

Interaktionsschwierigkeiten im Therapieprozess bei Klienten mit narzisstischer und histrionischer Persönlichkeitsstörung

1 Was sind Persönlichkeitsstörungen?

Obwohl „Persönlichkeitsstörungen“ in der Tat als komplexe Störungen aufgefasst werden müssen, die kognitive, emotionale und Verhaltensanteile umfassen, kann man sie dennoch im Kern als „Beziehungsstörungen“ auffassen (vgl. Benjamin, 1987, 1992, 1993, 1996; Fiedler, 1993, 1994a, 1994b, 1994c, 1994d, 2007). Klienten mit Persönlichkeitsstörungen weisen charakteristische dysfunktionale Interaktionsmuster auf, die zwar auch (und immer wieder) dazu führen, interaktionelle Ziele erfolgreich zu erreichen, die jedoch langfristig zu hohen interaktionellen Kosten führen: Zu Konflikten mit Partnern, Kollegen, zu Ablehnung, Kritik, mehr oder massiven Beziehungsproblemen etc. (Ecker, 1996; Schmitz, 1996; vgl. LeLord & André, 2009; Oldham & Morris, 2010). Klienten lernen in ihrer Biographie ungünstige, sogenannte „manipulative“ Strategien, die nach unserer Ansicht (Sachse, 1999, 2001a, 2004a, 2006a; Sachse, Sachse & Fasbender, 2010) einen zentralen Aspekt von Persönlichkeitsstörungen ausmachen.

2 Wie funktionieren Persönlichkeitsstörungen?

Sachse (1999, 2001a, 2004d) und Sachse, Sachse und Fasbender (2011) haben ein psychologisches Funktionsmodell für Persönlichkeitsstörungen vorgeschlagen: Das „Modell der Doppelten Handlungsregulation“.

Nach diesem Modell weisen die Klienten folgende wesentlichen psychologischen Funktionsbereiche auf:

1. Sie zeigen zentrale *Beziehungsmotive*, wie z.B.
 - das Motiv nach Anerkennung: Es ist das Motiv, von anderen Personen als Person anerkannt und positiv definiert zu werden;
 - das Motiv nach Wichtigkeit: Es ist das Motiv, im Leben anderer Personen eine wichtige Rolle zu spielen und entsprechendes Feedback zu bekommen, insbesondere Aufmerksamkeit.

2. Durch eine systematische Frustration der relevanten Motive in der Biographie entwickeln die Personen *dysfunktionale Schemata*:
 - Dysfunktionale Selbst-Schemata wie:
 - ich bin nicht ok,
 - ich bin nicht kompetent,
 - ich bin nicht liebenswert,
 - ich bin nicht wichtig,
 - ich habe anderen nichts zu bieten.
 - Dysfunktionale Beziehungsschemata wie:
 - in Beziehungen wird man nicht anerkannt,
 - in Beziehungen wird man kritisiert,
 - in Beziehungen wird man nicht ernst genommen.
3. Kompensatorisch zu diesen dysfunktionalen Schemata entwickeln die Klienten dann *kompensatorische Schemata*:
 - Kompensatorische Normschemata mit Annahmen wie:
 - Sei der Beste!
 - Vermeide Abwertung und Kritik!
 - Sei die Wichtigste!
 - Versuche, Aufmerksamkeit zu erhalten!
 - Kompensatorische Regelschemata, mit deren Hilfe man Regeln darüber aufstellt, wie man von anderen behandelt werden will:
 - Andere haben mich respektvoll zu behandeln!
 - Andere haben mich nicht zu behindern!
 - Andere haben mir Aufmerksamkeit zu geben!
4. Die Personen entwickeln in ihrer Biographie aber noch eine sehr wesentliche andere Art von Kompensation: Sie entwickeln „*manipulative Strategien*“ also Strategien, mit deren Hilfe sie Interaktionspartner dazu veranlassen können, ihnen z.B. Anerkennung und Aufmerksamkeit zu geben, selbst wenn diese das gar nicht wollen.

„Manipulativ“ heißen die Strategien deshalb, weil die Interaktionspartner darüber im Unklaren bleiben oder getäuscht werden, worum es eigentlich geht: So ist ein Kind z.B. besonders lustig, aber nicht, weil es das wirklich will, sondern um von Erwachsenen Aufmerksamkeit zu bekommen; ein Kind klagt über Schmerzen, aber nicht, weil es Schmerzen hat, sondern weil es will, dass die Erwachsenen sich kümmern.

Wie betrachten den Begriff „Manipulation“ nicht als Wertung: Nach der Impression-Management-Theorie (vgl. Mummendey, 1995, 2000; Tedeschi & Norman, 1985) ist „Manipulation“ ein normales, soziales Verhalten: Manipulative Strategien können danach positiv als Teil *sozialer Kompetenzen* aufgefasst werden.

