



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen im
Personenzentrierten Ansatz“

Verfasserin

Andrea Martinovsky

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:
Studienrichtung lt. Studienblatt:
Betreuer:

A 297
Diplomstudium Pädagogik
Ao Univ.-Prof. Dr. Robert Hutterer

Danksagung

In erster Linie möchte ich meinen Eltern danken – abgesehen von der finanziellen Unterstützung war und ist das Elternhaus für mich immer ein Ort zum Kraft tanken und Erholen. Danke, dass ihr für mich da seid und mir bei den alltäglichen Sorgen stets mit Rat und Tat zur Seite steht!

Ein besonderer Dank gilt meiner lieben Tante Maria Karnthaler, die nie aufgehört hat an mich zu glauben und mich immer wieder aufs Neue ermutigt hat, weiterzumachen. Trost, Aufmunterung und Motivation konnte und kann ich bei ihr immer finden – danke!

Meinem Freund Florian Wolzt möchte ich insbesondere dafür danken, dass er in einer schwierigen Phase des Schreibens meine Launen ausgehalten hat und ich bei ihm jederzeit Trost und Halt gefunden habe. Er hat er an mich geglaubt, mir Mut zu gesprochen und mich in der Endphase großartig unterstützt.

Auch meinen Geschwistern Julia, Wolfgang und Dominik Martinovsky möchte ich danke sagen – danke Julia dass du mir immer eine Freundin warst und bist, danke Wolfi für deine Unterstützung in EDV Belangen und auch danke Domi für div. Formatierungshilfen!

Da es nicht leicht war, passende Interviewpartner/innen zu finden, möchte ich vor allem jenen Psychotherapeut/innen danken, die sich Zeit genommen haben, mich bei der Umsetzung dieser Arbeit zu unterstützen.

Meinen herzlichsten Dank möchte ich Frau Mag^a Andrea Wolzt aussprechen, die sich dazu bereit erklärt hat, meine Arbeit in kürzester Zeit Korrektur zu lesen.

Auf universitärer Ebene möchte ich mich bei Ao Univ.-Prof. Dr. Robert Hutterer bedanken. Die Ermöglichung eines freien und selbständigen Arbeitens hat mir vor allem während dem Einstieg ins Berufsleben vieles leichter gemacht.

Großer Dank gilt auch meinem lieben Arbeitskollegen und Koordinator Mag. Josef Bißmeier-Lechner, der ebenfalls immer ein offenes Ohr für mich hatte und mir Zeit für das Fertigstellen meiner Arbeit freigeschaufelt hat.

Anmerkung:

Bezugnehmend auf die sprachliche Gleichberechtigung wird darauf hingewiesen dass die Bezeichnungen „Therapeut“ und „Klient“ immer für beide Geschlechter gelten. Im empirischen Teil wird auch die weibliche Form verwendet, da es sich hier um konkrete Personen handelt.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	1
1.1. FRAGESTELLUNG	1
1.2. ENTWICKLUNG DER PROBLEMSTELLUNG	2
1.3. METHODISCHES VORGEHEN	4
2. ERSCHEINUNGSFORMEN VON PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN	7
2.1. PARANOIDE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG	10
2.2. SCHIZOIDE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG	10
2.3. SCHIZOTYPISCHE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG	11
2.4. ANTISOZIALE/DISSOZIALE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG	12
2.5. BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG	13
2.6. HISTRIONISCHE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG	15
2.7. NARZISSTISCHE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG	15
2.8. VERMEIDEND-SELBSTUNSICHERE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG	16
2.9. DEPENDENTE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG	17
2.10. ZWANGHAFTE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG	18
3. ENTWICKLUNG/ENTSTEHUNG EINER PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG	21
3.1. PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG ALS BEZIEHUNGS- ODER INTERAKTIONS-STÖRUNG	22
3.2. DAS SELBSTKONZEPT ALS DIFFERENTIELLES VERSTÄNDNIS VON PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN	29
4. THERAPEUTISCHE MÖGLICHKEITEN ZUR BEHANDLUNG VON PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN	35
4.1. PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG ALS INTERAKTIONSTÖRUNG	35
4.2. THEORIE DER VERSPERRTEN SYMBOLISIERUNGEN	37
4.3. PHASEN DER PSYCHOTHERAPIE IM PROZESSORIENTIERTEN ANSATZ	40
5. PERSONENZENTRIERTE SICHTWEISE VON PERSÖNLICHKEITS-STÖRUNGEN	43
5.1. STÖRUNGSSPEZIFISCHE GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE?	43
5.2. DAS DIFFERENZIELLE INKONGRUENZMODELL	48
5.3. PROZESSORIENTIERTE GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE	51

6. METHODISCHE VORGEHENSWEISE	55
6.1. FRAGESTELLUNG	55
6.2. GESPRÄCHSPARTNER	56
6.3. METHODE	56
7. ERGEBNISSE/VERDICHTUNGSPROTOKOLLE	59
7.1. VERDICHTUNGSPROTOKOLL THERAPEUT EINS	59
7.1.1. <i>Themenbezogene Aussagen Therapeut Eins</i>	68
7.2. VERDICHTUNGSPROTOKOLL THERAPEUT ZWEI	69
7.2.1. <i>Themenbezogene Aussagen Therapeut Zwei</i>	77
7.3. VERDICHTUNGSPROTOKOLL THERAPEUT DREI	78
7.3.1. <i>Themenbezogene Aussagen Therapeut Drei</i>	83
7.4. VERDICHTUNGSPROTOKOLL THERAPEUT VIER	84
7.4.1. <i>Themenbezogene Aussagen Therapeut Vier</i>	91
7.5. AUSSAGENZUSAMMENSTELLUNG/GESAMTAUSSAGE	93
8. ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION	99
9. LITERATURVERZEICHNIS	103
ZUSAMMENFASSUNG/ ABSTRACT	109
LEBENSLAUF	111

1. Einleitung

Über Persönlichkeitsstörungen gibt es mehr als genug Theorien und Behandlungstechniken und man findet in der Literatur auf Anhieb unzählige Bücher, Artikel und Publikationen, die sich mit diesem Krankheitsbild befassen.

Fiedler (2002) hat einen Überblick über fünf unterscheidbare Theorieperspektiven gegeben: psychodynamisch-psychoanalytisch, interpersonell-soziodynamisch, verhaltenstheoretisch-behavioral, verhaltenstheoretisch-kognitiv und biologisch-genetisch. Die Antwort auf die Frage, welche der genannten Theorien die Persönlichkeitsstörungen am besten verstehe, ist: keine. Jede dieser Theorien nimmt einen spezifischen Blickwinkel ein, und somit kann das Gesamtspektrum der Verstehensnotwendigkeiten möglicherweise gar nicht vollständig erfasst werden.

