2013b).

Die starke Beziehungsmotivation impliziert, dass Klienten mit PD oft primär in Therapie kommen, um vom Therapeuten bestimmte Arten von Beziehung angeboten zu bekommen, also um sich gewissermaßen eine bestimmte Art von Beziehung „abzuholen“.

Außerdem weisen viele Klienten mit PD ein hohes Ausmaß an Misstrauen allen Interaktionspartnern gegenüber auf: Solange der Therapeut nicht durch eine gute Beziehungsgestaltung Vertrauen aufbaut (oder, wie wir sagen: Beziehungskredit schafft), sind sie nicht zu einer therapeutischen Kooperation bereit.

Klienten können hier dann „Doppelbotschaften“ senden:

- „Mir geht es schlecht, ich brauche Hilfe, tun Sie was!“
- und*
- „Ich kann nichts machen, ich kann nicht mitarbeiten, es ist alles zu schwierig!“

Gehen die Therapeuten dann nach der Devise vor, „es muss etwas geschehen“, fahren sie die Therapie „vor die Wand“, weil die Klienten noch überhaupt nicht motiviert sind, sinnvoll therapeutisch mitzuarbeiten.

Aus der extremen Beziehungsmotivation resultiert, dass ein Therapeut als Erstes eine starke komplementäre Beziehungsgestaltung realisieren muss; erst dann, wenn er über ausreichenden „Beziehungskredit“ verfügt, kann er anfangen, gezielte therapeutische Strategien zu realisieren.

2.5 Interaktionsspiele

Personen mit PD realisieren mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit sogenannte „Interaktionsspiele“: d.h. sie verwenden intransparente, manipulative Handlungen in deutlich höherem Ausmaß als Personen ohne PD. Mit solchen manipulativen Handlungen, die man auch als „Interaktionsspiele“ (vgl. Tedeschi et al., 1973, 1985; Tedeschi & Norman, 1985; Tedeschi & Riess, 1981) bezeichnet, bringen sie Interaktionspartner oft in Probleme.

Wichtig ist es zu sehen, dass wir (Sachse, Sachse & Fasbender, 2011) „manipulative Handlungen“ an sich weder für problematisch noch für „ehrenrührig“ halten: Nach der „Impression-Management-Theorie“ (vgl. Mummendey, 1995; Tedeschi et al., 1985) ist „Manipulation“ *ein normales Interaktionsverhalten und ein Aspekt sozialer Kompetenz*. Das Problem ist nicht die Manipulation an sich, sondern das *Ausmaß* der Manipulation bzw. die „Dosis“: Mit einem hohen Ausmaß an manipulativem Handeln verärgert man langfristig Interaktionspartner.

Personen mit PD weisen ein recht hohes Maß an manipulativem Interaktionsverhalten auf: Sie realisieren dazu *Images* (d.h. sie produzieren bestimmte „Bilder“, Annahmen, Überzeugungen) von sich beim Interaktionspartner (IP), die keineswegs mit der „Realität“ übereinstimmen müssen! Und sie senden *Appelle*, d.h. sie veranlassen IP zu bestimmten Handlungen, ohne dass die IP diese „Manöver“ verstehen oder durchblicken (vgl. Sachse, 2004b, 2004c, 2007a, 2014a; Sachse & Sachse, 2006; Sachse, Sachse & Fasbender, 2010).

Klienten mit PD zeichnen sich nun dadurch aus, dass sie solche manipulativen Interaktionshandlungen nicht nur in hohem Ausmaß aufweisen, sondern dass sie diese auch *in die therapeutische Interaktion einbringen*: Sie verwickeln damit Therapeuten in Interaktionsspiele. Erkennen die Therapeuten dies nicht und/oder können sie nicht konstruktiv damit umgehen, können sie in große therapeutische Probleme geraten.

In welchem Ausmaß die Klienten ihre Therapeuten manipulieren, ist von der Art der Störung (Klienten mit histrionischer Störung manipulieren stark, Klienten mit selbstunsicherer Störung manipulieren nur schwach) sowie von der Stärke der Störung abhängig.

2.6 Tests

Klienten mit PD verwenden manchmal sogenannte „Tests“ (Silberschatz et al., 1989, 1990; Weiss et al., 1986): Tests sind Verhaltensweisen, mit deren Hilfe der Klient feststellen will, ob ein Therapeut „echt“ ist, ob er das Beziehungsangebot ernst meint, ob er zuverlässig ist u. ä.