Das Problem ist nicht die Manipulation an sich: Das Problem ist das *Ausmaß* der Manipulation: Wir gehen davon aus, dass bereits Personen mit *mittelgradiger* Persönlichkeitsstörung ein deutlich *zu hohes Ausmaß* an Manipulation aufweisen: Sie sind nicht mehr in der Lage, sich angemessen authentisch zu verhalten (d.h. so, dass ihre Ziele in ihren Handlungen transparent werden und sie vom Interaktionspartner einschätzbar sind) und „überspannen den Bogen“: Sie verletzen damit die Reziprozitätsregel und fordern den Interaktionspartner systematisch auf, dass er mehr für sie tun muss als sie für ihn tun: Damit erzeugen sie über kurz oder lang interaktionelle Probleme.

Man muss davon ausgehen: Je stärker eine Persönlichkeitsstörung ausgeprägt ist, desto stärker ist das manipulative Verhalten ausgeprägt und desto weniger kann sich die Person noch authentisch verhalten: Und damit erzeugt sie umso schneller und umso ausgeprägter interaktionelle Kosten (vgl. Sachse, 2001a, 2001b, 2004a).

3 Narzisstische und histrionische Störung

Die narzisstische Persönlichkeitsstörung (vgl. Sachse, 2002, 2004b, 2004c, 2006b, 2007a, 2008; Sachse, Sachse & Fasbender, 2011) ist im Wesentlichen gekennzeichnet:

- Durch ein sehr starkes Anerkennungsmotiv,
- durch ein „doppeltes Selbst-Schema“: Die Klienten weisen einerseits ein (starkes, oft übertriebenes) *positives Selbst-Schema* auf der Art:
 - ich bin hoch kompetent,
 - ich bin sehr erfolgreich,
 - ich bin hochbegabt.

Gleichzeitig weisen sie aber ein (mehr oder weniger stark) *negatives Selbst-Schema* auf mit Annahmen wie:

- ich bin ein Versager,
- ich schaffe nichts,
- ich kann im Grunde gar nichts.

Die Klienten „wechseln“ zwischen den Schemata hin und her. Bei entsprechenden Stimuli ist das positive Schema aktiviert und die Klienten befinden sich in einem positiven

„State of Mind“; bei Stimuli wie Kritik, Abwertung oder „Scheitern“ ist das negative Selbst-Schema aktiviert und die Klienten sind negativ gestimmt, pessimistisch, u.U. misstrauisch und stark kritikempfindlich.

- Durch negative Beziehungsschemata wie:
 - in Beziehungen wird man abgewertet,
 - Beziehungen sind nicht solidarisch.
- Durch (mehr oder weniger) starke kompensatorische Norm-Schemata wie:
 - Sei der Beste!
 - Vermeide Abwertung!
- Durch kompensatorische Regel-Schemata wie:
 - Niemand hat mich zu behindern!
 - Keiner darf mich kritisieren!
 - Man hat mich respektvoll zu behandeln!
- Durch starke und elaborierte manipulative Strategien, mit deren Hilfe Interaktionspartner für die eigenen Ziele eingespannt werden.

Die histrionische Störung (vgl. Sachse, 2001a, 2002, 2006a, 2007a, 2007b, 2008; Sachse & Sachse, 2006) ist der narzisstischen ähnlich, nur dass es hier zentral um Wichtigkeit und nicht um Anerkennung geht. Die histrionische Störung (vgl. Sachse, Fasbender, Breil & Sachse, 2012) ist im Wesentlichen gekennzeichnet durch:

- Ein starkes Motiv nach Wichtigkeit (was sich vor allem als starkes Bedürfnis nach Aufmerksamkeit manifestiert).
- Ein (starkes) negatives Selbstschema der Art:
 - Ich bin nicht wichtig.
 - Ich spiele im Leben anderer keine Rolle.
 - Ich habe anderen nichts zu bieten.
- Ein negatives Beziehungsschema der Art:
 - In Beziehungen wird man nicht wahrgenommen.
 - In Beziehungen wird man nicht ernst genommen.
 - Keiner kümmert sich.
- Ein kompensatorisches normatives Schema mit Annahmen wie:
 - Sei die Wichtigste!
 - Versuche immer, Aufmerksamkeit zu erlangen!
 - Vermeide es, nicht ernst genommen zu werden.

- Ein kompensatorisches Regel-Schema mit Regeln wie:
 - Andere haben mich zu beachten.
 - Andere haben mich ernst zu nehmen.
 - Andere haben mir aufmerksam zuzuhören.
- Ausgeprägte manipulative Strategien, die man vor allem bei histrionischen Klienten in positive und negative Strategien einteilen kann.

Positive Strategien sind solche, auf die Interaktionspartner (meist) zunächst einmal positiv reagieren, die jedoch (vor allem, wenn sie in massiver Form auftreten) Interaktionspartner langfristig verärgern können. Solche Strategien sind z.B.:

- Unterhaltsam sein, lustig sein,
- sexy und erotisch sein,
- verbindlich erscheinen, eine besondere Beziehung vorgeben.

Negative Strategien sind solche, die sich an die Normen der Interaktionspartner wenden, die also die Interaktionspartner „zur Handlung zwingen“, obwohl sie diese gar nicht wollen. Solche Strategien sind z.B.:

- Probleme produzieren, hilflos dastehen, schwach erscheinen,
- Symptome produzieren: Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Ängste etc.
- Kritisieren, Fordern, Nörgeln etc.