Von diesen fünf genannten Theorieansätzen gibt es also keinen, der Persönlichkeitsstörungen am besten versteht. Nicht mit in den direkten Vergleich einbezogen hat Fiedler die personenzentrierte Psychotherapie. In dieser Arbeit soll dargestellt werden, was die personenzentrierte Psychotherapie zu diesem „Thema“ beigetragen hat und wie sie auf das Störungsbild der Persönlichkeitsstörung eingeht.

1.1. Fragestellung

Wie schon zuvor erwähnt, befasst sich diese Arbeit speziell mit der personenzentrierten Sichtweise von Persönlichkeitsstörungen. Es erscheint daher sinnvoll, Psychotherapeuten aus dem Personenzentrierten Ansatz zu befragen, da sie Erfahrungen aus der Praxis aufweisen können.

Wie sieht die Behandlung von Klienten, die beispielsweise an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, konkret aus? Unterscheidet sich die Behandlung von Klienten mit einer Persönlichkeitsstörung von denen, die zum Beispiel an einer Depression leiden? Ist es erforderlich, bei der personenzentrierten Behandlung von Persönlichkeitsstörungen die Methode „abzuwandeln“ – an die jeweilige Störung anzupassen und zu modifizieren?

Anhand der Erfahrungsberichte von Psychotherapeuten sollen quasi aktuelle Informationen aus der Praxis mit der Literatur verglichen und es soll gezeigt werden, wie sich die Praxis mit der Theorie verbinden lässt beziehungsweise wo, wie und ob sie sich von ihr abgrenzt; es soll verdeutlicht werden, wo es Abweichungen gibt und inwiefern ein Umsetzen von der Theorie in die Praxis bei dieser Problemstellung überhaupt möglich ist.

1.2. Entwicklung der Problemstellung

Aufgrund der früheren Haltungen von Personenzentrierten Psychotherapeuten, der Diagnostik mit einer gewissen Distanz zu begegnen, wurde den Persönlichkeitsstörungen lange Zeit nicht dieselbe Aufmerksamkeit geschenkt wie es heute der Fall ist. Erst in den 80er Jahren begann man, sich näher mit dem Erscheinungsbild der Persönlichkeitsstörung auseinanderzusetzen. Damit zusammenhängend tauchen immer wieder Diskussionen um ein störungsspezifisches Vorgehen auf, da bei manchen seelischen Störungen, so Speierer (2002b), die drei therapeutischen Grundhaltungen modifiziert oder mit anderen Therapieoptionen kombiniert werden müssen.

Die Frage nach einem störungsspezifischen Vorgehen in der personenzentrierten Psychotherapie wird heiß diskutiert, und entgegen aller Einwände Carl Rogers' wurden mehrere Konzepte, basierend auf Störungswissen, entwickelt.

Die störungsspezifischen Konzepte, die im Laufe der Zeit ausgearbeitet wurden, stützen sich auf das differentielle Inkongruenzmodell von Speierer. Speierer (1990) schlägt vor, eine eigene Krankheitslehre zu formulieren. In seiner so genannten klientenzentrierten Krankheitslehre soll krankmachende Inkongruenz verringert werden, wodurch auch Folge- und Begleitsymptome verschwinden. Die spezifische, differentielle Krankheitslehre erlaubt „einen theoriegeleiteten und störungsspezifischen Einsatz des therapeutischen Angebots“ (Speierer, 1990, S. 86).

Warum viele ein störungsspezifisches Vorgehen vertreten, liegt laut Teusch & Finke (2002) daran, dass es in einer Klinik erforderlich ist, das eigene Vorgehen zu explizieren, und dazu bedarf es eines störungs- und krankheitsbezogenen Denkens und Handelns.

Carl Rogers hatte gegenüber einer störungsspezifischen Perspektive in der Personenzentrierten Psychotherapie Bedenken und lehnte ein krankheitsbildbezogenes, störungsspezifisches Vorgehen in der Gesprächspsychotherapie ab.

Er war der Meinung, dass Therapie „ein Prozess, ein Ding an sich, ein Erlebnis, eine Beziehung, eine wirkende Kraft“ sei (Rogers, 1983, S. 131). Für ihn ist die wichtigste Voraussetzung für eine Therapie nicht eine Theorie oder ein Dogma, sondern die therapeutische Grundhaltung. Er hatte Bedenken, dass das Individuum hinter einem Typus verschwinden könnte, wenn das therapeutische Vorgehen diagnosegeleitet ist, und er fürchtete außerdem, dass der Therapeut seine Grundhaltung vergessen könnte, wenn er sich auf eine genaue Technik fixiert (Teusch & Finke, 2002). Für Rogers war es wichtig, dass das Individuum im Mittelpunkt steht, nicht eine Krankheit oder eine Diagnose.

Die Vertreter der störungsspezifischen Therapietechnik anerkennen diese Einwände Rogers nur bedingt.

Nach Teusch (1995) ist es wichtig, gerade bei Klienten mit länger bestehender Symptomatik die entstandene Eigengesetzlichkeit aufgrund des Störungswissens des Therapeuten in der Interaktion mit dem Klienten besser zu verstehen und zu erfassen (Teusch 1995, zitiert nach Finke & Teusch, 2002a, S. 148). Das heißt, es ist wichtig, sich mit der konkreten Störung des Klienten zu befassen.

Bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung sind, so Swildens (1991), die Selbstwahrnehmung und die Integration des Wahrgenommenen gestört. Diese Störung ist oft so ausgeprägt, dass behandlungspraktisch die rein empathische Position immer wieder überschritten werden muss, damit es zu konfrontierenden und beziehungsklärenden Interventionen kommt. Die Entscheidung für ein solches Vorgehen setzt aber Störungswissen seitens des Therapeuten voraus (Swildens, 1991, zitiert nach Finke & Teusch, 2002a, S. 149). Aber auch für die Verstehenskompetenz des Therapeuten ist Störungswissen wichtig. Ein wirklich einführendes Verstehen ist oft nur dann möglich, wenn der Therapeut um die störungsbedingten Eigenarten des Klienten weiß (Binder & Binder, 1991, zitiert nach Finke & Teusch, 2002a, S. 150).

Es wird hier betont, wie wichtig es ist, bei bestimmten Klienten Störungswissen aufweisen zu können, um so besser agieren zu können.

Sauer (1993) meint, dass ein störungsspezifisches Verstehen wichtig ist, weil der Therapeut erst dadurch begreift, was der Patient überhaupt braucht. Dies ist mit dem Anliegen Rogers' kaum noch zu vereinbaren.

Die Frage, ob wir Störungswissen brauchen, um personenzentriert arbeiten zu können, formuliert Fehringer (2005) anders – die Frage ist für ihn nicht, ob wir Störungswissen

brauchen, sondern „unter welchen Bedingungen wir welches Wissen für wen, wann und wozu brauchen“ (Fehringer, 2005, S. 45). Er ist der Meinung, dass man zwar vielleicht kein Störungswissen für das personenzentrierte therapeutische Arbeiten benötigt, aber dass es in bestimmten Zusammenhängen durchaus nützlich sein kann, sein gewonnenes Wissen über bestimmte Phänomene anbieten zu können.

