

# PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG ALS INTERAKTIONSTÖRUNG: DER BEITRAG DER GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE ZUR MODELL- BILDUNG UND INTERVENTION

## Personality Disorders as Relationship Disorders

Rainer Sachse

### Zusammenfassung

In dem folgenden Beitrag werden Persönlichkeitsstörungen vorrangig als Beziehungs- oder Interaktionsstörungen aufgefasst. Aus theoretischen Annahmen der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie wird eine Theorie der Persönlichkeitsstörungen entwickelt, das „Modell der doppelten Handlungsregulation“, aus dem therapeutische Strategien und Interventionen abgeleitet werden.

### Schlüsselwörter

Gesprächspsychotherapie - doppelte Handlungsregulation

### Summary

In the present contribution personality disorders are discussed as relationship disorders. A theoretical model is presented in which it is assumed that persons suffering from personality disorders show a specific interactional behavior: The Model of Dual Action Regulation. Specific therapeutic principles and strategies are derived from this model.

**Keywords** client-centered therapy - dualactionregulation

## 1. Theorie

### 1.1. Persönlichkeitsstörungen als Beziehungsstörungen

Grundlage des hier vorgestellten störungstheoretischen Modells, das als „Modell der doppelten Handlungsregulation“ bezeichnet wird, ist die Grundannahme, 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 ist zu vermuten, dass dysfunktionale Überzeugungen über Beziehungen, dysfunktionale interaktionelle Intentionen, dysfunktionale Arten der Beziehungsgestaltung den Kern der Störung bilden (Sachse, 1999a). Fiedler (1994a) geht davon aus, dass es sich bei Persönlichkeitsstörungen „um komplexe Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens“ (S. 93) handelt. Auch Ecker (1996, S. 382) ist der Ansicht, dass es sich bei Persönlichkeitsstörungen immer auch um Störungen der zwischenmenschlichen Interaktion bzw. „Beziehungsstörungen“ mit „sozial unflexiblen und wenig angepassten Verhaltensauffälligkeiten“ handelt, die der Betreffende als ichsynton, d.h. zu sich gehörig, erlebt (vgl. auch Fiedler, 1993, 1994b, 1994c, 1994d, 1995; Schmitz, 1996; Schmitz et al., 1996).

Die Auffassung, dass es sich bei Persönlichkeitsstörungen um Beziehungsstörungen handelt, setzt sich zunehmend durch. Im DSM-IV (Saß et al., 1996) nehmen Merkmale der Be-

ziehungsgestaltung und Interaktion bei der Definition von Persönlichkeitsstörungen einen zentralen Stellenwert ein. Benjamin (1987, 1992, 1996) wendet das SASB-Modell auf Persönlichkeitsstörungen an. Benjamin (1993) entwickelt den Ansatz zu einer systematischen interaktionellen Theorie der Persönlichkeitsstörung weiter. Dabei arbeitet sie für jede einzelne Persönlichkeitsstörung eine interpersonale Interpretation aus und erweitert die DSM-IV-Kriterien systematisch um interaktionelle Aspekte. So lautet z.B. die interaktionelle Interpretation der histrionischen Persönlichkeitsstörung (S. 174): „Es gibt eine starke Furcht davor, ignoriert zu werden, zusammen mit einem starken Wunsch, von einer anderen, mächtigeren Person geliebt und versorgt zu werden, wobei diese Person durch Charme und Attraktivität („entertainment skills“) kontrollierbar sein soll. Eine Grundhaltung von freundlichem Zutrauen wird begleitet durch heimliche Strategien, die andere zwingen, der Person die gewünschte Fürsorge und Liebe zu geben. Unangemessen verführerisches Verhalten und manipulative Selbstmordversuche sind Beispiele für solche Nötigungen.“ Das hier vorgestellte psychologische Störungsmodell der Persönlichkeitsstörung geht grundsätzlich von einem interaktionellen Verständnis aus: Persönlichkeitsstörungen werden verstanden als komplexe Interaktionsstörungen, als Störungen der interaktionellen Regulation.

## 1.2. Das Modell der doppelten Handlungsregulation

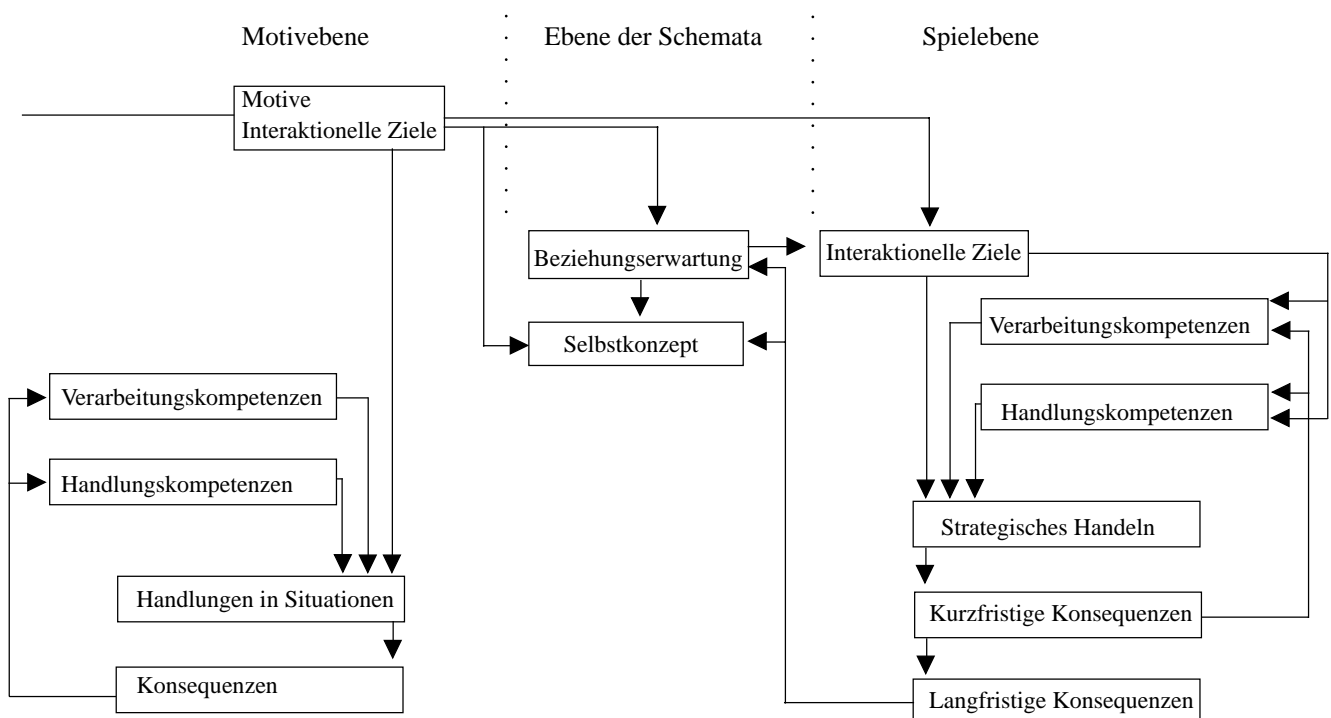
### 1.2.1. Überblick

Das hier beschriebene Handlungsmodell ist ein Modell *interaktionellen Handelns*: Es beschäftigt sich mit Intentionen und Handlungen, die auf andere Personen gerichtet sind (Sachse, 1999a). Es beschäftigt sich mit Motiven, die durch interaktionelles Handeln befriedigt werden können, für deren Befriedigung demnach *Beziehungen* zu anderen Personen erforderlich sind. Es beschäftigt sich mit *interaktionellen Intentionen* (also mit Intentionen, Handlungsabsichten, die auf andere Personen gerichtet sind) und mit *interaktionellen Handlungen* (also Handlungen, die auf andere Personen abzielen); Handlungen, mit denen die Person etwas für eine andere Person tut oder mit denen sie erreichen will, dass eine andere Person etwas für *sie* tut. Das Modell beschreibt dabei zwei unterschiedliche Ebenen von Interaktionen: eine Ebene, die als „Motivebene“ und eine, die als „Spielebene“ bezeichnet werden soll. Diese beiden Ebenen enthalten unterschiedliche interaktionelle Ziele, interaktionelle Strategien und interaktionelle Handlungen. Die „Motivebene“ beschreibt die „normale“ oder „authentische“ Handlungsregulation: Hier weist die Person interaktionelle Ziele auf, die sie in für einen Partner transparente Handlungen umsetzt, welche dann zur Realisierung der Ziele mehr oder weniger effektiv sind. Dabei sind der Person übergeordnete Motive (z.B. wichtig sein) meist selbst nicht repräsentiert; interaktionelle Ziele („Was will ich von einer Person?“, z.B. „Ich will ernst genommen werden“) sind der Person jedoch meist repräsentiert oder gut zugänglich. Umgesetzt werden diese Ziele dann in Handlungen, aus denen ein Interaktionspartner dann die Ziele wieder erschließen kann (z.B. „Bitte hör mir mal zu“).