Um das zu testen, wird der Therapeut z.B. kritisiert: Dem Klienten geht es aber nicht um Kritik, er will auch therapeutische Inhalte nicht mit dem Therapeuten diskutieren; er will „nur“ feststellen, wie der Therapeut damit umgeht. Besteht der Therapeut den Test, dann erhält er vom Klienten deutlich Beziehungskredit; „fällt der Therapeut aber durch“, dann kann es sein, dass der Klient die Therapie beendet.

Tests sind somit gewissermaßen „Nagelproben“ für die Therapie, und ein Therapeut sollte wissen, welche Arten von Tests auf ihn zukommen können und wie er sie bestehen kann.

2.7 Probleme für die Therapeuten

Aus den angegebenen Klienten-Charakteristika resultieren oft typische Probleme für Therapeuten.

1. Klienten mit Persönlichkeitsstörungen weisen meist zu Therapiebeginn keine „Änderungsmotivation“ auf: Sie sehen ihr Handeln meist nicht als problematisch an und haben keine Intention, ihre Struktur zu verändern.
2. Die Klienten weisen oft sogar eine „Stabilisierungsmotivation“ auf: Sie kommen oft in Therapie, um ihr System mit Hilfe des Therapeuten zu stabilisieren, d. h. sie machen Therapie, um ihr System *nicht* ändern zu müssen (Sachse, 2015b).
3. Therapeuten haben oft große Schwierigkeiten, dies zu erkennen; einerseits, weil es von den Klienten nicht explizit gemacht wird, und andererseits, weil die Therapeuten gar nicht wissen, wie man die Motivation der Klienten im Prozess analysieren kann.
4. Klienten mit PD sind oft beziehungsmotiviert: Sie kommen in Therapie, um eine bestimmte Beziehung angeboten zu bekommen.
5. Die Klienten sind aufgrund ihrer Stabilisierungsentention und ihrer Beziehungsmotivation zwar *zur Therapie motiviert*, sie sind aber *nicht* motiviert, an der *Veränderung* ihrer Annahmen, Motive, Ziele usw. zu arbeiten.
6. Strebt der Therapeut eine solche Bearbeitung an, wird er vom Klienten oft blockiert: Klienten verfügen über eine Reihe von Strategien, um Bearbeitung systematisch zu vermeiden und Therapeuten systematisch zu blockieren.
7. Kennt und versteht ein Therapeut diese Strategien nicht, fühlt er sich matt gesetzt, hilflos und reagiert oft ärgerlich auf den Klienten; seine Interventionen verschlimmern dann in aller Regel das Problem.
8. Klienten thematisieren ihre Beziehungsprobleme meist nicht; der Therapeut kann sie daher oft nur schwer erkennen. Er versteht dann nicht, dass das Problem des Klienten eben nicht nur aus „Panik“ o.ä. besteht, sondern dass es sich um ein massives Interaktionsproblem handelt.
9. Da ein Therapeut oft nicht erkennt, worum es sich bei dem Problem handelt und/oder keine geeigneten Interventionen hat, um das Problem deutlich zu machen, ist er hilflos, blockiert und langfristig frustriert.
10. Therapeuten konzentrieren sich dann oft auf die Probleme und Ziele, die die Klienten explizit angeben: z. B. Panik, Abhängigkeiten, Somatisierungsstörungen usw.
11. Der Therapeut wendet dann spezifische Methoden zur Behandlung dieser Störungen an und stellt fest, dass diese nicht so wirken, wie sie „normalerweise“ wirken (gar nicht oder sie verschlimmern das Problem oder es tauchen ständig neue Probleme auf oder der Klient wendet die Methode gar nicht an usw.).
12. Der Therapeut, der nur ein eingeschränktes Modell vom Klientenproblem hat, versteht diese inner-therapeutischen Probleme nicht; er kann sich nicht auf den Klienten einstellen; manchmal fordert er vom Klienten, dass sich dieser auf den Therapeuten/die Therapie einstellt; dies ist jedoch meist wenig erfolgreich.
13. Selbst wenn ein Therapeut erkennt, dass der Klient eine Persönlichkeitsstörung aufweist, dann weiß er sehr oft *nicht*, welche therapeutischen Konse-

quenzen daraus resultieren sollen, da er kein spezifisches Analyse- und Handlungs-Wissen für diese Klienten besitzt.