Bis in die 80er Jahre galt die Personenzentrierte Psychotherapie für die Behandlung von psychiatrischen Erkrankung als wenig geeignet, und in manchen Lehrbüchern tauchten bestimmte Begriffe wie zum Beispiel Schizophrenie oder Psychose gar nicht erst auf. In den 80er Jahren jedoch wurde die Wirksamkeit der Personenzentrierten Psychotherapie bei einem breiten Spektrum psychiatrischer Störungen durch eine Reihe von systematischen Studien belegt (Teusch 1988, zitiert nach Finke & Teusch, 2002a).

Aktuelle Forschungen beziehen sich auf die Frage der Notwendigkeit einer störungsspezifischen Gesprächspsychotherapie. Das Thema „Prozess- und Störungsspezifität“ wurde 2004 bei einem internationalen deutschsprachigen Symposium in Österreich zum brisanten Diskussionsthema und führte zu heißen Debatten, die bis heute anhalten (Schmid, 2005, S. 5).

Die Frage nach der Notwendigkeit von Störungswissen und störungsspezifischem Vorgehen in der personenzentrierten Psychotherapie ist also nicht so einfach zu klären.

1.3. Methodisches Vorgehen

Die Fragestellung wird mithilfe der bereits vorhandenen Literatur zu diesem Thema und der Forschungsmethode des persönlichen Gesprächs von Inghard Langer bearbeitet.

Das persönliche Gespräch ist eine Art Interview, und die „Interview“partner sind Psychotherapeuten des Personenzentrierten Ansatzes.

Die Methode des persönlichen Gesprächs wurde bewusst deshalb gewählt, weil dadurch eventuell Aspekte aufgedeckt werden, die bei den Überlegungen zur Problemstellung nicht bedacht wurden. Im Gegensatz zu einem Leitfadeninterview bietet das persönliche Gespräch die Möglichkeit, auf Antworten zu stoßen, die man möglicherweise nicht erhalten würde, würde man diesen Aspekt bei der Erstellung des Leitfadens und der Fragen nicht bedenken. Das persönliche Gespräch lässt somit mehr Frei- und Spielraum für latente Inhalte und

Themen, die sich gerade durch die personenzentrierte Haltung des Gegenübers entfalten können.

Für Langer (2000) ist das persönliche Gespräch ein Mittel zur Informationserhebung in der psychologischen Forschung, und es orientiert sich an der personenzentrierten Gesprächspsychotherapie.

Voraussetzung für die Durchführung des Gesprächs ist eine personenzentrierte Haltung; es ist wichtig, miteinander in Beziehung zu sein – „die Begegnung von Person zu Person“ steht beim persönlichen Gespräch im Vordergrund (Langer, 2000, S.32).

Die auf Tonband aufgenommenen Gespräche werden anschließend transkribiert und einzeln ausgewertet. Nach der Abschrift eines Gesprächs erfolgt ein so genanntes Verdichtungsprotokoll – „die verdichtete Darstellung eines Gesprächs soll eine konzentrierte, geordnete, verständnisfördernd gestaltete Bearbeitung des Gesprächs sein“ (Langer, 2000, S. 58). Im Mittelpunkt stehen die Informationen der Personen, die am Gespräch beteiligt waren. Wesentlich dabei ist, weder zu analysieren noch zu interpretieren – „verdichten“ bedeutet, dass man die gewonnenen Informationen lediglich geordnet wiedergibt.

Die fertig dokumentierten und ausgewerteten Gespräche werden anschließend miteinander verglichen und mit dem Forschungsstand der Literatur abgeglichen.

2. Erscheinungsformen von Persönlichkeitsstörungen

Das zweite Kapitel stellt die Grundlage der Arbeit dar. Zunächst wird erklärt, was Persönlichkeitsstörungen sind und wie man sie definiert - dabei wird auf DSM-IV, das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen, und ICD-10, die Internationale Klassifikation psychischer Störungen, zurückgegriffen. Anschließend folgt eine Darstellung der Erscheinungsformen der spezifischen Persönlichkeitsstörungen. Die Beschreibung der einzelnen Störungen stützt sich wiederum auf DSM-IV und ICD-10 sowie das Lehrbuch für klinische Psychologie und Psychiatrie. Die Entstehung beziehungsweise Ursache von Persönlichkeitsstörungen wird ebenfalls thematisiert, und schließlich widmet sich der dritte Teil des Kapitels der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen.

Ausgehend von den beiden Diagnosesystemen werden Persönlichkeitsstörungen als „wiederholt beobachtbare, persontypische Interaktionseigenarten beschrieben, die als unflexibel und sozial als wenig angepasst gelten können“ (Fiedler, 2003, S. 277). Die typischen Verhaltensmuster lassen sich meist schon in der Kindheit und Jugend beobachten, die Störungsdiagnose sollte allerdings erst dann erfolgen, wenn das frühe Erwachsenenalter erreicht ist. Auch im Kindes- und Jugendalter ist eine derartige Diagnose möglich, jedoch spricht man dann von einer Persönlichkeitsentwicklungsstörung (Adam & Peters, 2003).

Im DSM-IV werden Persönlichkeitsstörungen in zehn spezifische Formen eingeteilt. Die folgende Definition trifft auf jede der zehn Formen zu:

„Eine Persönlichkeitsstörung stellt ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten dar, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht, tiefgreifend und unflexibel ist, seinen Beginn in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter hat, im Zeitverlauf stabil ist und zu Leid oder Beeinträchtigungen führt“ (Saß, 2001, S. 711).

Nun zur unterschiedlichen Einteilung der spezifischen Formen von Persönlichkeitsstörungen in der ICD-10 und im DSM-IV. An dieser Stelle ist anzumerken, dass die schizotypische Persönlichkeitsstörung in der ICD-10 unter F 20 – F 29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen) aufgelistet wird, im DSM-IV zählt diese Störung zur Achse II (Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderung).