Die „*Spielebene*“ dagegen enthält interaktionelle Ziele, die mit Hilfe von Handlungen verfolgt werden, die *intransparent* sind: Der Interaktionspartner kann nur schwer erkennen, worum es der Person geht; er wird zu Handlungen veranlasst, die seinen interaktionellen Motiven nicht entsprechen, kann sich jedoch nicht in angemessener Form dagegen abgrenzen. Will die Person z.B. Aufmerksamkeit, sagt sie: „Mir geht es so schlecht“ (und nicht in transparenter Weise: „Ich möchte, dass du darauf achtest, wie es mir geht“): Der Partner wird zum Handeln gezwungen (wenn er nicht als „herzlos“ gelten will), kann aber nur schwer rekonstruieren, worum es dem Partner „eigentlich“ geht.

Das Modell enthält außerdem eine „*Ebene der Annahmen*“ oder „*Ebene der Schemata*“: Diese soll verdeutlichen, dass interaktionelles Handeln einer Person von Grundannahmen gesteuert wird, die die Person über sich selbst oder ihre Wirkung auf andere hat, z.B. die Annahme „Ich bin nicht wichtig“, „Beziehungen sind nicht verlässlich“ o.Ä. Sie soll auch verdeutlichen, dass interaktionelles Handeln und seine Konsequenzen auch auf diese Grundannahmen zurückwirken: Wenn ich von mir annehme, dass ich nicht liebenswert bin und sich eigentlich keine Person für mich interessieren kann, dann folgt daraus, dass ein „normales“ Interaktionsverhalten erfolglos sein wird. Wenn ich mich authentisch verhalte, werde ich abgelehnt oder nicht beachtet. Die „Lösung“ liegt dann darin, dass ich mich nicht mehr authentisch verhalte, dass ich meine Ziele tarne und versuche, Interaktionspartner zur „manipulieren“. Wenn ich damit Erfolg habe, z.B. dadurch, dass ich Aufmerksamkeit erhalte, ändert dies jedoch mein Selbstkonzept kaum, da ich nicht als „Person“ Aufmerksamkeit erhalte, sondern „nur“ aufgrund meines Verhaltens. Werde ich dagegen abgelehnt oder weiterhin ignoriert, bestätigt das hingegen meine Annahmen voll: es passiert genau das, was ich vorausgesagt habe. Die Ebene der Annahmen ist daher in dem Modell wesentlich und stellt auch einen wesentlichen therapeutischen Ansatzpunkt dar.

Abbildung 1: Das Modell der doppelten Handlungsregulation



### 1.2.2. Motivebene

Die „Motivebene“ zeigt die „normale“ Regulation interaktionellen Handelns. In der Beschreibung dieser Regulationsebene folge ich hier weitgehend theoretischen Vorstellungen des „Motivations-Emotions-Regulationsmodells“ von Sachse (1999b) sowie Vorstellungen der vertikalen Verhaltensanalyse oder „Plananalyse“ (Caspar, 1986, 1989). Es wird hier davon ausgegangen, dass eine Person eine Reihe interaktioneller Grundbedürfnisse hat, wie z.B. das Bedürfnis nach Anerkennung, das Bedürfnis, als Person geliebt und geschätzt zu werden, das Bedürfnis nach Autonomie u.Ä. Diese interaktionellen Grundbedürfnisse stellen die höchste Hierarchieebene interaktioneller Motive dar. Die Erfüllung interaktioneller Motive und Pläne ist für die Person von zentraler Bedeutung. In der Hierarchie niedriger liegende Ziele sind diesen interaktionellen Bedürfnissen untergeordnet und dienen letztlich der Realisation der übergeordneten Motive. Die übergeordneten Motive werden konkretisiert in interaktionellen Zielen, der nächst-niedrigen Ebene der „Pläne“ bis hin zu konkreten Interventionen in Bezug auf bestimmte Personen, z.B. dem Ziel, von einer bestimmten Person eine bestimmte Art von Anerkennung und Zuwendung zu erhalten usw.

Interaktionelle Ziele bilden damit eine Hierarchie von relativ globalen, abstrakten, weiten Zielen (z.B. „Anerkennung erhalten“) bis zu ganz konkreten, auf Handlung bezogenen Intentionen („Zeige dich kompetent, um Anerkennung zu erhalten“). Dabei „vernetzen“ die Ziele immer stärker, je tiefer sie in der Hierarchie stehen: Konkrete Intentionen dienen in aller Regel nicht nur einem übergeordneten Motiv, sondern stehen oft mit mehreren Motiven in Zusammenhang. So kann die Intention „Zeige dich kompetent, um Anerkennung zu erhalten“ dem Motiv „akzeptiert werden“ dienen, aber auch dem Motiv „autonom sein“ (vgl. hier die Ausführungen von Caspar, 1986, 1989; Grawe, 1987, 1988; Grawe und Caspar, 1984).

Zur Umsetzung von Intentionen in konkrete Handlungen sind Kompetenzen notwendig: Die Person weist dabei in mehr oder weniger großem Ausmaß *Verarbeitungs- und Handlungskompetenzen* auf, konkrete Handlungen auszuführen, die der Erreichung solcher Ziele dienlich sind.

Immer geht man aber davon aus, dass das Handeln Motive reflektiert oder, „diagnostisch“ gesprochen, dass aus dem Handeln prinzipiell auf die Motive geschlossen werden kann. Es wird damit ein *authentisches* Handeln angenommen: Die Person hat nicht (durchweg und prinzipiell) die Intention, ihre Ziele zu verbergen oder sie zu tarnen. Die Handlungsregulation auf der Motivebene ist damit eine *authentische Handlungsregulation*.

### 1.2.3. Ebene der Schemata

Um das komplexe Interaktionsverhalten von Personen mit sog. Persönlichkeitsstörungen zu verstehen, muss man jedoch über die Betrachtung des „normalen“ Interaktionsverhaltens hinausgehen. Man kann davon ausgehen, dass es neben den normalen, transparenten und reziproken Interaktionsmustern noch andere Arten von Interaktionsverhalten gibt: Neben der „normalen“, authentischen Handlungsregulation, so wird hier angenommen, gibt es noch eine zweite Handlungsregulations-

ebene, die nach anderen Prinzipien funktioniert.

Grundlage dieser zweiten Ebene der Handlungsregulation sind bestimmte, aus der biografischen Erfahrung der Person stammende Grundannahmen der Person.

Diese Grundannahmen beziehen sich vor allem auf zwei Bereiche:

- Annahmen über das Selbst, vor allem im Hinblick auf andere
- Annahmen über Beziehungen

Diese Ebene der Grundannahmen wird vor allem von Beck und Freeman (1993) in ihrer kognitiven Konzeption von Persönlichkeitsstörungen behandelt.

Macht eine Person in ihrer Biografie konsistent die Erfahrung, nicht wichtig zu sein (z.B. durch Rückmeldungen wie „Du störst“, „Es wäre besser, es gäbe dich gar nicht“, „Ohne dich hätte ich Karriere gemacht“ u.a.), so hat diese Erfahrung, so kann man annehmen, verschiedene Konsequenzen:

- Einerseits wird das Beziehungsmotiv „wichtig sein“ frustriert; das Motiv wird durchweg über lange Zeit nicht befriedigt. Motivationstheoretisch ist aber zu vermuten, dass frustrierte Motive hoch in der Motiv-Hierarchie bleiben und damit das aktuelle Verhalten in hohem Maße determinieren (Kuhl, 1983).

Dies bedeutet, dass „Wichtigkeit“ ein zentrales Beziehungsmotiv der Person bleibt und damit zu einem starren Motivsystem führt, bei dem andere wesentliche Motive der Person in der Realisation „zu kurz kommen“, was zur Ausbildung allgemeiner, für die Person jedoch schwer identifizierbarer Unzufriedenheit führt (Brunstein, 1993; Brunstein et al., 1995; Brunstein und Schultheiß, 1996).