4 Die Klienten bringen interaktionelle Strategien in die Therapie ein

Personen mit Persönlichkeitsstörungen haben ihre Strategien in ihrer Biographie gelernt und hoch automatisiert. Dies hat zur Folge, dass

- die Klienten solche Strategien zwar *manchmal gezielt und bewusst* einsetzen, oft aber auch *hoch automatisch* und ohne dass ihnen wirklich klar wird, was sie tun;
- die Klienten ihre Strategien in den unterschiedlichsten interaktionellen Situationen einsetzen;
- die Klienten diese Strategien oft gar nicht mehr als Strategien wahrnehmen, sondern als Teil ihres „normalen“ Verhaltensrepertoires;
- die Klienten in den meisten Fällen ihre Strategien gar nicht als problematisch wahrnehmen (was dazu beiträgt, dass die Störung „ich-synton“ ist, die Klienten sie also selbst gar nicht als „störend“ wahrnehmen, vgl. Fiedler, 2007).

Aus diesen Überlegungen folgt, dass Klienten ihre dysfunktionalen Strategien mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit auch dem Therapeuten gegenüber in der therapeutischen Situation realisieren: Therapeuten müssen damit rechnen, dass Klienten mit Persönlichkeitsstörungen ihre manipulativen Strategien in die Therapie einbringen. Und damit schaffen sie oft für die Therapeuten schwierige Interaktionssituationen: Die Klienten halten sich nicht an die therapeutischen Regeln, verlassen ihre Klienten-Rolle u.ä.: Damit kann der Therapeut oft nicht mehr „standardmäßig“ reagieren: Er benötigt spezifische Interaktionsformen, um mit dem Klienten-Verhalten angemessen therapeutisch umgehen zu können.

Bevor wir uns mit den interaktionellen Problemen und möglichen therapeutischen Umgangsweisen befassen, möchten wir noch ein Wort über die *Emotionsregulation des Therapeuten* sagen: Therapeuten können nur dann angemessen mit den Klienten umgehen, wenn sie sich nicht über den Klienten ärgern. Um dies zu erreichen, ist es oft hilfreich, wenn ein Therapeut sich Folgendes klar macht:

- Der Klient realisiert das schwierige Interaktionsverhalten nicht, um den Therapeuten zu ärgern; er hat das Verhalten auch nicht „für den Therapeuten erfunden“.
- Vielmehr realisiert der Klient ein Verhalten, das er in seiner Biographie gelernt hat und was er im Wesentlichen außerhalb der Therapie realisiert.
- Das Interaktionsverhalten ist daher *ein Teil des Klienten-Problems*.
- Und als solches sollte der Therapeut es auch wahrnehmen: Der Klient realisiert das Verhalten, weil er keine Alternative dazu hat und weil er das Handeln ohne therapeutische Hilfe gar nicht als problematisch wahrnehmen kann.

Daher sollte der Therapeut hier mit diesem Verhalten anders umgehen, als es „normale“ Interaktionspartner tun: Nicht ärgerlich, nicht ablehnend, sondern verständnisvoll: Er sollte versuchen, es zu verstehen und versuchen, dem Klienten Schritt für Schritt deutlich zu machen, was er tut, warum er es tut und welche Konsequenzen es hat. Das kann er aber nur dann, wenn seine Beziehung zum Klienten positiv bleibt.

Im Folgenden sollen exemplarisch für die narzisstische und die histrionische Persönlichkeitsstörung schwierige Situationen im therapeutischen Setting erörtert werden. Dazu ist allerdings vorab anzumerken, dass die Therapie von Klienten mit Persönlichkeitsstörungen hohe therapeutische Expertise erfordert und immer eingebettet sein sollte in ein therapeutisches Gesamtkonzept und auch Phasenmodell des therapeutischen Vorgehens, das z.B. Strategien der Beziehungsgestaltung, Konfrontation und Klärung umfasst (vgl. z.B. Sachse, Sachse & Fasben-

der, 2010). Daher handelt es sich bei den nun folgenden Beispielen um aus dem Gesamtkonzept herausgegriffene Einzelbeispiele schwieriger Situationen und den therapeutischen Umgang damit, die aber streng genommen nicht losgelöst vom Gesamttherapiekonzept betrachtet werden sollten.

5 Interaktionsprobleme narzisstischer Klienten in der Therapie

Wir möchten hier exemplarisch einige typische Interaktionsprobleme darstellen, die narzisstische Klienten in die Therapie einbringen und dazu kurz therapeutische Lösungen vorschlagen (vgl. Sachse, 2000, 2001a, 2002, 2004c, 2006a; Sachse, Sachse & Fasbender, 2011).

Klienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung haben oft die Vorstellung, „etwas Besonderes“ zu sein; und daraus leitet sich oft auch die Erwartung ab, dass ihnen etwas Besonderes zusteht. Dazu gehört die Erwartung, besonders respektvoll behandelt zu werden, aber auch die Erwartung, einen „besonderen Therapeuten zu haben“. Einerseits kann sich die Erwartung auf die Kompetenz des Therapeuten richten, was Klienten zu einem „Kompetenz-Test“ veranlassen kann. Andererseits kann sich die Vorstellung aber auch auf die Person des Therapeuten beziehen: Der Klient will, dass der Therapeut „ihm persönlich gewachsen ist“.