	ICD-10	DSM-IV
Cluster A sonderbar, exzentrisch	- paranoide PS (F 66.0) - schizoide PS (F 60.1) (PS = Persönlichkeitsstörung)	- paranoide PS - schizoide PS - schizotypische PS
Cluster B dramatisch, emotional	- emotional instabile PS: vom Borderline-Typ oder vom impulsiven Typ (F 60.3) - histrionische PS (F 60.4) - dissozioale PS (F60.2)	- Borderline-PS - histrionische PS - dissoziale PS - narzisstische PS
Cluster C ängstlich, furchtsam	- ängstliche PS (F 60.6) - abhängige PS (F 60.7) - anankastische PS (F 60.5) - sonstige spezifische PS (F 60.8)	- selbstunsichere PS - abhängige PS - zwanghafte PS (- passiv aggressive PS)

Bevor auf die Störungsbilder im Einzelnen eingegangen wird, noch einige allgemeine Merkmale zu Persönlichkeitsstörungen:

Ein charakteristisches Merkmal von Persönlichkeitsstörungen ist die so genannte „Ich-Syntonie“. Jeder Mensch entwickelt im Laufe seiner Biografie Schemata, Strategien und Verhaltensmuster; die Verhaltensmuster und Strategien von Personen mit einer Persönlichkeitsstörung führen meist zu interpersonellen Problemen mit den Mitmenschen, doch werden sie von den betroffenen Personen als Teil ihrer Person angesehen, als „zu-sich-gehörig“ (Sachse, 2006, S.41). Die Devianzmuster werden also nicht als störend empfunden, denn die Person empfindet ihre Verhaltensweisen und Strategien als natürlich, nachvollziehbar und zum Ich gehörig. Anders hingegen bei Klienten mit z.B. Ängsten oder Zwängen – diese empfinden die Ängste und Zwänge als störend, behindernd, unverständlich und nicht nachvollziehbar, sie erleben sie als ich-dyston, also ich-fremd (Sachse, 2006).

Da nun die Persönlichkeitsstörungen von der Person als ich-synton erlebt werden, weil sie als „Persönlichkeitseigenarten zur Person“ dazugehören, bedarf es einer Perspektive von außen (Fiedler, 2003, S. 278).

Personen mit Persönlichkeitsstörungen kommen meist nicht wegen der Persönlichkeitsstörung zur Psychotherapie, sondern aufgrund anderer Leiden, die als Folge von Persönlichkeitsstörungen aufgetreten sind – Ängste, Depressionen oder Interaktionsprobleme. Sie erwarten vom Therapeuten, dass er ihnen hilft, ihre Probleme loszuwerden und sehen

nicht ein, dass sie etwas an sich ändern müssen, weil sie ihr Problem noch gar nicht erkennen (Sachse, 2006).

Es wird nun – wiederum ausgehen von DSM-IV und ICD-10 sowie dem Lehrbuch für klinische Psychologie und Psychotherapie – genauer auf die verschiedenen Erscheinungsformen von Persönlichkeitsstörungen eingegangen.

Wie zuvor schon erwähnt, werden Persönlichkeitsstörungen in spezifische Störungsformen eingeteilt. Im DSM-IV wird die Einteilung wie folgt aufgelistet:

- **Paranoide** Persönlichkeitsstörung
- **Schizoide** Persönlichkeitsstörung
- **Schizotypische** Persönlichkeitsstörung
- **Antisoziale** Persönlichkeitsstörung
- **Borderline**-Persönlichkeitsstörung
- **Histrionische** Persönlichkeitsstörung
- **Narzisstische** Persönlichkeitsstörung
- **Vermeidend-Selbstunsichere** Persönlichkeitsstörung
- **Dependente** Persönlichkeitsstörung
- **Zwanghafte** Persönlichkeitsstörung
- **Nicht Näher Bezeichnete** Persönlichkeitsstörung

Die Einteilung in der ICD-10 ist ähnlich, jedoch gibt es einige Unterschiede: die Borderline-Persönlichkeitsstörung wird hier als *emotional instabile Persönlichkeitsstörung* bezeichnet und ist unterteilt in den impulsiven Typus (F 60.30) und den Borderline-Typus (F 60.31). Die Antisoziale Persönlichkeitsstörung im DSM-IV wird in der ICD-10 als *Dissoziale Persönlichkeitsstörung* bezeichnet; darauf wird bei der Beschreibung der Störung noch genauer eingegangen. Die Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung heißt in der ICD-10 *ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung*, und weiters werden angeführt: *kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen* (F 61).

Es folgen nun die Beschreibungen der wichtigsten Kriterien der einzelnen Störungsbilder, so wie sie (nahezu übereinstimmend oder zumindest ähnlich) im DSM-IV und in der ICD-10 ausgeführt sind.

2.1. Paranoide Persönlichkeitsstörung

Charakteristikum der Paranoiden Persönlichkeitsstörung ist *„ein Muster tiefgreifenden Misstrauens und Argwohns gegenüber anderen Menschen, deren Motive als böswillig ausgelegt werden. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und die Störung zeigt sich in verschiedenen Situationen“* (Saß, 2001, S. 717).

Auch wenn kein Grund dazu besteht, vermuten Personen mit dieser Störung, dass andere Menschen ihnen Böses wollen, sie ausnutzen, schädigen oder täuschen werden (DSM-IV). Sie reagieren übertrieben empfindlich auf Rückschläge und Zurücksetzungen und neigen dazu, dauerhaft Groll zu hegen. Sie sind misstrauisch und tendieren dazu, „Erlebtes zu verdrehen, indem neutrale oder freundliche Handlungen anderer als feindlich oder verächtlich missdeutet werden“ (Dilling, 2006, S.152). Anderen Menschen vertrauen sie sich nur zögernd an, weil sie Angst haben, dass die mitgeteilten Informationen in böswilliger Weise gegen sie verwendet werden könnten. Wenn sich ein Partner oder ein Freund ihnen gegenüber loyal verhält, sind sie darüber erstaunt und können dem gar nicht vertrauen, und wenn sie Probleme haben, erwarten sie von ihren Partnern und Freunden, dass sie sie ignorieren. Menschen mit dieser Störung sind lange nachtragend und wollen beziehungsweise können empfundene Kränkungen nicht verzeihen. Auch glauben sie, dass andere sie angreifen, und reagieren darauf zornig oder starten einen Gegenangriff. Oft sind diese Menschen pathologisch eifersüchtig und sie verdächtigen ohne Grund oder Berechtigung den Ehe- oder Sexualpartner der Untreue (DSM-IV und ICD-10).

2.2. Schizoide Persönlichkeitsstörung

Hauptmerkmal dieser Persönlichkeitsstörung ist *„ein tiefgreifendes Muster von Zurückhaltung gegenüber sozialen Beziehungen und einer eingeschränkten Bandbreite des Gefühlsausdrucks in zwischenmenschlichen Situationen. Das Muster beginnt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen“* (Saß, 2001, S. 721).

Diese Personen hegen weder den Wunsch nach Intimität noch nach engen Freunden oder vertrauensvollen Beziehungen (wenn, dann höchstens eine), und es hat den Anschein, als wäre es für sie keinerlei Befriedigung, Teil einer Familie oder sozialen Gruppe zu sein. Sie

haben auch keine engen Freunde oder Vertraute außer Verwandte ersten Grades, und ihre Zeit verbringen sie lieber alleine als in Gesellschaft von anderen. Sie erscheinen oft als sozial isoliert, als Einzelgänger; sie zeigen meist einen eingeschränkten Affekt und wirken kalt und zurückgezogen. Wenn überhaupt, dann bereiten ihnen nur wenige Tätigkeiten Freude. Das Interesse an sexuellen Kontakten mit anderen Personen kann sehr gering sein, und gewöhnlich können sie sich nicht an sinnlichen, körperlichen oder zwischenmenschlichen Kontakten erfreuen. Oft wirkt es, als wäre ihnen Lob und Kritik von Seiten anderer total gleichgültig und es sieht so aus, als würden sie sich keine Gedanken darüber machen, was andere über sie denken oder von ihnen halten (DSM-IV und ICD-10).