- Zum anderen führt diese Erfahrung zur Ausbildung negativer Beziehungen und Selbst-Schemata.

Die Person schließt einmal aus der konsistent negativen Rückmeldung, dass sie selbst nicht wertvoll für andere ist, anderen „nichts zu bieten“ hat. Sie schließt weiterhin, dass sie auch in anderen Beziehungen nicht wichtig sein wird, nicht ernst genommen werden wird, keinen Einfluss haben wird u.a.

- Damit befindet sich die Person aber in einem massiven Dilemma: Sie weist ein starkes, konsistentes Motiv auf, wichtig zu sein, und gleichzeitig eine Überzeugung, als Person nicht wichtig sein zu können.

### 1.2.4. Spielebene

Für dieses Dilemma bietet nun die Handlungs-Regulations-ebene der Interaktionsspiele die Lösung: Die Person kann in ihrem Bezugssystem die Erfahrung machen, dass sie zwar als Person nicht wichtig genommen wird, dass sie jedoch für bestimmte Arten von Verhaltensweisen durchaus Aufmerksamkeit erhalten kann: z.B. wenn sie besonders lustig, unterhaltsam, sexy o.Ä. ist.

Die Person lernt somit, durch bestimmte Handlungsstrategien in die Lage zu kommen, bestimmte Arten von interaktionellen Zielen zu erreichen.

Somit kann die Person, auch in dem Interaktionssystem, in dem sie als Person keine Wichtigkeit erlangen kann, durch bestimmte Handlungen durchaus Aufmerksamkeit auf sich lenken: Sie kann somit etwas tun, um etwas zu bekommen, und erlangt so Kontrolle zurück.

Die Kosten dieser Kontrolle sind jedoch hoch:

- Die Person kann weiterhin nicht erreichen, als Person wichtig zu sein. Denn einerseits lässt sich dazu kein Interaktionspartner zwingen: Er lässt sich lediglich dazu veranlassen, der Person für bestimmte Handlungen Aufmerksamkeit zu geben.

Der Person ist dies auch deutlich. Sie weiß, dass sie die Aufmerksamkeit für Verhalten bekommt und gar nicht als Person gemeint ist. Damit wird aber das zentrale Beziehungsmotiv Wichtigkeit gar nicht befriedigt. Es bleibt weiterhin hoch in der Motiv-Hierarchie und blockiert das Motiv-System.

- Sie erhält für ihr Handeln zwar Aufmerksamkeit, und das ist angenehm und verstärkt immer wieder das Handeln (bekräftigt also somit das Handeln und erhält es so aufrecht); der Befriedigungseffekt ist jedoch, da das zentrale Motiv Wichtigkeit damit gar nicht befriedigt wird, nur partiell und nur von kurzer Wirkung.

Die Person muss das Handeln immer wieder ausführen, um einen Befriedigungseffekt zu erzielen, und der Effekt ist nie völlig befriedigend (wie eine Klientin treffend sagte: „Man ist hungrig und bekommt etwas Leckeres zu trinken; es macht kurze Zeit auch satt, aber man braucht schnell etwas Neues zu trinken“).

- Das Handeln ist strategisch und manipulativ; man tut etwas, um gezielt etwas vom anderen zu bekommen, hat aber immer (unterschwellig) den Eindruck, man würde es ohne dieses spezielle Handeln nicht bekommen, d.h., man „erschleicht“ sich etwas, was einem „eigentlich“ gar nicht zusteht. Damit wertet die Person den Effekt, den sie erzielt, immer wieder selbst ab.
- Durch das manipulative und meist auch nicht mehr reziproke Handeln verärgert man oft (kurz- oder langfristig) Interaktionspartner und erzeugt so immer wieder massive Probleme.

Während der Biografie kann die Strategie, Aufmerksamkeit durch spezielles Verhalten zu erlangen, eine wichtige, vielleicht sogar überlebenswichtige Strategie gewesen sein; als Erwachsener bringt einen das Beibehalten dieser Strategien aber in Schwierigkeiten, und man erzeugt hohe Kosten.

Was hier für das Motiv Wichtigkeit und die Spiel-Lösung eines histrionischen Interaktionsverhaltens exemplarisch aufgezeigt wurde, lässt sich ebenso für andere zentrale Beziehungsmotive und für andere Interaktionsstrategien ableiten (Sachse, 1999a).

In jeder Persönlichkeitsstörung weisen Klienten spezifische Motive, Schemata und Interaktionsstrategien auf. Im Fall einer sog. narzisstischen Interaktionsstörung steht z.B. das Motiv Anerkennung im Vordergrund; ein zentrales Schema ist „Ich

bin nicht akzeptabel“, und die „Lösung“ besteht meist darin, über Leistung Interaktionspartner dazu zu veranlassen, der Person Anerkennung zu geben. Die Kosten sind aber prinzipiell die gleichen:

- Das Motiv wird nicht befriedigt (denn man erhält ja keine Anerkennung als Person).
- Die Schemata werden daher auch nicht revidiert.
- Anerkennung für Leistung macht nicht zufrieden, und man muss ständig „mehr desselben“ tun.
- Das Verhalten führt zu Konflikten mit Interaktionspartnern usw.

Auf diese Weise kann man die prinzipiell gleichen Schwierigkeiten für alle Persönlichkeitsstörungen (vielleicht mit Ausnahme der antisozialen Persönlichkeitsstörung) ableiten.

Ein wesentlicher Aspekt der Interaktionsstörung besteht somit darin, dass eine Person für einen defizitären Zustand eine „Not“-Lösung gefunden hat, die darin besteht, solche strategischen Handlungen auszuführen, die Interaktionspartner zu bestimmten Verhaltensweisen veranlassen sollen, von denen die Person glaubt, dass diese Partner dieses Verhalten „freiwillig“ nicht ausführen würden. Diesem Handeln dienen im Wesentlichen zwei Strategien: Images und Appelle.

Damit Interaktionspartner etwas für die Person tun, was eigentlich gar nicht ihren eigenen Interessen entspricht, ja möglicherweise sogar ihren eigenen Interessen widerspricht, müssen sie von der Person vorbereitet werden: Der Partner muss in einen Zustand versetzt werden, in dem er bereit ist, den interaktionellen Zielen der Person zu dienen. Eine solche Vorbereitung wird durch die Vermittlung sog. Images geleistet. Ein Image ist etwas, was die Person im Interaktionspartner entstehen lässt, aufbauen will: Der Interaktionspartner soll sich ein ganz bestimmtes Bild von der Person machen. Dieses soll nur ganz bestimmte Komponenten enthalten und ganz bestimmte Komponenten nicht enthalten: Der Partner soll also ganz bestimmte Glaubens- oder Überzeugungssysteme ausbilden.

So kann die Person z.B. das Image vermitteln „Ich bin schwach und hilflos“. Dieses Image ist eine gute Vorbereitung dafür, dass der Partner Verantwortung übernehmen soll; denn für jemanden, der schwach und hilflos ist, muss eine verantwortungsbewusste, hilfsbereite (!) Person Verantwortung übernehmen! So kann eine Person sich also darum bemühen, dass der Partner die Überzeugung entwickelt, die Person

- komme allein nicht klar,
- wisse sich selbst nicht mehr zu helfen,
- leide jedoch unter dem augenblicklichen Zustand.

Der Transport von Images ist für die Erreichung interaktioneller Ziele noch nicht ausreichend; denn der Interaktionspartner soll ja nicht nur etwas glauben, er soll etwas tun (oder nicht tun). Der Transport von Images ist daher eine *Vorbereitung* für den Transport von Appellen: Der Interaktionspartner soll eine bestimmte Überzeugung über die Person entwickeln und dann auf der Grundlage dieser Überzeugung in bestimmter Weise handeln.

Bei Appellen kann man unterscheiden zwischen

- der Art, wie der Appell *transportiert* wird: explizit oder implizit, und
- der Art *des Appells selbst*, also dem, was der Partner tun soll: positive oder negative Appelle.

Ein Appell kann eher *implizit* transportiert werden, also so, dass der Partner sich zwar angesprochen fühlen kann, sich aber nicht angesprochen fühlen muss. Er kann aber auch direkt und *explizit* transportiert werden, so dass klar ist, dass der Partner gemeint ist, oder er kann mit Druck bis hin zu Erpressung transportiert werden (vgl. Schulz von Thun, 1983).