5.1 Kompetenz-Test

Personen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung folgen oft der Devise von Oskar Wilde: „Ich habe einen sehr einfachen Geschmack, ich nehme nur das Beste.“ In der Therapie kann es passieren, dass diese Vorstellung sich auch auf den Therapeuten bezieht: Man will nicht „irgendeinen“ Therapeuten, sondern einen besonders Kompetenten, möglichst einen mit Titeln und Auszeichnungen.

Manchmal können die Klienten Therapeuten, vor allem solche, die nach ihrer Meinung nicht genügend Auszeichnungen und Titel vorweisen, „auf Kompetenz testen“: So schaut sich der Klient z.B. im Therapieraum um und sagt zu dem Therapeuten: „Ich sehe hier gar keine Diplome und Auszeichnungen. Haben Sie eigentlich studiert?“

Unser Rat: Therapeuten sollten hier ganz gelassen und souverän darauf reagieren und dem Klienten sachlich und freundlich erläutern, *dass* sie studiert haben, wo sie studiert haben und durchaus *deutlich* machen, welche Qualifikationen sie haben. Bescheidenheit ist in diesem Falle nicht besonders angemessen: Gut ist es aber, das Ganze eher beiläufig zu berichten, mit der Intention zu informieren, nicht anzugeben.

Der Klient kann auch sagen: „Ich weiß nicht, ob Sie einen so schwierigen und komplexen Klienten wie mich schon hatten.“

Unser Rat: Der Therapeut kann sagen: „Ich habe schon mit vielen Klienten gearbeitet, die schwierige und komplexe Probleme hatten und die Klienten und ich konnten viele Probleme lösen. Da ich Sie noch nicht kenne, kann ich natürlich zu ihren Problemen noch nichts sagen. Aber ich denke, dass wir diese Probleme gut werden angehen können und dass wir die Komplexität als Herausforderung betrachten werden.“

Der Klient kann auch die Tendenz haben, psychologische Konzepte mit dem Therapeuten zu diskutieren oder dem Therapeuten zu sagen, was dieser therapeutisch tun soll. Dann muss der Therapeut einen Kompromiss schließen, denn

- ein Therapeut kann einen Klienten nicht die Regeln der Therapie bestimmen lassen;
- der Therapeut kann sich aber auch mit dem Klienten nicht auf einen Machtkampf einlassen oder ihn verprellen.

Unser Rat: Der Therapeut kann dem Klienten z.B. Folgendes sagen: „Ich finde es sehr gut, dass Sie fachlich so gut informiert sind. Das wird uns die therapeutische Arbeit sehr erleichtern. Und das wird es auch sehr erleichtern, mit Ihnen über therapeutische Maßnahmen zu sprechen.“

Und weiter: „Da Sie zu mir als einem Experten gekommen sind, gehe ich auch davon aus, dass Sie sich von mir beraten lassen wollen und dass Sie meinen Experten-Rat ernst nehmen; ich denke, sonst wären Sie nicht hier. (Und mein Rat ist...)“

5.2 Weichei-Test

Manche Klienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung erwarten für die therapeutische Arbeit aber nicht nur einen Therapeuten, der besonders *fachlich* kompetent ist, sie wollen auch einen Therapeuten, der von seiner Persönlichkeit „etwas hermacht“. Dies bezieht sich ganz oft auch auf die Frage, ob der Therapeut ihnen persönlich „gewachsen“ ist, also

- ob der Therapeut ein ausreichendes Ausmaß an persönlicher Stärke aufweist,
- sodass er sich vom Klienten nicht einschüchtern lässt,
- sondern mit dem Klienten „auf Augenhöhe“ kommunizieren kann.

Der „Weichei-Test“ kann z.B. implizieren, dass der Klient sich „im Fußraum“ der Sitzgruppe, auf der Therapeut und Klient sitzen, sehr stark ausbreitet: Hat der Therapeut den Eindruck, dass er durch den Klienten eingeengt oder eingeschränkt wird, dann sollte er das offen thematisieren.

tisieren, z.B.: „Ich finde es ok, dass Sie sich ausbreiten, aber wir sollten uns einigen, wer seine Füße wohin setzt.“: Freundlich, aber deutlich, höflich, aber bestimmt.

Manchmal kann der Klient den Therapeuten auch kritisieren, der Therapeut hat aber den Eindruck, es geht deutlich nicht um Inhalte, sondern darum, dass der Klient testet, wie der Therapeut reagiert: Dann kann der Therapeut Folgendes tun:

- „Ich merke, dass ich Sie nun durch irgendetwas ärgerlich gemacht habe. Das tut mir leid.“
- „Ich finde es aber wichtig, dass wir das klären und die Störung beseitigen.“
- „Deshalb wäre es gut, wenn Sie mir genau sagen könnten, was Sie ärgerlich gemacht hat.“

Die Devise heißt:

- Dem Klienten *nicht* ausweichen, die Kritik *nie* vermeiden.
- „Dem Drachen ins Auge schauen.“
- Auf den Klienten freundlich zugehen, sich der Kritik stellen.
- Den Klienten auffordern, genau zu sagen, was ihn stört.
- Sich dann mit der Kritik des Klienten auseinandersetzen.