2.3. Schizotypische Persönlichkeitsstörung

Bei dieser Persönlichkeitsstörung dominiert in den Hauptmerkmalen *„ein tiefgreifendes Muster sozialer und zwischenmenschlicher Defizite, das durch akutes Unbehagen in und mangelnde Fähigkeit zu engen Beziehungen sowie durch Verzerrungen des Denkens und Wahrnehmens und eigentümliches Verhalten gekennzeichnet ist. Die Störung beginnt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen“* (Saß, 2001, S. 725).

Es kommt häufig vor, dass Personen mit dieser Störung Beziehungsideen haben, das heißt sie interpretieren zufällige Vorkommnisse und äußere Ereignisse falsch und glauben, sie hätten eine besondere und ungewöhnliche Bedeutung speziell für diese Person. Eine Beziehungsidee sollte von einem Beziehungswahn unterschieden werden, denn beim Beziehungswahn wird mit wahnhafter Überzeugung an bestimmten Ideen festgehalten.

Oft kommt es vor, dass sie der Überzeugung sind, über besondere Kräfte zu verfügen, Dinge vorherzusehen oder die Gedanken anderer Menschen lesen zu können. Sie glauben zum Beispiel, dass sie magische Kontrolle über andere besitzen, die sie auch direkt oder indirekt einsetzen können (zum Beispiel sind sie davon überzeugt, dass sie der Grund sind, warum der Ehepartner mit dem Hund Gassi geht, weil sie vor einer Stunde gedacht haben, er sollte das tun). Auch sind sie abergläubisch oder eingenommen von „paranormalen“ Phänomenen. Auch kann die Wahrnehmung verändert sein, zum Beispiel hören sie eine Stimme, die ihren Namen murmelt, oder sie glauben, eine andere Person sei anwesend; ihre Denk- und Sprechweise erscheint oft seltsam – vage, umständlich, metaphorisch, übergenau oder stereotyp.

Häufig sind sie misstrauisch, argwöhnisch und haben paranoide Vorstellungen, und ihr Verhalten oder ihre äußere Erscheinung sind seltsam, exzentrisch oder merkwürdig – sie tragen zum Beispiel ungepflegte Kleidung, die nicht zusammenpasst, oder sind nicht in der Lage, in ein spöttisches Gespräch mit Arbeitskollegen einzustimmen. Sie haben auch keine engen Freunde oder Bekannte (außer Verwandte ersten Grades) und finden es unangenehm, mit anderen Menschen in Beziehung zu stehen, ganz besonders wenn es unbekannte Personen sind. Sie können zwar mit anderen Menschen interagieren, doch ziehen sie es vor, lieber alleine zu bleiben, weil sie spüren, dass sie anders sind als die anderen und nicht wirklich dazugehören (DSM-IV).

2.4. Antisoziale/Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Charakteristikum dieser Störung ist ein *„tiefgreifendes Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer, das in der Kindheit oder frühen Adoleszenz beginnt und bis in das Erwachsenenalter fort dauert“* (Saß, 2001, S. 729).

Im Lehrbuch für Klinische Psychologie und Psychiatrie wird von Fiedler (2003) angemerkt, dass zwischen Antisozialer (DSM-IV) und Dissozialer (ICD-10) Persönlichkeitsstörung nicht nur eine begriffliche Unterscheidung stattfindet, sondern dass auch die Kriterien der beiden Systeme auseinandergehen. Differenzialdiagnostisch wäre es wichtig, *„zwischen den persönlichkeitsbedingten versus den nicht-persönlichkeitsbedingt dissozial-kriminellen Handlungen zu unterscheiden“* (Fiedler, 2003, S. 280). Das Problem bei den DSM-Merkmalen von antisozialen Persönlichkeiten ist, dass sie diese beiden Aspekte vermengen. Lediglich in der ICD-10 werden die den kriminellen Handlungen zu Grunde liegenden persönlichkeitsbedingten Handlungs-, Erlebens- und Interaktionsmuster als Merkmale der Betroffenen zur Diagnostik benutzt (Fiedler, 2003).

Aufgelistet werden nun die Merkmale, die sowohl in DSM-IV als auch ICD-10 charakteristisch für diese Störung sind.

Personen mit Antisozialer/Dissozialer Persönlichkeitsstörung haben eine sehr niedrige Frustrationstoleranz und neigen zu reizbarem und aggressivem Verhalten. Sie verhalten sich rücksichtslos gegenüber sich selbst oder anderen und sind an den Gefühlen anderer herzlos unbeteiligt. Außerdem haben sie eine ausgeprägte und andauernde Tendenz zu

verantwortungslosem Handeln und es mangelt ihnen an Schuldbewusstsein – so argumentieren sie zum Beispiel mit plausiblen Rationalisierungen, wenn sie jemanden verletzen (zum Beispiel: „Das Leben ist nun mal nicht fair“ oder „Verlierer verdienen es zu verlieren“). In Bezug auf gesetzmäßiges Verhalten können sich Personen mit dieser Störung den gesellschaftlichen Normen nicht anpassen – dies äußert sich durch die dauernde verantwortungslose Haltung und Missachtung sozialer Regeln, Normen und Verpflichtungen (DSM-IV und ICD-10).

2.5. Borderline-Persönlichkeitsstörung

Hauptmerkmal der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist ein *„tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Sie beginnt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen“* (Saß, 2001, S. 735).

Auch bei dieser Störung finden sich in DSM-IV und ICD-10 Unterschiede in der Bezeichnung. In der ICD-10 wird diese Störung als *emotional instabile* Persönlichkeitsstörung bezeichnet und in zwei Typen unterteilt – den *impulsiven* und den *Borderline*-Typ. Der Borderline-Typus der Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung in der ICD-10 wird ähnlich wie im DSM-IV beschrieben: Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung bemühen sich verzweifelt, nicht verlassen zu werden – ob dies nun tatsächlich geschieht oder ob sie es nur vermuten. Sie erleben schon dann intensive Ängste oder auch Wut, wenn ihnen eine zeitlich begrenzte Trennung bevorsteht oder wenn sie mit einer Änderung von Plänen konfrontiert werden. Sie haben deswegen Angst vor dem Verlassen werden weil sie unfähig sind, alleine zu sein, und sie glauben, dass sie verlassen werden (ob nun nur zeitlich begrenzt oder vermutet), weil sie böse sind.