Bei *positiven Appellen* sollen Interaktionspartner etwas tun, was den interaktionellen Zielen der Person dienlich ist. Hier gibt es sehr viele unterschiedliche Möglichkeiten. Der Partner soll z.B.

- die Sichtweise der Person bestätigen,
- der Person bestätigen, dass sie „normal“ ist,
- der Person bestätigen, dass sie ganz toll ist, ganz arm dran ist, hilflos ist usw.,
- sich mit der Person gegen eine andere Person solidarisieren;
- für die Person (rund um die Uhr) verfügbar sein.

Bei *negativen Appellen* sollen die Interaktionspartner etwas *nicht* tun, das, wenn sie es täten, den interaktionellen Zielen der Person abträglich wäre. Auch dies spielt in der Therapie eine große Rolle. So versuchen Klienten z.B. den Therapeuten dazu zu veranlassen,

- ihre Sichtweise nicht in Frage zu stellen,
- unangenehme Themen nicht zu berühren,
- keine vertiefenden Fragen zu stellen,
- auf Distanz zu bleiben usw.

### 1.3. Das Interaktionsverhalten von Klienten mit Persönlichkeitsstörungen im Therapieprozess

Aus dem Modell der doppelten Handlungsregulation können einige Folgerungen über das Interaktionsverhalten von Klienten mit Interaktionsstörungen in der Therapie abgeleitet werden.

Den Klienten ist die Problematik als solche wenig repräsentiert; es handelt sich (mehr oder weniger) um eine ichsyntone Störung (Fiedler, 1994a): Die Klienten betrachten ihr Handeln, ihre Ziele usw. als Teil ihrer Person, als „zu sich gehörig“.

Sie suchen deshalb in der Regel die Therapie auch nicht auf, um Aspekte ihrer Interaktionsproblematik zu verändern, d.h., sie sind im Hinblick auf diese Problematik gar nicht änderungsmotiviert.

Sie wollen im Gegenteil versuchen, ihr System wieder zu stabilisieren, um ihre Ziele weiterhin verfolgen und ihre Handlungen weiterhin ausführen zu können, d.h., sie sind

stabilisierungsmotiviert: Sie möchten die Therapie dazu nutzen, um ihr System mit Hilfe des Therapeuten „lebbar“ zu machen.

Arbeiten Therapeuten (aus ihrem Verständnis der Therapie heraus) an einer Veränderung des Erlebens und Handelns, fassen Klienten mit Interaktionsstörungen das oft als Bedrohung auf: Als Abwertung ihrer Person, als Versuch, ihnen wichtige Lebensbereiche „wegzunehmen“ u.a. Dies aktiviert Gegenmaßnahmen der Klienten („the system strikes back“) in Form von Vermeidungshandlungen, Kritik am Therapeuten u.a.

Die therapeutische Beziehung aktiviert die Beziehungsmotive der Klienten: Der Klient wird vom Therapeuten angenommen und bildet die Erwartung, dass er in dieser Beziehung wichtig genommen, akzeptiert werden kann usw.

Die Aktivierung der für den Klienten jeweils zentralen (und in der Motiv-Hierarchie hoch stehenden) Motive hat zur Folge, dass der Klient in der Therapie stark beziehungsmotiviert ist: Er möchte, dass der Therapeut ihm eine Beziehung anbietet, die seine zentralen Motive befriedigt (und diese Intention ist ihm, da Motivaktivierung automatisiert geschieht, wahrscheinlich gar nicht bewusst).

Bietet ihm der Therapeut aber mit seinen Handlungen eine solche Beziehung gar nicht an, sondern stattdessen z.B. „Strategien zur Veränderung“, dann wird der Klient frustriert, was entsprechend reaktantes Verhalten zur Folge hat: Der Klient „sabotiert“ die Therapie, indem er z.B. keine relevanten Informationen gibt, ausweicht, den Therapeuten kritisiert usw. Er wirkt - vom Therapeuten aus gesehen, der einen kooperativen Klienten erwartet - als interaktionsschwierig.

Die therapeutische Situation aktiviert aber nicht nur die Beziehungsmotive, sondern auch die negativen Schemata. Das empathische und akzeptierende Beziehungsangebot erweckt die Hoffnung, in dieser Beziehung akzeptiert (usw.) werden zu können, aber auch gleichzeitig die Angst, nicht akzeptabel zu sein und damit doch wieder irgendwann abgelehnt zu werden.

Dieses Dilemma aus Hoffnung auf Beziehung und Angst vor Ablehnung führt oft zu sog. Testverhalten: Die Klienten testen den Therapeuten, um festzustellen, ob er wirklich zugewandt, akzeptierend, wertschätzend usw. ist oder ob er hinter einer entsprechenden Fassade tatsächlich abweisend, uninteressiert, aggressiv ist.

Ein solcher Test kann z.B. darin bestehen, den Therapeuten zu kritisieren (oft angewandt von Klienten mit histrionischer Persönlichkeitsstörung) oder den Therapeuten persönlich abzuwerten (oft angewandt von Klienten mit Borderline-Störung): Aufgrund dieses Tests kann der Klient feststellen, ob der Therapeut weiterhin freundlich-zugewandt reagiert, den Klienten ernst nimmt usw. (dann hat er den Test bestanden) oder ob er abweisend, aggressiv u.ä. reagiert (dann hat er den Test nicht bestanden).

Je grösser die Diskrepanz ist zwischen Beziehungsmotiv und Schemata, desto härter müssen die durchgeführten Tests ausfallen (bei Borderline-Klienten sind sie deutlich „härter“ als bei histrionischen Klienten) und desto häufiger müssen diese Tests angewandt werden, bevor ein Klient zum Therapeuten Vertrauen fasst.

## 2. Indikatoren einer Beziehungsstörung im Therapieprozess

Aus dem Modell der doppelten Handlungsregulation kann abgeleitet werden, dass Klienten mit Persönlichkeitsstörungen bestimmte Arten von Interaktionen im Therapieprozess zeigen werden: Sie werden sich dem Therapeuten gegenüber in bestimmter Weise verhalten; sie werden in bestimmter Weise mit Interventionen des Therapeuten umgehen usw.

An diesen Indikatoren kann ein Therapeut feststellen, ob bei einem Klienten eine Persönlichkeitsstörung vorliegt, und ein Therapeut sollte wissen, welche Arten von Handlungen ein Klient im Therapieprozess ausführt, um sich darauf einstellen zu können.

Die entsprechenden Verhaltensindikatoren können mit dem Rating-System der „Bochumer Bearbeitungs- und Beziehungsskalen“ erfasst werden (Sachse, 1999a).

### 2.1. Arbeitsauftrag

Der „Arbeitsauftrag“ des Klienten in der Therapie ist der zentrale „Arbeitsvektor“ des therapeutischen Prozesses (Sachse, 1996): Klienten erteilen dem Therapeuten einen Arbeitsauftrag, wenn sie ein Problem definieren, an dem therapeutisch gearbeitet werden soll, wenn sie definieren, warum das Problem für sie überhaupt problematisch ist, wenn sie (zumindest diffus) Ziele der therapeutischen Arbeit definieren und wenn sie bisherige Versuche angeben, mit denen sie (wenn auch erfolglos) sich bemüht haben, diese Ziele zu erreichen.

Man kann annehmen, dass Klienten, die nicht nur therapie-motiviert, sondern auch änderungsmotiviert sind (d.h. die, bei aller Ambivalenz der Veränderungsprozesse, doch stark bemüht sind, sich und ihr System durch Therapie zu ändern), einen deutlichen Arbeitsauftrag erkennen lassen.

Klienten mit einer Interaktionsstörung sollten jedoch weniger änderungs- als viel stärker stabilisierungsmotiviert sein: Daher sollten sie in deutlich geringerem Ausmaß einen Arbeitsauftrag aufweisen.

In einem solchen Fall kann ein Therapeut oft keinen Arbeitsauftrag erkennen: Er fragt sich, warum ein Klient überhaupt zur Therapie kommt, was er in der Therapie will, worum es dem Klienten überhaupt geht.

Stellt sich ein Therapeut derartige Fragen über mehrere Stunden, sollte er eine gründliche Analyse des Klienten-Prozess-verhaltens durchführen, denn dann ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass der Klient eine Persönlichkeitsstörung aufweist.