Anfänger-Therapeuten kriegen manchmal auch einen Spruch der Art: „Sie sehen noch so jung aus, haben Sie eigentlich schon genug Erfahrung?“ Unser Rat ist, etwas zu sagen wie: „Ja, ich sehe noch jung aus, aber ich habe ein Studium und eine Therapieausbildung absolviert und ich denke, dass ich genug Erfahrung habe, aber mein Rat an Sie kann natürlich nur sein: Probieren Sie mich aus! Schauen Sie, ob Sie mit mir zufrieden sind.“

Auch hier heißt die Devise: Nicht defensiv sein, sondern offensiv; keine Angst haben, auch nicht durch eine Bewertung durch den Klienten! Wenn der Klient unzufrieden ist, steht es ihm frei, sich einen anderen Therapeuten zu suchen.

5.3 Peer-Status

Therapeuten sollten nie vergessen, dass Klienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung anerkennungsmotiviert sind und dass sie deshalb auch vom Therapeuten Anerkennung erwarten. Bei manchen Klienten zeigt sich das darin, dass sie dem Therapeuten gegenüber einen Peer-Status einnehmen wollen: Sie wollen als Person oder manchmal sogar fachlich als „gleichwertig“, „gleichrangig“ anerkannt werden.

Therapeuten müssen hier wieder einen Kompromiss finden:

- Sie sollten wiederum nicht den Klienten die Regeln der Therapie bestimmen lassen.
- Sie sollten den Klienten aber stärker beteiligen.

Wesentlich ist hier *Transparenz*: Ein Klient, der als „gleichwertig“ behandelt werden möchte, reagiert in aller Regel positiv darauf, wenn der Therapeut ihm das, was er tut, fragt, vorschlägt, *erläutert*. Daher sollte ein Therapeut etwas sagen wie: „Ich denke, dass Sie ja viel von Psychologie verstehen und ich denke, dass Sie hoch intelligent sind, deshalb würde ich Ihnen gerne erläutern, warum ich XY vorschlage.“

Der Therapeut sollte auch

- den Klienten fragen, was dieser möchte und sich mit diesen Vorschlägen auseinandersetzen,
- mit dem Klienten Vorgehensweisen erörtern und diskutieren.

6 Interaktionsprobleme histrionischer Klienten in der Therapie

In diesem Abschnitt möchten wir typische Interaktionsprobleme histrionischer Klienten darstellen und dazu therapeutische Lösungen erörtern (vgl. Sachse et al., 2012).

6.1 Sonder-Konditionen

Klienten mit histrionischer Störung verhandeln gerne mit Therapeuten über „Sonder-Konditionen“, vor allem zu Therapie-Beginn: Sie wollen

- besonders lange Therapie-Sitzungen,
- die Möglichkeit zu Krisen-Sitzungen, auch abends oder an Wochenenden,
- die private Telefonnummer des Therapeuten, falls sie akute Probleme haben.

Auch hier sollte sich der Therapeut nicht zur Spiel-Ebene komplementär verhalten, denn das führt leicht zu einem „Devils-Principle“: Je mehr der Therapeut nachgibt, desto höher werden die Forderungen des Klienten. Therapeuten glauben manchmal, sie könnten das Problem dadurch lösen, dass sie einfach die Forderungen der Klienten erfüllen, doch in den allermeisten Fällen führt das dazu, dass die Therapeuten nach kurzer Zeit völlig überfordert sind, sich dann ärgern und die therapeutische Beziehung dann extrem Schaden nimmt. Deshalb ist unsere Devise: *Principiis obsta!* Ein Therapeut sollte bei histrionischen Klienten niemals auf Forderungen des Klienten eingehen, die therapeutische Regeln verletzen.

Therapeuten können aber nicht einfach „Regeln durchsetzen“, denn sie müssen unbedingt die therapeutische Beziehung pflegen. Daher sollten sie *begründen*, warum sie hier den Wünschen des Klienten nicht nachkommen.

Ein Therapeut kann hier sagen:

- „Ich möchte keine längeren Therapiesitzungen machen, weil sich das nach meiner Erfahrung nicht bewährt hat: Therapiesitzungen sind anstrengend und ein Klient kann sich nicht länger als 50 Minuten hochgradig auf schwierige Inhalte konzentrieren. Daher ist in aller Regel die zweite, angehängte Therapiesitzung ineffektiv. Und man sollte bedenken: Wir haben nur ein sehr begrenztes Stunden-Kontingent und wir sollten daher keine einzige Stunde verschwenden.“
- Und: „Auch ich als Therapeut muss mich konzentrieren und kann eine zweite Stunde nicht mehr effektiv machen.“

Zu Krisen-Sitzungen: „Ich biete hier ambulante Therapie an und ich gehe davon aus, dass ambulante Therapie bedeutet, dass der Klient gut durch die Woche kommt. Sollte es tatsächlich akute Krisen geben, dann wird ein stationärer Aufenthalt erforderlich sein.“

Und: „Ich möchte durch die Therapie auch erreichen, dass ein Klient von der Therapie unabhängiger wird. Wenn wir aber immer bei Bedarf Therapiestunden machen, wird nach allem, was wir wissen, ein Klient stärker von Therapie abhängig. Das möchte ich auf keinen Fall.“