Die Beziehungen von Borderline-Persönlichkeiten sind instabil, aber intensiv, und schon bei der zweiten Begegnung neigen sie dazu, mögliche Bezugspersonen oder Liebhaber zu idealisieren. Diese Idealisierung kann jedoch schon im nächsten Moment in Entwertung umschlagen. Häufig leiden diese Personen an einer Identitätsstörung, die sich darin äußert, dass das Selbstbild und die Selbstwahrnehmung deutlich instabil sind – dies kommt zum Beispiel darin zum Ausdruck, dass sich ihre Ziele, Wertvorstellungen oder Berufswünsche ganz plötzlich ändern. Die Betroffenen zeigen bei mindestens zwei selbstschädigenden

Aktivitäten Impulsivität – zum Beispiel Glücksspiele, Fressanfälle, risikoreiches Geschlechtsverhalten, unverantwortliche Geldausgaben oder Substanzmissbrauch; außerdem neigen Personen mit einer Borderline-Störung zu wiederholten Suizidhandlungen, Selbstmordandrohungen oder auch zu Selbstverletzungsverhalten. Der Grund, warum diese Personen oft Hilfe suchen, sind die wiederholten Suizidversuche. Ein weiteres Charakteristikum ist eine affektive Instabilität – zum Beispiel schwere episodische Dysphorie, Erregbarkeit oder Angst, wobei diese Stimmungen meistens einige Stunden und manchmal länger als einige Tage andauern. Ein chronisches Gefühl der Leere kann oft auftreten, und sie sind auch leicht gelangweilt und daher ständig auf der Suche nach etwas, das sie tun können. Wenn ein Partner oder eine Bezugsperson als vernachlässigend, verweigernd, nicht fürsorglich oder zurückweisend erlebt wird, kommt es häufig zu unangemessenem, heftigen Zorn und es besteht eine große Schwierigkeit beziehungsweise Unfähigkeit, die Wut zu kontrollieren. Doch folgen oft darauf Scham und Schuldgefühle (DSM-IV und ICD-10).

Die zweite Form – die *emotional instabile Persönlichkeitsstörung* – meint in der ICD-10 Personen, „deren mangelnde Impulskontrolle zu gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten führt“ (Reinecker, 2003, S. 281). Im DSM-IV entspricht dieser Kategorie die so genannte *intermittierend explosive Störung*, die auf der Achse I der Syndromgruppe der *Störungen der Impulskontrolle* zugerechnet wird (Reinecker, 2003). Beim Vorliegen dieser Persönlichkeitsstörungen müssen mindestens drei der Kriterien für die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typus vorliegen und mindestens zwei der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen:

1. Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“ (einschließlich sexueller)
2. Neigung sich auf intensive aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen
3. Übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden
4. Wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung
5. Anhaltende Gefühle von Leere (Dilling, 2006, S. 154).

2.6. Histrionische Persönlichkeitsstörung

Das Hauptmerkmal der Histrionischen Persönlichkeitsstörung ist *„eine tiefgreifende und übertrieben Emotionalität und ein übermäßiges Streben nach Aufmerksamkeit. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, und die Störung zeigt sich in verschiedenen Situationen“* (Saß, 2001, S. 740).

Die Betroffenen fühlen sich unwohl, wenn sie nicht im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen; ihr Auftreten ist theatralisch und sie sind ständig auf der Suche nach aufregenden Erlebnissen und Aktivität, in denen sie im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen. Ihr Erscheinen und ihr Verhalten ist oft unangemessen verführerisch und provokant, und zwar nicht nur bei Personen, an denen sie sexuelles oder gefühlsmäßiges Interesse haben, sondern auch bei anderen Personen, bei denen ein solches Verhalten nicht angemessen ist (zum Beispiel in beruflichen Beziehungen). Sie setzen ständig ihre körperliche Erscheinung ein, um die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken und verwenden viel Zeit und Geld, um äußerlich attraktiv zu erscheinen (Kleidung, Körperpflege). Der Sprachstil von Personen mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung ist übertrieben impressionistisch und kennt keine Details. Diese Personen sind in hohem Maße suggestibel - ihre Standpunkte und Gefühle können leicht von anderen Menschen oder äußeren Umständen beeinflusst werden. Es kommt oft vor, dass sie Aussagen nur aufgrund von Vermutungen machen und rasch Überzeugungen übernehmen; Betroffene mit dieser Störung sehen außerdem „zwischenmenschliche Beziehungen viel persönlicher, als sie es in Wirklichkeit sind, wobei sie nahezu jeden Bekannten als ‘mein lieber, lieber Freund’ bezeichnen oder z.B. Ärzte, die sie nur ein oder zweimal unter beruflichen Umständen getroffen haben, mit Vornamen anreden“ (Saß, 2001, S. 741). Oft kommt es auch vor, dass sie sich in romantische Phantasien flüchten (DSM-IV und ICD-10).

2.7. Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Hauptmerkmal dieser Persönlichkeitsstörung ist *„ein tiefgreifendes Muster von Großartigkeit, dem Bedürfnis nach Bewunderung und Mangel an Einfühlungsvermögen. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, und die Störung zeigt sich in verschiedenen Situationen“* (Saß, 2001, S. 743).

Fiedler (2003) betont, dass diese Persönlichkeitsstörung in der ICD-10 (noch) nicht als eigene Kategorie geführt wird.

Personen mit dieser Persönlichkeitsstörung nehmen sich selbst übertrieben wichtig und überschätzen auch regelmäßig ihr eigenes Können und übertreiben ihre Leistungen, was dazu führt, dass andere sie als prahlerisch und großspurig wahrnehmen. Oft kommt es vor, dass sie aufgrund der übertriebenen Einschätzung ihrer eigenen Leistung, die Leistungen anderer abwerten. Charakteristisch für diese Störung ist auch, dass die Betroffenen stark von ihren eigenen Phantasien wie grenzenlosem Erfolg, Macht, Glanz, Schönheit eingenommen sind oder von idealer Liebe. Sie haben die Vorstellung, dass nur ganz besondere Personen sie verstehen können oder dass sie nur mit ihnen verkehren können, und sie sind davon überzeugt, dass sie etwas Besonderes und Einzigartiges sind. Dementsprechend erwarten oder verlangen sie auch übermäßige Bewunderung. „Ihr eigenes Selbstwertgefühl wird durch den idealisierten Wert, den sie denjenigen zumessen, mit denen sie verkehren, erhöht. Es liegt nahe, dass sie darauf bestehen, nur von „Top“-Personen (Arzt, Anwalt, Friseur, Ausbilder) behandelt zu werden oder nur den „besten“ Institutionen angegliedert zu werden, werten aber den Ruf derer ab, von denen sie enttäuscht wurden“ (Saß, 2001, S. 744). Personen mit dieser Störung erwarten, bevorzugt behandelt zu werden; beispielsweise glauben sie, sich in einer Schlange nicht anstellen zu müssen, weil ihre Angelegenheiten besonders wichtig sind und andere sich ihnen fügen müssen. Sie meinen, alles bekommen zu müssen, was sie sich wünschen, egal was dies für andere bedeutet, und oft verschaffen sie sich besondere Privilegien und Mittel, wobei sie überzeugt sind, dass diese ihnen aufgrund ihrer Besonderheit zustehen. Im Allgemeinen zeigen diese Personen einen Mangel an Empathie – sie sind nicht gewillt, auf die Gefühle und Bedürfnisse anderer Menschen einzugehen oder sie zu erkennen; werden sie dennoch erkannt, tun sie sie gern als Zeichen von Schwäche oder Verletzlichkeit ab. Oft sind sie auf andere neidisch und gönnen ihnen nichts; ihre Verhaltensweisen sind oft arrogant und überheblich und ihre Haltung verächtlich oder herablassend.