### 2.2. Fragestellungen

Fragestellungen haben Klienten in der Therapie, wenn sie sich über eigenes Verhalten wundern, wenn sie z.B. selbst nicht verstehen, warum sie eigentlich Angst haben oder depressiv sind, dies aber gern verstehen würden. In diesem Fall folgen sie selbst bestimmten Fragestellungen. Dies zeigt, dass sie an der Bearbeitung von Themen interessiert sind, dass sie bereit sind, in der Therapie aktiv mitzuarbeiten (also eine hohe „Aufnahmebereitschaft“ zeigen, vgl. Orlinsky et al., 1994).

Klienten mit einer Stabilisierungsintention sollten dagegen an derartigen Fragestellungen wenig interessiert sein und sie daher nur in geringem Maß aufweisen.

### 2.3. Verantwortung für den Therapieprozess

Klienten haben per definitionem für einen Teil des Therapieprozesses Verantwortung; so kann z.B. nur der Klient seine Schemata klären, neues Verhalten ausprobieren usw.

Man kann annehmen, dass Klienten mit hoher Änderungsmotivation auch dazu motiviert sind, „ihren Teil“ zum Gelingen der Therapie beizutragen, also ein hohes Maß an Verantwortung im Therapieprozess zu übernehmen.

Klienten mit Interaktionsstörungen, die im Wesentlichen stabilisierungsmotiviert sind, sollten dagegen Verantwortung weitgehend an den Therapeuten abgeben, z.B. indem sie dem Therapeuten vermitteln, dass sie das Problem nicht lösen können, dass sie „gerettet“ werden müssen u.a.

### 2.4. Inhaltsbearbeitung

Inhaltsbearbeitung bezieht sich auf die Art und Weise, wie ein Klient in der Therapie Inhalte bearbeitet: Stellt er z.B. sie konkret, gut nachvollziehbar dar oder sehr abstrakt und eher chaotisch? Behandelt er Inhalte, die im Hinblick auf ein zu bearbeitendes Problem eher relevant und zentral sind oder eher nebensächlich und peripher?

Man kann annehmen, dass Klienten, die im Therapieprozess an einer Veränderung ihres Systems arbeiten wollen, sich auch (im Rahmen ihrer Möglichkeiten) bemühen, Inhalte so konkret und nachvollziehbar wie möglich darzustellen und sich mit relevanten und zentralen Inhalten zu beschäftigen.

Klienten, die dagegen stabilisierungsmotiviert sind, sind gar nicht daran interessiert, dem Therapeuten Informationen zu geben, mit deren Hilfe er ihr System hinterfragen und erschüttern könnte: Von daher ist es sinnvoll, Inhalte eher vage zu schildern, so dass der Therapeut sie nicht gut rekonstruieren kann, und sich auch eher auf periphere und wenig problem-relevante Inhalte zu beziehen. Außerdem sind die Klienten auch mehr an Beziehung interessiert als an Problembearbeitung, und die Inhalte, die mit Beziehungszintentionen zu tun haben, werden eher Inhalte sein, die sich nicht primär mit den Hintergründen der Interaktionsproblematik beschäftigen, die also, im Hinblick auf das Problem, eher peripher erscheinen.

### 2.5. Vermeidungsstrategien

Man muss davon ausgehen, dass Klärungs- und Veränderungsprozesse immer für Klienten ambivalent sind: Einerseits möchte ein Klient sein Problem verändern und verstehen, andererseits hat er aber auch Angst, bei der Klärung eigener Schemata auf unangenehme Aspekte zu stoßen, Angst, neues Verhalten nicht zustande zu bringen usw. Daher sind Vermeidungsverhaltensweisen im Therapieprozess „normal“: Klienten können Inhalten ausweichen (z.B. durch „Ich weiß nicht“), sie können Fragen beantworten, die man nicht gestellt hat, sie können relativieren, bagatellisieren, generalisieren, Nebenschauplätze aufmachen u.a.

Klienten, die eine Interaktionsstörung aufweisen, sollten derartige Vermeidungsstrategien in höherem Maß aufweisen als Klienten ohne Interaktionsstörungen (mit Ausnahme von psychosomatischen Klienten, die ebenfalls Vermeidung in starker Ausprägung zeigen, vgl. Sachse, 1995), da Klienten nicht motiviert sind, ihr System zu verändern, sondern im Gegenteil ihr System stabilisieren wollen. Alle Interventionen der Therapeuten, die in Richtung Klären, Verstehen des Problems, Konfrontation und Veränderung zielen, sollten damit in hohem Maße Vermeidungsstrategien aktivieren.

## 2.6. Dysfunktionale Konstruktionen

Aus psychologischer Sicht ist klar, dass eine Person keine direkte Eins-zu-eins-Repräsentation der „Realität“ haben kann: Das Einzige, was sie hat, ist eine durch eigene Schemata stark beeinflusste Konstruktion der Realität.

Klienten glauben aber in der Regel, dass ihre Konstruktion die Realität sei, und lernen erst im Verlauf der Therapie, dass man ganz andere Sichtweisen der Realität entwickeln kann (und von sich selbst, als Teil der Realität, ebenfalls).

Klienten mit Interaktionsstörungen möchten ihr System mit Hilfe des Therapeuten stabilisieren, und sie möchten, dass sich der Therapeut zu ihren interaktionellen Bedürfnissen komplementär verhält. Um dies zu erreichen, ist es hilfreich, darauf zu beharren, dass die eigenen Sichtweisen die Realität sind und, darüber hinaus, dass der Zustand, in dem man sich befindet, zwangsläufig so ist, wie er ist (sog. Zwangsläufigkeitskonstruktion): Denn daraus folgt, dass man selbst kaum etwas ändern kann und der Therapeut gut daran tut, dem Klienten bei der Stabilisierung des Systems und bei der Befriedigung wichtiger Motive zu helfen. Klienten mit Interaktionsstörungen gehen dann aber oft noch einen Schritt weiter, indem sie sog. Unlösbarkeitskonstruktionen entwickeln: Sie machen deutlich, dass alle möglichen Lösungen das Problem nur noch verschlimmern würden, dass sie keine Lösung finden können und dass der Therapeut deshalb die Verantwortung übernehmen muss. Daher sind bei Klienten mit Interaktionsstörungen im Therapieprozess deutlich stärkere dysfunktionale Konstruktionen zu vermuten als bei Klienten ohne Interaktionsstörungen.

## 2.7. Dysfunktionale Klienten-Rollen

Ein änderungsmotivierter Klient wird keine großen Schwierigkeiten haben, eine Klienten-Rolle einzunehmen, die impliziert,

- dass die Beziehung zwischen Therapeut und Klient asymmetrisch ist,
- dass es nur um Inhalte des Klienten und nicht um die des Therapeuten geht,
- dass der Klient bereit ist, sich durch Interventionen des Therapeuten beeinflussen zu lassen u.Ä.

Klienten mit Interaktionsstörungen kommen aber, der Theorie nach, nicht primär in Therapie, um an ihren Problemen zu arbeiten, sondern um ihr System zu stabilisieren, und sie zeigen hohe Intentionen, eine bestimmte Art von Beziehung zum Therapeuten aufzubauen, die jedoch gar nicht als therapeuti-

sche Beziehung definiert ist, sondern als Beziehung, in der ihre primären Motive befriedigt werden. Damit sollten Klienten mit Interaktionsstörungen jedoch deutliche Schwierigkeiten aufweisen, in eine typische Klienten-Rolle zu schlüpfen: Vielmehr sollten sie dem Therapeuten eine sog. Rollensymmetrie anbieten, in der sie sich aber eher wie ein Freund, Kollege o.Ä. denn als ein Klient verhalten.

Sollte der Therapeut mit seinen Interventionen den Klienten stark frustrieren und Veränderungsdruck ausüben, dann kann man erwarten, dass Klienten auch in eine dominante Rolle übergehen: Sie kritisieren den Therapeuten, werten ihn ab, definieren ihn selbst als therapiebedürftig u.a.: Auf diese Weise kann es ihnen gelingen, den Therapeuten zu „entschärfen“, ihn mit seinen Interventionen matt zu setzen. Daher sollte man bei Klienten mit Interaktionsstörungen deutlich mehr Schwierigkeiten in der Rollenübernahme erwarten als bei Klienten ohne Interaktionsstörungen.