14. Auf diese Weise kann diesen Klienten sehr oft nicht effektiv therapeutisch geholfen werden.

Klienten mit Persönlichkeitsstörungen sind jedoch nicht nur deshalb schwierige Klienten, weil sie einige Eingangsvoraussetzungen nicht mitbringen, die sich für die Therapie als hilfreich erweisen. Das Hauptproblem für die Therapeuten besteht darin, dass die Klienten *Beziehungsprobleme* aufweisen und diese in der Beziehung zum Therapeuten aktuell in der Therapie „agieren“: sie thematisieren oder bearbeiten diese Probleme nicht, sie „leben“ diese Probleme in der Therapie. Damit wird der Therapeut unvermittelt, ohne dass er dies verhindern kann und oft auch ohne dass er dies richtig versteht, von einem „Partner in einem Therapieteam“ zu einem „Teil des Problems“.

Es ist daher bei der Entwicklung einer effektiven Therapiekonzeption für Klienten mit Persönlichkeitsstörungen von zentraler Bedeutung, *den Therapeuten Möglichkeiten zum Umgang mit den unmittelbar im Therapieprozess auftretenden Interaktionsproblemen* an die Hand zu geben. Eine effektive Therapie für diese Klienten muss daher in sehr hohem Ausmaß eine prozessorientierte, interaktionsorientierte Therapie sein.

3 Ein allgemeines psychologisches Funktionsmodell für Persönlichkeitsstörungen

3.1 Einleitung

In diesem Kapitel wird ein allgemeines psychologisches Funktionsmodell für Persönlichkeitsstörungen vorgestellt: Das Modell der Doppelten Handlungsregulation. Dieses Modell spezifiziert, welche psychologischen Variablen bei PD eine Rolle spielen, wie diese Variablen interagieren und welche Konsequenzen aus den Interaktionen resultieren.⁷ Das Modell der Doppelten Handlungsregulation stellt damit ein *theoretisches Rahmenmodell* für Persönlichkeitsstörungen dar.

3.2 Das Modell der Doppelten Handlungsregulation

3.2.1 Einleitung

Grundlage dieses Modells ist die Annahme, dass Persönlichkeitsstörungen als *Beziehungs- oder Interaktionsstörungen* aufgefasst werden können. Zwar sind Persönlichkeitsstörungen komplexe Störungen, die Handeln, Denken, Fühlen, spezifische Formen der Informationsverarbeitung usw. einschließen; dennoch kann man annehmen, dass dysfunktionale Überzeugungen über Beziehungen, dysfunktionale interaktionelle Intentionen, dysfunktionale Arten der Beziehungsgestaltung *den Kern* der Störung bilden (vgl. Abbildung 1).

Das Modell heißt Modell der „doppelten“ Handlungsregulation, weil davon ausgegangen wird, dass es *zwei* Handlungsebenen gibt:

- Die „Motivebene“ oder Ebene der authentischen Handlungsregulation;
- die „Spielebene“ oder Ebene der manipulativen oder intransparenten Handlungsregulation.

Auf der *Motivebene* folgt die Person ihren „tatsächlichen“ Motiven und Zielen, ihren „Annäherungszielen“, also solchen Zielen, deren Erreichung positive Af-