Und: „Mein Angebot als Therapeut ist ambulante Therapie. Ich kann im Rahmen meiner Arbeit auf keinen Fall eine zusätzliche Krisenintervention anbieten.“

Zur Telefonnummer: „Ich stehe Ihnen hier in der Therapiestunde zur Verfügung und Sie können mich auch während meiner Rufbereitschaft anrufen. Aber außerhalb dieser Zeiten muss und möchte ich mich um andere Sachen kümmern und stehe nicht zur Verfügung. Ich kann Ihnen gerne Notfallnummern geben, an die Sie sich im Ernstfall wenden können.“

6.2 Suizid-Drohungen

Um Therapeuten dazu zu veranlassen, den Klienten doch Sonderkonditionen einzuräumen oder sich verstärkt, um die Klienten zu kümmern, realisieren die Klienten manchmal Suizid-Drohungen: Sie sprechen in der Therapiestunde über möglichen Suizid oder im Extremfall, finden sie die Telefonnummer des Therapeuten heraus und rufen ihn in der Nacht an mit Worten wie: „Ich sitze hier mit der Rasierklinge in der Hand.“

Es fällt manchen Therapeuten hier oft schwer, doch auch hier gilt, dass der Therapeut sich auf keinen Fall zur Spielebene des Klienten komplementär verhalten sollte, insbesondere darf er sich unter gar keinen Umständen erpressbar machen.

Solange der Klient inhaltlich an Suizidalität arbeitet, ist es ok. Droht er jedoch akut mit Suizid, muss der Therapeut eine Einweisung veranlassen.

Und sollte die Klientin tatsächlich einmal die Telefonnummer des Therapeuten in Erfahrung bringen (was durchaus möglich ist) und ihn anrufen und sich als akut suizidal bezeichnen, dann sollte der Therapeut *nicht* mit ihr eine Therapiestunde am Telefon abhalten! Vielmehr sollte er der Klientin sagen, dass er nun auflegen und die Polizei/Feuerwehr informieren wird und *genau das* sollte er dann auch tun.

Unsere Erfahrung mit histrionischen Klienten bezüglich dieser Vorgehensweise ist durchweg positiv: Die Klienten lernen,

- dass der Therapeut ihre Drohungen sehr ernst nimmt und sie nicht hängen lässt,
- dass der Therapeut aber auch in gar keiner Weise erpressbar ist.

Die Folge davon ist,

- dass die Klienten nun auch den Therapeuten ernst nehmen,
- dem Therapeuten die Aktion nicht übel nehmen (auch, wenn sie sich u.U. erst einmal beschweren),
- dass sie solche Aktionen in Zukunft lassen.

6.3 Kritik zur Kontrolle des Therapeuten

Histrionische Klienten kritisieren den Therapeuten oft, um „ihn auf Kurs zu bringen“: Er soll sich mehr um den Klienten kümmern, dem Klienten stärker uneingeschränkte Aufmerksamkeit geben usw. Ein solches Verhalten dient nicht einer wirklichen Kritik: Der Klient ist nicht an einer Diskussion inhaltlicher Aspekte der Therapie interessiert, *sondern er will, dass der Therapeut sein Beziehungsverhalten ändert*. Solche Strategien von Klienten bezeichnen wir (in Anlehnung an die Mount-Zion-Research-Group, vgl. Ambühl & Dobbies, 1991; Silberschatz, 1986; Silberschatz et al., 1986, 1989, 1990; Weiss, 1971; Weiss et al., 1986) als „Tests“ (s. Sachse, Sachse & Fasbender, 2011).

So beginnt eine Klientin die Therapiesitzung in der 3. Therapiestunde mit den Worten: „In der letzten Stunde habe ich mich ganz schlecht gefühlt und Sie haben es überhaupt nicht bemerkt. Sie haben mich einfach so weggeschickt, in dem Zustand, in dem ich war. Davon habe ich mich bis heute nicht erholt.“

Sehr wahrscheinlich hat der Therapeut in der Tat in der vorigen Stunde nichts bemerkt und sehr wahrscheinlich geht dies darauf zurück, dass die Klientin in gar keiner Weise in einem „desolaten“ Zustand war; sehr wahrscheinlich dient die ganze Aktion dazu, den Therapeuten

dazu zu veranlassen, der Klientin mehr Aufmerksamkeit zu geben und sich mehr um sie zu kümmern.

Interaktionell sollte der Therapeut darauf eingehen, allerdings sollte er sich u.U. hier *nicht* komplementär zur Spielebene verhalten, er sollte also *nicht*:

- Die vermeintliche Verantwortung für seine „Therapiefehler“ übernehmen und „Besserung geloben“.
- Defensiv reagieren, indem er erläutert oder begründet, warum er die Stunde so gemacht hat, wie er sie gemacht hat.