## 2.8. Direkte Kontrolle

Direkte Kontrolle ist eine Handlung des Klienten, dem Therapeuten, meist über das Medium der Kritik, deutlich zu machen, dass er sich in bestimmter Weise verhalten soll bzw. bestimmte Handlungen nicht ausführen soll. So kann ein Klient z.B. äußern, bestimmte Fragen hätten „alles wieder aufgewühlt“, und er fühle sich seitdem schlechter als vorher; soll heißen: Stellen Sie auf keinen Fall mehr derartige Fragen! Direkte Kontrolle kann ein Klient sofort nach einer Intervention, am Ende der Stunde oder zu Beginn der nächsten Stunde anbringen, z.B.: „Sie haben mich in der letzten Stunde so unter Druck gesetzt, ich hatte die ganze Woche Alpträume.“ Direkte Kontrolle kann bei Klienten ohne Interaktionsstörungen vorkommen, da auch diese durch die Therapie frustriert werden können; und natürlich unterlaufen Therapeuten auch Fehler, über die Klienten sich dann beklagen.

Bei Klienten mit Interaktionsstörungen, deren therapeutische Intentionen (Stabilisiere mich! Gib mir eine Beziehung!) aber oft sehr stark von den Intentionen des Therapeuten (Verändere dich!) abweichen, ist es jedoch sehr viel wahrscheinlicher, dass Klienten sich durch die Therapie frustriert fühlen und versuchen, den Therapeuten durch direkte Maßnahmen „auf Kurs zu bringen“.

## 2.9. Images und Appelle

Die wesentlichsten Indikatoren bei Klienten mit Interaktionsstörungen sind Images und Appelle. Diese Klienten sollten im Therapieprozess ein hohes Maß von strategischem Interaktionshandeln auch gegenüber dem Therapeuten/der Therapeutin zeigen, und zwar schon sehr früh im Therapieprozess. Dagegen sollten Personen ohne nennenswerte Interaktionsstörungen ein derartiges Verhalten so gut wie gar nicht aufweisen.

So können sich Klienten mit histrionischer Persönlichkeitsstörung als schwach und hilflos darstellen: „Ich habe keine Kontrolle, mir geht es schlecht, ich weiß nicht, was ich tun soll“ usw. Sie veranlassen daraufhin den Therapeuten, Verantwortung zu übernehmen: „Geben Sie mir Ratschläge, seien Sie für mich verfügbar, setzen Sie sich für mich ein“ u.Ä.

### 3. Therapeutische Möglichkeiten

Im Folgenden sollen einige therapeutische Ziele, Prinzipien und Strategien zum Umgang mit persönlichkeitsgestörten Klienten beschrieben werden, die sich aus dem Modell der doppelten Handlungsregulation ableiten lassen.

Die hier geschilderten Strategien beziehen sich auf eine Bearbeitung des Beziehungsverhaltens; therapeutische Strategien zur Bearbeitung dysfunktionaler Problembearbeitungen sind aus Platzgründen nicht dargestellt; siehe dazu Sachse (1996, 1999a).

#### 3.1. Komplementäres therapeutisches Handeln zur Motivebene

Klienten mit Persönlichkeitsstörungen kommen wie ausgeführt mit einer starken Beziehungsmotivation in die Therapie: Sie wollen die Erfüllung zentraler Beziehungsmotive in der Therapeut-Klient-Beziehung. Therapeutisch ist es wesentlich, dass Therapeuten die Klienten „da abholen, wo sie sich befinden“, d.h., dass Therapeuten sich im Rahmen der therapeutischen Regeln zu den Beziehungsmotiven komplementär (gemeint im Sinne von „bedürfnisbefriedigend“) verhalten.

Therapeuten sollten daher eine differentielle Beziehungsgestaltung realisieren: Sie sollten analysieren, welches die zentralen Beziehungsmotive eines bestimmten Klienten sind, und sich dann gezielt zu diesen Beziehungsmotiven komplementär verhalten.

Komplementäres Handeln zur Motivebene bedeutet, dass der Therapeut, soweit dies im Rahmen der therapeutischen Regeln möglich und vertretbar ist, die therapeutische Beziehung so gestaltet, dass wesentliche Beziehungsmotive des Klienten befriedigt werden.

Weist z.B. eine Klientin mit histrionischer Störung ein starkes Beziehungsmotiv „Wichtigkeit“ auf, d.h., sie möchte in persönlichen Beziehungen für andere eine Bedeutung haben, dann kann der Therapeut z.B.

- der Klientin viel Aufmerksamkeit schenken: ihr sehr aufmerksam zuhören, sehr konzentriert sein u.Ä.,
- sich bemühen, sehr gut zu verstehen, wie schlecht es der Klientin geht, was die Probleme für sie bedeuten u.Ä.,
- sich Inhalte sorgfältig merken und damit zeigen, dass er die Inhalte sehr ernst nimmt,
- Situationen vermeiden, die die Klientin als Abwertung auffassen kann, wie z.B. zu spät zu kommen,
- der Klientin explizit signalisieren, wie wesentlich es ihm ist, sie genau zu verstehen usw.

Damit erhält die Klientin eine Beziehung, in der sie ernst genommen wird, in der sie Aufmerksamkeit erhält, in der sie wichtig ist; wenn sie dies zur Kenntnis nimmt, fasst sie Vertrauen zum Therapeuten und gleichzeitig nimmt die Relevanz dieses Motivs in dieser Beziehung ab: Die befriedigten interaktionellen Motive treten in den Hintergrund und ermöglichen damit eine Bearbeitung von Motiven und Schemata. Gleichzeitig macht die Klientin aber auch eine „korrigierende Beziehungserfahrung“: Sie bemerkt, dass sie ernst und wichtig genommen werden kann.

Die komplementär-differentielle Beziehungsgestaltung des Therapeuten hat außerdem den Effekt, dass sich eine vertrauensvolle Therapeut-Klient-Beziehung herausbildet: Der Klient fühlt sich vom Therapeuten verstanden, ernst genommen usw., und der Therapeut erhält damit „Beziehungskredit“; diesen benötigt er dann für andere Strategien, z.B. für ein „Transparentmachen der Spielebene“.

Voraussetzung ist jedoch, dass der Therapeut diese Beziehungsgestaltung authentisch realisieren kann, d.h., dass er meint, was er tut; Klienten mit Persönlichkeitsstörungen beachten Interaktionsverhalten sehr sorgfältig und erkennen schnell unechtes Verhalten. Sollte ein Therapeut eine Klientin nicht akzeptieren, sollte er die Therapie nicht durchführen: Es macht wenig Sinn zu glauben, man könne durch unauthentisches Handeln authentisches Handeln fördern. Komplementäre Beziehungsgestaltung „im Rahmen der therapeutischen Regeln“ bedeutet, dass der Therapeut durch eine Beziehungsgestaltung nie die Erreichung anderer wichtiger therapeutischer Ziele erschweren darf: Weist ein Klient z.B. ein Bedürfnis nach solidarischer Beziehung auf, dann darf sich der Therapeut nicht mit dem Klienten gegen eine andere Person solidarisieren, weil damit die Tendenz des Klienten, sich aktiv mit dieser Person auseinander zu setzen, geschwächt wird.

#### 3.2. Explizieren von Beziehungsmotiven

Nach dem Modell der doppelten Handlungsregulation erscheint es sinnvoll, Klienten auch eine Repräsentation ihrer zentralen Beziehungsmotive zu ermöglichen: Wenn Klienten wissen, was ihnen zentral wichtig ist, können sie reflektieren, ob sie die interaktionellen Ziele auf der Spielebene wirklich wollen und brauchen (Benötige ich Leistung und Erfolg, wenn mein zentrales Motiv Anerkennung ist?) und ob sie nicht andere oder neue Handlungen zur Verfügung haben bzw. erwerben können, um die zentralen Motive zu befriedigen. Die Repräsentation wesentlicher Motive schafft internale Standards, an denen Klienten sich orientieren können, an denen sie feststellen können, was sie brauchen und was sie stört; diese Standards sind wesentlich für eine effektive Selbstregulation.

Explizierung bedeutet, dass ein Therapeut die relevanten Beziehungsmotive des Klienten versteht, dem Klienten sein Verstehen mitteilt bzw. den Klienten veranlasst, seine Beziehungsmotive mit Hilfe des Therapeuten zu klären.