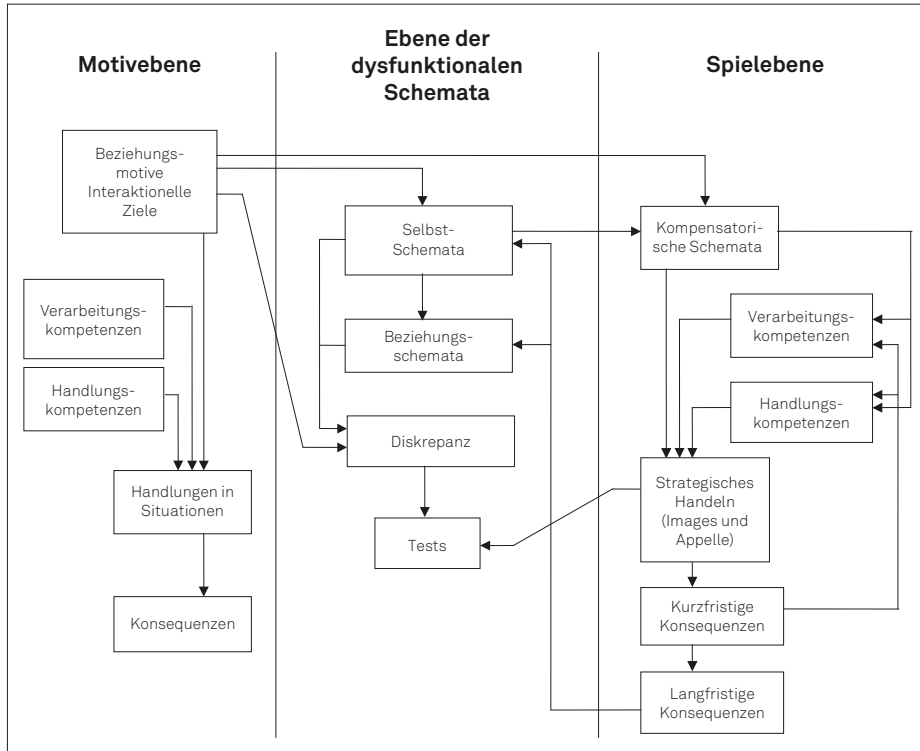


Abbildung 1: Das Modell der doppelten Handlungsregulation

fekte erzeugt und Zufriedenheit nach sich zieht. Diese Effekte befriedigen das Motiv und führen dazu, dass das Motiv langfristig „gesättigt“ wird und an Relevanz abnimmt.

Auf dieser Ebene handelt die Person auch „authentisch“, d. h. sie handelt so, dass ein Interaktionspartner ihre Ziele erkennen oder rekonstruieren kann: Die Person „meint was sie sagt“ und handelt so, dass ihr Handeln prinzipiell mit den Motiven in Einklang steht.

Auf der Spielebene verfolgt die Person bereits interaktionelle Ziele, die nicht die „wirklichen“ Motive abbilden, sondern explizite, oft fremdmotivierte Ziele im Sinne von Vermeidungszielen sind: Die Normen und Regeln bilden meist gar nicht das ab, was die Person „eigentlich“ möchte und was sie tatsächlich zufrieden stellt. Normen, das muss einem Therapeuten immer klar sein, sind Grundlagen extrinsischer Motivation (vgl. Deci, 1975, 1980; Deci & Ryan, 1980a, 1980b, 1982, 1985, 2000) und erfüllen damit auch alle psychologischen Charakteristika einer solchen Motivation.

Schon in diesem Sinne handelt die Person hier also nicht „authentisch“. Sie handelt auf dieser Ebene aber auch insofern nicht authentisch, als sie Interaktions-

partner auch täuscht: Sie sendet nämlich hier Images, und diese Images sind meistens entweder übertrieben oder schlicht unzutreffend. Indem sie den Interaktionspartnern aber solche Bilder „vormacht“, täuscht die Person die Interaktionspartner (mehr oder weniger) systematisch. Aufgrund des Images wird der Interaktionspartner dann durch die Appelle zum Handeln veranlasst: Da er dann aber die Images der Person „glaubt“ und annimmt, handelt er im Grunde aufgrund falscher Voraussetzungen: *Er wird dabei zu Handlungen veranlasst, die er ohne das Image (also ohne die Täuschung) möglicherweise gar nicht ausgeführt hätte.* Der Appell selbst, das muss man sehen, ist dann wieder transparent, d.h. dem Interaktionspartner wird (mehr oder weniger) deutlich mitgeteilt, was er tun oder nicht tun sollte.

Dies ist ein zentraler Aspekt manipulativen Handelns: Durch manipulatives Handeln soll ein Interaktionspartner zu Handlungen veranlasst werden, von denen der Manipulierende annimmt, dass er diese von sich aus nicht ausführen würde.

3.2.2 Die Ebene der authentischen Handlungsregulation oder Motivebene

Das Modell geht davon aus, dass eine Person schon als Kind oder Jugendlicher eine Reihe von *zentralen Beziehungsmotiven* aufweist, wie das Motiv nach Anerkennung, Wichtigkeit, Verlässlichkeit, Solidarität, Autonomie und Grenzen/Territorialität.⁸

Das *Motiv nach Anerkennung* ist das Motiv, von anderen (relevanten) Personen positives Feedback zu erhalten, also das Feedback zu erhalten, „ok“ zu sein, liebenswert zu sein, über positive Eigenschaften zu verfügen, als Person geschätzt zu werden.

Das *Motiv nach Wichtigkeit* ist das Motiv, im Leben einer anderen Person eine wichtige Rolle zu spielen und dies rückgemeldet zu bekommen: Man möchte für eine andere (relevante) Person eine Bedeutung haben.

Das *Motiv nach Verlässlichkeit* ist das Motiv, sich darauf verlassen zu können, dass eine Beziehung stabil, überdauernd und belastbar ist.

Das *Motiv nach Solidarität* ist das Motiv, dass man von einer anderen (relevanten) Person Hilfe, Unterstützung, Zuspruch, Schutz u.a. bekommt, wenn man dies benötigt.

Das *Motiv nach Autonomie* ist das Motiv, dass andere (relevante) Personen respektieren, dass man eigene Entscheidungen trifft, in wesentlichen Bereichen selbstbestimmt handelt und damit auch für sich selbst Verantwortung übernimmt.