



Rainer Sachse

Persönlichkeits- störungen

Leitfaden für die
Psychologische Psychotherapie

3., aktualisierte und erweiterte Auflage

 hogrefe

Persönlichkeitsstörungen

Rainer Sachse

Persönlichkeits- störungen

Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie

3., aktualisierte und erweiterte Auflage



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

Copyright-Hinweis:

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

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

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

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

3., aktualisierte und erweiterte Auflage 2019

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

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

ISBN 978-3-8017-2906-6

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

Nutzungsbedingungen:

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

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

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

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

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

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

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

Anmerkung:

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

Inhaltsverzeichnis

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

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

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

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

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

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

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

1 Wesentliche Grundkonzepte von Persönlichkeitsstörungen

1.1 Einleitung

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

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

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

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

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

1.2 Der Begriff „Persönlichkeitsstörung“

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

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

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

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

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

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

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

1.3 Stil und Störung

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

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

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

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

1.4 Das Stellen von Diagnosen

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

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