Der Therapeut versucht dabei, die Handlungen des Klienten auf der Beziehungsebene zu verstehen, d.h. zu verstehen, was der Klient für interaktionelle Bedürfnisse hat. Kritisiert eine Klientin den Therapeuten zu Beginn einer Therapiestunde z.B. dafür, dass er in der vorherigen Stunde zu oft auf die Uhr geschaut und der Klientin nicht aufmerksam genug zugehört habe, dass er die Stunde beendet habe, obwohl die Klientin noch Wichtiges zu sagen hatte, dann schließt der Therapeut daraus, dass es der Klientin darum geht, in der Beziehung wichtig zu sein: Die Beziehungsbotschaft der Klientin ist: „Ich will so wichtig sein, dass Sie sich auf mich konzentrieren und mir so viel Zeit geben, wie ich brauche.“



Der Therapeut kann aber noch mehr erschließen: Die Klientin bittet den Therapeuten nicht, ihr mehr Zeit zu geben, sie „zwingt“ ihn vielmehr durch Kritik und durch massive Forderungen. Damit wird klar, dass die Klientin annimmt, eine einfache Bitte würde wahrscheinlich ignoriert. Sie vermutet anscheinend: „Ich werde als Person nicht wichtig genommen; wenn ich wichtig genommen werden will, muss ich das massiv einfordern.“

Der Therapeut kann sein Verstehen (als Hypothese, nicht als Zuschreibung!) in die Intervention fassen: „Ich habe den Eindruck, dass es für Sie ganz zentral ist, ganz ernst, ganz wichtig genommen zu werden. Wenn Sie das Gefühl haben, ich tue das nicht, dann verletzt Sie das stark.“ (Er kann auch eine Intervention zum Transparentmachen der Strategie anschließen: „Anscheinend glauben Sie aber gar nicht, dass ich Sie wichtig nehme, wenn Sie das einfach nur sagen; anscheinend haben Sie den Eindruck, Sie bekommen das nur, wenn Sie darum kämpfen.“)

Derartige Interventionen fokalisieren die Aufmerksamkeit der Klientin auf die eigenen Bedürfnisse, Sehnsüchte und ermöglichen somit eine Repräsentation der Motivebene. In aller Regel haben die Klienten durch solche Interventionen auch den Eindruck, sehr gut verstanden zu werden; diese Interventionen wirken damit überhaupt nicht konfrontativ, sondern stärken in hohem Maße das Vertrauen zum Therapeuten.

### 3.3. Klären und Verändern negativer Schemata

Auch die negativen Selbst- und Beziehungsschemata der Klienten sollten geklärt und therapeutisch bearbeitet werden.

Der Therapeut sollte dem Klienten helfen, explizit zu formulieren, was zentrale Selbst- und Beziehungsschemata sind, dass ein Klient z.B. Annahmen hat wie:

- „Beziehungen sind gefährlich.“
- „Ich bin nicht attraktiv.“
- „Beziehungen sind nicht verlässlich“ u.Ä.

Erst wenn diese Schemata repräsentiert sind, wenn ein Klient genau weiß, was seine Annahmen über sich und über Beziehungen sind, kann er diese Annahmen an eigenen Ressourcen oder Erfahrungen prüfen; er kann gezielt „korrigierende Erfahrungen“ machen u.Ä., und er kann auch erkennen, dass seine Verarbeitungen zu selbsterfüllenden Prophezeiungen führen und lernen, wie er dieses System selbst durchbrechen kann.

Zur therapeutischen Bearbeitung der negativen Schemata kann z.B. das „Ein-Personen-Rollenspiel“ eingesetzt werden (Sachse, 1983, 2000), bei dem Klienten sowohl eigene Schemata systematisch klären als auch mit eigenen Ressourcen in Verbindung bringen können.

### 3.4. Komplementäres Handeln zur Spielebene

Das intransparente Handeln (oder Spiel-Handeln) der Klienten dient dazu, Interaktionspartner zu bestimmten Handlungen zu veranlassen; verhalten sich die Interaktionspartner zu diesem Verhalten komplementär, dann stabilisieren sie häufig das System des Klienten.

Therapeuten sollten das dysfunktionale System des Klienten nicht stabilisieren; deshalb sollten sie sich (in der Regel) nicht zur Spielebene des Klienten komplementär verhalten.

So sollte ein Therapeut z.B. einem histrionischen Klienten gegenüber nicht verfügbar sein: Er sollte nicht seine private Telefonnummer herausgeben, weil ansonsten der Klient den Kontakt benutzen wird, um sich Aufmerksamkeit und Wichtigkeit zu jedweder Zeit zu holen usw.; damit lässt sich der Therapeut „in das System des Klienten einbauen“, er fungiert als Stabilisator.

Es gibt jedoch Ausnahmen: Bei manchen Klienten in manchen therapeutischen Situationen kann sich ein Therapeut komplementär zur Spielebene verhalten. Dies gilt z.B. bei narzisstischen Klienten, die dem Therapeuten sagen, dass sie „keine Probleme“ haben, dass sie „alles im Griff“ haben, eigentlich „ganz toll“ sind und nur in Therapie kommen, „um sich persönlich weiterzuentwickeln“. Hier sollte ein Therapeut diese Konstruktion des Klienten akzeptieren; stellt er sie nämlich in Frage, kommt sehr wahrscheinlich gar keine therapeutische Beziehung zustande.

Verhält sich ein Therapeut zur Spielebene komplementär, dann sollte er einige Regeln befolgen:

- Das komplementäre Handeln sollte so gezielt wie möglich erfolgen.
  - Das komplementäre Handeln sollte aufgrund eines Klienten-Modells bewusst, geplant und zielorientiert erfolgen.
  - Das komplementäre Handeln darf nie andere Ziele und therapeutische Strategien behindern.
- So kann ein Therapeut z.B. einem narzisstischen Klienten, der kommt, um „sich weiterzuentwickeln“, deutlich machen,
- dass der Wunsch, sich weiterzuentwickeln, bedeutet, mit Aspekten des Lebens unzufrieden zu sein;
  - dass man, bevor man dafür Lösungen entwickelt, zunächst ganz genau klären muss, womit man unzufrieden ist und was man als Ziel hat.

Damit verpflichtet der Therapeut den Klienten, mit dem Bereich „Unzufriedenheit“ genauso umzugehen wie mit einem Problem: nur dass es nicht „Problem“ genannt wird. Der Therapeut lässt sich somit von seinen therapeutischen Vorgehensweisen nicht abbringen.

### 3.5. Transparentmachen der Spielebene

Beim Transparentmachen der Spielebene haben therapeutische Interventionen den Zweck, den Klienten eine Repräsentation darüber zu ermöglichen,

- dass sie intransparentes, manipulatives Handeln aufweisen,
- was ihre interaktionellen Ziele sind,
- welches ihre Handlungsstrategien sind,
- welches die kurzfristigen Konsequenzen sind, die sie bekräftigen,
- welches die längerfristigen negativen Konsequenzen sind, also die Kosten des eigenen Handelns,

- dass sie diese Kosten durch ihr Handeln erzeugen und somit auch Kontrolle über die Effekte haben,
- warum sie dieses Handeln ausführen und welche Funktion es hatte und hat (biografische Klärung).

Die Klienten haben meist nur eine sehr rudimentäre Repräsentation ihres Spiel-Handelns: Sie wissen manchmal gar nicht, dass sie etwas „Außergewöhnliches“ tun, sind sich nicht über Ziele im Klaren, bringen negative Konsequenzen nicht mit ihrem eigenen Handeln in Verbindung u.Ä. Dieses fehlende „Problembewusstsein“ hat zur Folge, dass die Klienten gar nicht darüber reflektieren, ob sie dieses Handeln beibehalten oder verändern wollen, sie können keine Entscheidungen treffen und haben keinerlei Ansatzpunkte für eine Veränderung. Daher ist es therapeutisch notwendig, eine Repräsentation zu erarbeiten, damit die Klienten ihr eigenes Handeln und dessen Konsequenzen einschätzen können, sich entscheiden können, ob sie es verändern wollen und, falls ja, Ansatzpunkte gewinnen, wo eine Veränderung ansetzen kann.

Der Therapeut macht bei dieser therapeutischen Strategie deutlich, was der Klient in Beziehungen tut, welche Intentionen er hat usw.; er verdeutlicht dies an Beziehungen des Klienten zu relevanten Beziehungspartnern sowie am aktuellen Beziehungsverhalten des Klienten zum Therapeuten.