2.8. Vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Bei dieser Persönlichkeitsstörung dominiert in den Hauptmerkmalen *„ein tiefgreifendes Muster von sozialer Gehemmtheit, Insuffizienzgefühlen und Überempfindlichkeit gegenüber negativer Beurteilung. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, und die Störung zeigt sich in verschiedenen Situationen“* (Saß, 2001, S. 747).

Der Lebensstil selbstunsicherer Personen ist sehr angstbetont und eingeschränkt, und sie versuchen, bestimmte Risiken und Aktivitäten, von denen sie denken, dass sie bedrohlich sein könnten, chronisch zu vermeiden. Sie lassen sich nur dann mit anderen Personen ein, wenn sie sicher sind, dass sie von ihnen gemocht werden, und erst wenn diese ihnen ausreichend bewiesen haben, dass sie nicht abgelehnt und kritisiert werden, können sie ihnen glauben. In intimen Beziehungen halten sie sich eher zurück, weil sie Angst haben, lächerlich gemacht zu werden. Auch im Beruf werden engere zwischenmenschliche Kontakte vermieden, weil sie Angst vor Kritik, Missbilligung oder Zurückweisung haben. Personen mit dieser Persönlichkeitsstörung finden sich selbst unattraktiv, fühlen sich in Gesellschaft unbeholfen oder anderen unterlegen; außerdem glauben sie, dass man sie in sozialen Situationen kritisiert oder ablehnt; deshalb versuchen sie, Situationen, in denen es zu intensivem zwischenmenschlichem Kontakt kommt, tunlichst zu vermeiden (DSM-IV, ICD-10).

2.9. Dependente Persönlichkeitsstörung

Charakteristisch für die Dependente Persönlichkeitsstörung ist *„ein tiefgreifendes und überstarkes Bedürfnis nach Fürsorge, das zu unterwürfigen und anklammerndem Verhalten und Trennungsängsten führt. Der Beginn liegt im Erwachsenenalter, und die Störung manifestiert sich in verschiedenen Situationen. Die abhängigen und unterwürfigen Verhaltensweisen sind darauf angelegt, Fürsorge hervorzurufen, und resultieren aus der Selbstwahrnehmung, ohne die Hilfe anderer nicht lebensfähig zu sein“* (Saß, 2001, S. 751).

Personen mit dieser Persönlichkeitsstörung fällt es sehr schwer, alltägliche Entscheidungen zu treffen; sie brauchen immer die Ermunterung oder Erlaubnis anderer, um die meisten wichtigen Entscheidungen für das eigene Leben zu treffen. Sogar ganz banale Entscheidungen, wie zum Beispiel was sie anziehen sollen, bedürfen des Rats und der Bestätigung anderer. Oft neigen sie dazu, sich passiv zu verhalten und wollen, dass andere Personen die Verantwortung für wichtige Bereiche ihres Lebens übernehmen. Die Betroffenen haben solche Angst, die Unterstützung und Zustimmung von Personen, von denen sie abhängig sind, zu verlieren, dass sie sich nicht trauen, ihre eigene Meinung zu vertreten, und somit stimmen sie lieber Dingen zu, die sie für falsch halten, als zu riskieren, die Hilfe eben dieser Personen zu verlieren. Unternehmungen werden fast nie von selbst begonnen, da sie kein Selbstvertrauen besitzen und Unterstützung benötigen, wenn sie Dinge

durchführen wollen; sie überlassen anderen bereitwillig die Initiative, weil sie davon überzeugt sind, dass diese es besser können. Die Betroffenen tun alles Erdenkliche, nur damit sie von anderen Versorgung und Zuwendung erhalten – dies geht sogar so weit, dass sie freiwillig Tätigkeiten übernehmen, die unangenehm für sie sind. Wenn sie alleine sind, fühlen sie sich hilflos und empfinden übertriebene Angst, nicht für sich selbst sorgen zu können, und um zu verhindern, dass sie alleine sind, hängen sie sich oft an andere an, selbst wenn es Unternehmungen sind, die sie gar nicht interessieren. Sie suchen sofort eine andere Beziehung, aus der sie Fürsorge und Unterstützung schöpfen können, wenn eine enge Beziehung endet, denn sie sind davon überzeugt, dass sie ohne eine enge Beziehung zu jemanden nicht lebensfähig sind – dies führt oft dazu, dass sie sich sehr schnell und unkritisch an eine andere Person binden. Menschen mit dieser Persönlichkeitsstörung beschäftigen sich sehr häufig mit der Angst, verlassen zu werden und dann für sich selbst sorgen zu müssen (DSM IV, ICD-10).

2.10. Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

Das Hauptmerkmal der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung ist *„ein tiefgreifendes Muster von starker Beschäftigung mit Ordnung, Perfektion sowie psychischer und zwischenmenschlicher Kontrolle, dies auf Kosten von Flexibilität, Aufgeschlossenheit und Effizienz. Dieses Verhaltensmuster entwickelt sich im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen“* (Saß, 2001, S. 755).

In der ICD-10 wird diese Störung als „anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung“ bezeichnet.

Personen mit dieser Persönlichkeitsstörung sind übermäßig gewissenhaft bei der Beachtung von Regeln, nebensächlichen Details, Ordnungen und Listen, sodass der wesentliche Gesichtspunkt der Aktivität verloren geht. Dass sie damit möglicherweise andere Menschen belästigen könnten, übersehen sie ganz. Bei der Erledigung einer Arbeit können sie so ins Detail gehen, um sie so perfekt wie möglich zu machen, dass die eigentliche Arbeit nie zum Abschluss kommt. Sie leiden unter ihrem Perfektionismus, der die Erfüllung mancher Aufgaben behindert, weil oft die eigenen überstrengen Normen nicht erfüllt werden können. Betroffene vernachlässigen oder verzichten sogar auf zwischenmenschliche Beziehung und Freizeitaktivitäten, weil sie sich ganz der Arbeit und Produktivität widmen, was nicht auf eine