Sinnvoll ist es hier vielmehr,

- dass der Therapeut anerkennt, dass er etwas getan hat, das etwas bei der Klientin ausgelöst hat: „Ich sehe, dass ich in der letzten Stunde irgendetwas getan habe, das Sie in einen schlechten Zustand versetzt hat.“
- dass der Therapeut die Klientin für die Kritik lobt, um die Aktion zu „entschärfen“: „Ich finde es sehr gut, dass Sie das jetzt offen ansprechen, denn das gibt uns die Gelegenheit, das jetzt zu klären und die Störung zu beseitigen.“
- dass der Therapeut die Klientin nun dazu veranlasst, die ganze Sache nun genau zu klären (also dem Thema nicht auszuweichen, sondern sich dem Thema zu stellen): „Ich würde jetzt aber gerne genau verstehen, was ich gemacht habe und was genau das bei Ihnen ausgelöst hat. Vielleicht können Sie das jetzt mal genau beschreiben.“
- dass der Therapeut daraufhin den Klärungsprozess stark steuert, den Fokus auf die Klientin und *ihre* Verarbeitungsprozesse lenkt und sich dabei stark komplementär zum Wichtigkeitsmotiv verhält.

6.4 Direkte Kontrolle

Klienten mit histrionischer Persönlichkeitsstörung realisieren auch manchmal dadurch eine „schwierige“ Situation im Therapiekontext, indem sie (manchmal theatralisch überzogen) dem Therapeuten direkt deutlich machen, dass sie beispielsweise sehr unter den vertiefenden Fragen des Therapeuten leiden, sehr belastet sind, auf alle Fälle mehr Verständnis für diesen desolaten Zustand vom Therapeuten benötigen (und andererseits inhaltlich nun keinesfalls weiter „arbeiten“ können). So kann es beispielsweise passieren, dass eine Klientin laut anfängt zu stöhnen, „Schnappatmung“ oder Kopfschmerzen bekommt, laut schluchzt; aufsteht, um das Fenster zu öffnen oder auch weinend den Therapieraum fluchtartig verlässt. Man kann diese Verhaltensbeispiele als „direkte Kontrolle“ bezeichnen, weil sie dem Therapeuten zu-

nächst unmöglich machen, seinen eigentlichen Therapieplan weiter zu verfolgen. Darüber hinaus ist das Verhalten appellativ und manipulativ, da es den Therapeuten zwingt, darauf zu reagieren und sich zu kümmern. Es ist aber auch „intransparent“, d.h. die Klientin sagt nicht direkt: „Ich brauche mehr Aufmerksamkeit von Ihnen“ oder „Ich möchte hier nicht weiter arbeiten!“, sondern realisiert stattdessen intransparentes Verhalten, da sie vermutlich biographisch „gelernt“ hat, dass das direkte Äußern von Wünschen u.a. nicht zum gewünschten Ergebnis führt, ignoriert wird o.ä.

Hier ist es wichtig,

- dass der Therapeut sich nicht aus der Ruhe bringen lässt oder etwa ärgerlich oder erschrocken reagiert,
- dass der Therapeut zum einen auf der Motiv- und Beziehungsebene die Klientin ernst nimmt und deutlich macht, dass er sieht, wie sehr die Klientin belastet ist,
- dass er abwartet, bis die Klientin wieder „reden kann“ und dann deutlich macht, dass er die Klientin ganz genau verstehen möchte, fragt, was genau die Klientin zu der Verhaltensweise veranlasst hat,
- dass der Therapeut je nach Therapiephase und je nach Ausmaß des vorhandenen „Beziehungskredits“ die Klientin gegebenenfalls mit der direkten Kontrolle, dem „manipulativen Verhalten“ bzw. dem intransparenten Verhalten konfrontiert, um anschließend klären zu können, warum die Klientin dies genau realisiert, um so letztendlich die dahinterliegenden Motive und Schemata mit der Klientin klären und bearbeiten zu können.

7 Resümee

Zusammengefasst ist noch einmal zu sagen, dass Klienten mit Persönlichkeitsstörungen eine Vielzahl von „schwierigen“ Situationen im therapeutischen Setting realisieren können. Daher empfehlen wir, sich in der Arbeit mit Klienten mit Persönlichkeitsstörungen von vorn herein auf solche herausfordernden Situationen einzustellen und den souveränen Umgang damit zu trainieren, damit letztendlich die Klienten bestmöglich von der Therapie profitieren können.

Ein wichtiges Ziel der Therapie von Klienten mit Persönlichkeitsstörungen ist es, genau solche schwierigen Therapiesituationen gemeinsam mit dem Klienten zu meistern, transparent zu machen und zu klären. Das Erkennen „eigener Anteile“ an interaktionellen Schwierigkeiten stellt für Klienten mit Persönlichkeitsstörungen eine große Herausforderung dar und ist aber andererseits unerlässlich, da diese den Hauptkern der Problematik der Klienten darstellen und

im Alltag meist (unerkannt) den größten Leidensdruck produzieren. Daher sollte man die Bearbeitung dessen auf Therapeutenseite mit viel Geduld und Verständnis angehen.