Man kann dies illustrieren am Beispiel einer Klientin mit histrionischer Persönlichkeitsstörung, die im Therapieprozess zu weinen beginnt; der Therapeut hat den Eindruck, dass die Klientin nicht traurig ist (das Weinen scheint übertrieben und unecht), sondern den Appell sendet: „Stellen Sie mir keine derart unangenehmen Fragen.“ In diesem Fall geht der Therapeut nicht in den empathischen Modus (und sagt z.B. „Der Gedanke macht Sie jetzt ganz traurig“), sondern er geht in einen konfrontativen Modus und sagt: „Mein Eindruck ist, Sie weinen, um mir zu sagen, ich soll Sie nicht mit einer so unangenehmen Frage belästigen.“ Der Therapeut macht damit (als Hypothese!) deutlich, was als Appell bei ihm ankommt, und macht damit einen Aspekt der intransparenten Beziehungsgestaltung transparent.

Es ist wichtig, dass ein Therapeut solche Interventionen akzeptierend vornimmt, also vermittelt, dass er zwar etwas deutlich machen möchte, aber nur, um es mit der Klientin zu bearbeiten: Darüber zu sprechen, was die Klientin tut, warum sie es tut, welche Bedeutung es hat usw. Er macht deutlich, dass die Klientin nicht getadelt wird dafür, dass sie es tut.

Auch wenn es dem Therapeuten gelingt, die Intervention akzeptierend zu formulieren (und dies auch meint; andernfalls sollte er es gar nicht tun!), wirkt eine transparent machende Intervention in der Regel konfrontativ: Der Klient befürchtet, vom Therapeuten abgelehnt oder abgewertet zu werden u.Ä. (da er entsprechende Erfahrungen aus seiner Biografie kennt): Es ist daher wesentlich, derartige Interventionen nur zu realisieren, wenn eine vertrauensvolle Therapeut-Klient-Beziehung besteht.

### 3.6. Therapeutische Ziele

Sehr wahrscheinlich lassen sich einmal erworbene Schemata im Gedächtnis nicht wieder löschen. Dennoch sind weit rei-

chende therapeutische Veränderungen möglich und realistisch. Klienten können z.B. durch Therapie

- ihre wesentlichen Motive erkennen und Verhaltensweisen reaktivieren oder neu lernen, diese Motive auf authentische Weise zu realisieren;
- ihre eigenen negativen Schemata mit Ressourcen, Fähigkeiten und Erfahrungen verbinden und damit die Relevanz der Schemata sehr stark senken;
- entscheiden, ihr intransparentes Handeln zu reduzieren, und machen damit neue, positive, interaktionelle Erfahrungen,
- lernen, ihr intransparentes Handeln unter Kontrolle zu bekommen; dadurch wird dieser Aspekt der Handlungsregulation von einem automatisierten Handeln, das den Klienten „steuert“, zu einer einsetzbaren Ressource, die der Klient steuert. Dies zu erreichen ist keineswegs einfach, aber es ist möglich, und es eröffnet Klienten völlig neue Lebensperspektiven.

### Literatur

- Beck AT, Freeman A u.a.: Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1993.
- Benjamin LS : Use of the SASB dimensional model to develop treatment plans for personality disorders. 1: Narcissism. J Pers Disord 1987;1:43-70.
- Benjamin LS : An interpersonal approach to the diagnosis of borderline personality disorder. In: JF Clarkin, E Marziali, H Munroe-Blum (eds.): Progress in psychotherapy research. Louvain la Neuve: Presses Universitaires de Louvain, 1992.
- Benjamin LS : Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders. New York: Guilford, 1993.
- Benjamin LS : Ein interpersoneller Behandlungsansatz für Persönlichkeitsstörungen. In: B Schmitz, T Fydrich, K Limbacher (Hrsg.): Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union, 1996, 136-148.
- Brunstein JC: Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. J Pers Soc Psychol 1993;65:1061-1070.
- Brunstein JC, Lautenschlager U, Nawroth B, Pöhlmann K, Schultheiß O: Persönliches Anliegen, soziale Motive und emotionales Wohlbefinden. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 1995;16:1-10.
- Brunstein JC, Schultheiß O: Persönliche Ziele, soziale Motive und Dimensionen des affektiven Erlebens. Abschlußbericht zum DFG-Projekt. BR 1056/2-1; Universität Erlangen – Nürnberg, 1996.
- Caspar F: Die Plananalyse als Konzept und Methode. Verhaltensmodifikation 1986;4:235-256.
- Caspar F: Beziehungen und Probleme verstehen. Bern: Huber, 1989.
- Ecker W: Persönlichkeitsstörungen. In: M Linden, M Hautzinger (Hrsg.): Verhaltenstherapie, 3. Auflage. Berlin: Springer, 1996, 381-386.
- Fiedler P: Persönlichkeitsstörungen. In: H Reinecker (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe, 1993, 219-266.
- Fiedler P: Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1994a.
- Fiedler P: Persönlichkeitsstörungen. In: A Ehlers und K Hahlweg (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie: Klinische Psychologie, Bd. 2. Göttingen: Hogrefe, 1994b.

- Fiedler P: Persönlichkeitsstörung. In: H Reinecker (Hrsg.): Fall-sammlung zum Lehrbuch für Klinische Psychologie. Göttingen: Hogrefe, 1994c.
- Fiedler P: Persönlichkeitsstörungen. In: H Reinecker (Hrsg.): Lehr-buch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störun-gen. Göttingen: Hogrefe, 1994d, 219-266.
- Fiedler P: Verhaltenstherapeutische Diagnostik bei Persönlichkeits-störungen: Ein Schema zur Problemanalyse und Therapie-planung. Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin 1995;16:223-244.
- Grawe K: Psychotherapie als Entwicklungsstimulation von Sche-mata. Ein Prozeß mit nicht voraussehbarem Ausgang. In: F.M. Caspar (Hrsg.), Problemanalyse in der Psychotherapie. Bestands-aufnahme und Perspektiven. Tübingen: DGVT, 1987, 72-87.
- Grawe K: Heuristische Psychotherapie. Eine schematheoretisch fun-dierte Konzeption des Psychotherapieprozesses. Integrative The-rapie 1988;4:309-324.
- Grawe K, Caspar FM: Die Plananalyse als Konzept und Instrument für die Psychotherapieforschung. In: U. Baumann (Hrsg.), Psy-chotherapie: Makro-/Mikroperspektive. Göttingen: Hogrefe, 1984, 177-197.
- Kuhl J: Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle. Berlin: Sprin-ger, 1983.
- Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK: Process and outcome in psychotherapy. In: AE Bergin, SL Garfield (eds.): Handbook of psychotherapy and behaviour change (4th edition). New York: Wiley, 1994.
- Sachse R: Das Ein-Personen-Rollenspiel: Ein integratives Therapie-verfahren. Partnerberatung, 1983;4:187-200.
- Sachse R: Der psychosomatische Patient in der Praxis: Grundlagen einer effektiven Therapie mit „schwierigen“ Klienten. Stuttgart: Kohlhammer, 1995.
- Sachse R: Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie. Göttingen: Hogrefe, 1996.
- Sachse R: Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe, 1999a.
- Sachse R: Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie. Göttingen: Hogrefe, 1999b.
- Sachse R: Klärungsorientierte Psychotherapie bei depressiven Stö-rungen. In: M Lasar, U Trenckmann (Hrsg.): Depressionen - Neue Befunde aus Klinik und Wissenschaft. Berlin: Papst, 2000, 21-36.
- Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen: DSM-IV. Göttingen: Hogrefe, 1996.
- Schmitz B: Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In: W Senf, M Broda (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie. Stuttgart: Thieme, 1996.
- Schmitz B, Fydrich T, Limbacher K: Diagnostik und Psychothera-pie bei Persönlichkeitsstörungen: Eine Einführung. In: B. Schmitz, T. Fydrich und K. Limbacher (Hrsg.), Persönlichkeits-störungen: Diagnostik und Psychotherapie. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union, 1996, 1-23.
- Schulz von Thun F: Miteinander reden: Störungen und Klärungen: Psychologie der zwischenmenschlichen Kommunikation. Reinbek: Rowohlt, 1983.

**Prof. Dr. Rainer Sachse**  
Ruhr-Universität  
Fakultät für Psychologie  
Universitätsstr. 150  
D-44780 Bochum