Literatur

- Ambühl, H. & Dobbies, G. (1991). Wie sieht ein klientInnenberechtigtes therapeutisches Angebot aus? Ein Plädoyer für fallspezifische Analysemethoden in der Psychotherapieforschung. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 3, 289-304.
- Benjamin, L.S. (1987). Use of the SASB dimensional model to develop treatment plans for personality disorders: Narcissism. *Journal of Personality Disorders*, 1, 43-70.
- Benjamin, L.S. (1992). An interpersonal approach to the diagnosis of borderline personality disorders. In J.F. Clarkin, E. Marziali & H. Munroe-Blum (eds.), *Borderline personality disorder: Clinical and empirical perspectives*, 161-198. New York: Guilford.
- Benjamin, L.S. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of DSM personality disorders*. New York: Guilford.
- Benjamin, L.S. (1996). Ein interpersonaler Behandlungsansatz für Persönlichkeitsstörungen. In: B. Schmitz; T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie*, 136-148. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Ecker, W. (1996). Persönlichkeitsstörungen. In: M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie*, 3. Auflage, 381-386. Berlin: Springer.
- Fiedler, P. (1993). Persönlichkeitsstörungen. In: H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen*, 219-266. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (1994a). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz.
- Fiedler, P. (1994b). Persönlichkeitsstörungen. In: A. Ehlers & K. Hahlweg (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Klinische Psychologie*, Bd. 2. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (1994c). Persönlichkeitsstörung. In: H. Reinecker (Hrsg.), *Fallsammlung zum Lehrbuch für Klinische Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (1994d). Persönlichkeitsstörung. In: H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen*, 219-266. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (2007). *Persönlichkeitsstörungen*, 6. Auflage. Weinheim: Beltz.
- LeLord, F. & Andre, C. (2009). *Der ganz normale Wahnsinn*. Berlin: Aufbau Verlag.
- Mummendey, H.D. (1995). *Psychologie der Selbstdarstellung*. Göttingen: Hogrefe.
- Mummendey, H.D. (2000). *Psychologie der Selbstschädigung*. Göttingen: Hogrefe.

- Oldham, J.M. & Morris, L.B. (2010). *Ihr Persönlichkeitsportrait*. Eschborn: Klotz.
- Sachse, R. (1999). *Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*. Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Sachse, R. (2000). Der Einfluss von Persönlichkeitsstörungen auf den Therapieprozess. In: Parfy, E., Rethenbacher, H., Sigmund, R., Schoberger, R. & Butschek, C. (Hrsg.), *Bindung und Interaktion. Dimensionen der professionellen Beziehungsgestaltung*, 85-111. Wien: Facultas.
- Sachse, R. (2001a). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2001b). Persönlichkeitsstörung als Interaktionsstörung: Der Beitrag der Gesprächspsychotherapie zur Modellbildung und Intervention. *Psychotherapie*, 5, 2, 282-292.
- Sachse, R. (2002). *Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2004a). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für eine Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2004b). Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen. In: R. Merod (Hrsg.), *Behandlung von Persönlichkeitsstörungen*, 357-404. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Sachse, R. (2004c). *Selbstverliebt – aber richtig*. Klett-Cotta.
- Sachse, R. (2006a). *Persönlichkeitsstörungen verstehen – Zum Umgang mit schwierigen Klienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sachse, R. (2006b). Narzisstische Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapie*, 11 (2): 241-246.
- Sachse, R. (2007a). Therapie der narzisstischen und histrionischen Persönlichkeitsstörungen: Zwei Fallberichte. In: S. Barnow (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlungen*, 404-410. Bern: Huber.
- Sachse, R. (2007b). *Wie manipulierte ich meinen Partner – aber richtig*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sachse, R. (2008). Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörung. In: M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung*, Bd. 2, 1105-1125. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Sachse, R., Fasbender, J., Breil, J. & Sachse, M. (2012). *Klärungsorientierte Psychotherapie der Histrionischen Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. & Sachse, C. (2006). *Wie ruiniere ich meine Beziehung – aber endgültig? 2. Auflage*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Sachse, R., Sachse, M. & Fasbender, J. (2010). *Klärungsorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Sachse, M. & Fasbender, J. (2011). *Klärungsorientierte Psychotherapie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmitz, B. (1996). Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In: W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Silberschatz, G. (1986). Testing Pathogenic Beliefs. In: J. Weiss, H. Sampson & the Mount Zion Psychotherapy Research Group (Eds.), *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observation, and Empirical research*, 256-266. New York: Guilford.
- Silberschatz, G., Curtis, J.T. & Nathans, S. (1989). Using the patients plans to assess progress in psychotherapy. *Psychotherapy*, 26, 40-46.
- Silberschatz, G., Curtis, J.T., Sampson, H. & Weiss, J. (1990). Research on the process of change in psychotherapy: An approach of the Mount Zion Psychotherapy Research Group. In: L. Beutler & M. Cargo (Eds.), *International psychotherapy research programs*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Silberschatz, G., Fretter, P.B. & Curtis, J.T. (1986). How do interpretations influence the progress in psychotherapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 646-652.
- Tedeschi, J.T. & Norman, N. (1985). Social power, self-presentation, and the self. In: B.R. Schlenker (Ed.), *The self and social life*, 293-322. New York: McGraw-Hill.
- Weiss, J. (1971). The emergence of new themes. A contribution to the psychoanalytic theory of therapy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 52 (4), 459-467.
- Weiss, J., Sampson, H. & Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research*. New York: Guilford.