ökonomische Notwendigkeit zurückzuführen ist. Sie haben oft das Gefühl, dass sie nicht einen Abend Zeit haben, um sich zu entspannen oder sich einfach frei zu nehmen, und so schieben sie eine angenehme Tätigkeit wie zum Beispiel einen Ausflug oder auch Ferien so lange vor sich hin, bis diese schließlich doch nicht mehr stattfinden kann. Und wenn sie sich schließlich doch einmal Zeit für Freizeitaktivitäten nehmen, fühlen sie sich nicht wohl dabei, weil sie ständig das Gefühl haben, Zeit zu verschwenden. Oft kommt es zu großen Anstrengungen bei der Hausarbeit wie zum Beispiel exzessives Putzen, bis man „vom Boden essen könnte“. Sogar wenn sie einem Kind beim Spielen zusehen, ermahnen sie dieses, wenn es zum Beispiel seine Spielringe nicht in der richtigen Reihenfolge auf den Pfosten wirft. Menschen mit dieser Persönlichkeitsstörung zwingen sich und andere Menschen, moralische Prinzipien und Leistungsstandards zu befolgen und sind dabei sehr kritisch und erbarmungslos – sie bestehen auf der wortwörtlichen Befolgung von Regeln ohne Ausnahmen und machen auch keine Ausnahmen für Freunde (zum Beispiel würden sie auch einem Freund kein Geld leihen, weil man „nie Schuldner sein soll“). Alte oder wertlose Dinge können nicht weggeworfen werden, auch wenn sie keinerlei Gefühlswert besitzen – „man kann nie wissen, ob man etwas noch einmal braucht“. Mit anderen arbeiten sie nur ungern zusammen, wenn diese nicht genau die eigene Arbeitsweise übernehmen, und sie sind geizig sich selbst und anderen gegenüber – sie glauben, ihr Geld im Hinblick auf befürchtete Katastrophen horten zu müssen und haben oft einen weit unter ihren finanziellen Möglichkeiten liegenden Lebensstandard. Sie sind sehr eigensinnig und so in die eigene Sichtweise verstrickt, dass es fast unmöglich ist, die Gesichtspunkte anderer zu berücksichtigen (DSM-IV, ICD-10).

In ICD-10 wird unter F60.8 die Kategorie „**sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen**“ angeführt. Diese Codierung sollte dann gewählt werden, wenn „keine der vorhergehenden Rubriken passt, aber das klinische Bild die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung – wie unter F60 aufgeführt – trotzdem erfüllt“ (Dilling, 2006, S. 157).

Sowohl in ICD-10 als auch in DSM-IV wird noch eine weitere Kategorie angeführt, die - in ICD-10 unter F60.9 angeführte – „**Nicht Näher Bezeichnete Persönlichkeitsstörung**“. Sie umfasst „Störungen der Persönlichkeitsfunktionen, die nicht die Kriterien einer spezifischen Persönlichkeitsstörung erfüllen“ (Saß, 2001, S. 760). Zum Beispiel fällt die so genannte „gemischte Persönlichkeit“ in diese Kategorie. Bei der gemischten Persönlichkeit sind Merkmale von mehr als einer spezifischen Persönlichkeitsstörung vorhanden, welche jedoch

„die Kriterien für eine einzelne Persönlichkeitsstörung nicht vollständig erfüllen, die jedoch zusammengefasst in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in mindestens einem wichtigen Funktionsbereich (z.B. sozial oder beruflich) verursachen“ (Saß, 2001, S. 760). Erscheint dem Untersucher eine spezifische Persönlichkeitsstörung diagnostisch, die aber nicht in der vorliegenden Klassifikation enthalten ist, kann ebenfalls die Kategorie „Nicht Näher Bezeichnete Persönlichkeitsstörung“ benutzt werden.

Weiters werden in der ICD-10 „kombinierte und anderen Persönlichkeitsstörungen“ (F61) „andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns“ (F62) aufgelistet, auf welche ich jedoch nicht näher eingehen werde.

3. Entwicklung/Entstehung einer Persönlichkeitsstörung

In den Diagnosesystemen DSM und ICD ist heute geregelt, was man unter einer Persönlichkeitsstörung versteht. Weniger Einigkeit gibt es jedoch darüber wie sie entstehen, und noch weniger Übereinstimmung, wie sie und ihre Symptome zu behandeln sind – durch welche Behandlungsmethoden welche Behandlungserfolge erreicht werden bzw. welche Zusammenhänge zwischen den Behandlungsmethoden und den Behandlungserfolgen de facto bestehen und wie man sie erklären kann.

In diesem Kapitel soll anhand zweier Theorien erörtert werden, wie Persönlichkeitsstörungen aus personenzentrierter Sicht entstehen und welche Theorien und Konzepte es dazu gibt. Zunächst wird die Theorie „Persönlichkeitsstörung als Beziehungs- oder Interaktionsstörung“ vorgestellt, welche sich in ihren Annahmen auf die zielorientierte Gesprächspsychotherapie stützt.

Die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie (ZGT) ist eine spezifische Form der Gesprächspsychotherapie, die stark prozessdirektiv und stark psychologisch orientiert ist. Wie beim klassischen Ansatz der Gesprächspsychotherapie wird in der zielorientierten Gesprächspsychotherapie angenommen, dass „Empathie, Akzeptierung und Echtheit/Kongruenz die Basisvariablen der Therapie, d.h. die grundlegenden Elemente einer konstruktiven Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten sind“ (Sachse, 1999, S. 53). Die ZGT hat viele Aspekte mit anderen Formen der Gesprächspsychotherapie gemeinsam; zentrale Aspekte der ZGT sind die Klärungsorientierung, die Bearbeitungsorientierung sowie die Handlungsorientierung und Prozessdirektivität (Sachse, 2002).

Hierbei sei angemerkt, dass die ZGT störungsspezifisch arbeitet: Der Therapeut muss verstehen, wie der Klient mit seinen Problemen umgeht, um ihn gezielt und konstruktiv fördern zu können. „Therapeuten müssen daher ein elaboriertes Klienten- Modell bilden, eine Wissensbasis über den jeweiligen Klienten“ (Sachse, 2002, S. 268). Außerdem löst sich der Therapeut immer wieder aus seiner nicht-direktiven Haltung, er greift aktiv ein und möchte, dass „der Klient ungünstige Bearbeitungsweisen verlässt und konstruktivere Bearbeitungsweisen realisiert. Der Therapeut ist dafür Experte“ (Sachse, 2002, S. 268).

Die therapeutische Arbeit mit dem Klienten kann auf drei Ebenen ablaufen – auf der Inhaltsebene bewegen sich Therapeut und Klient, wenn es in erster Linie darum geht, die Motive des Klienten zu verstehen. Auf der Bearbeitungsebene bewegt man sich, wenn der Klient dysfunktionale Problemlösungsstrategien aufweist, welche ihm transparent gemacht

werden sollen. Geht es jedoch um dysfunktionale Interaktionsmuster, setzen sich Therapeut und Klient mit den interaktionellen Zielen des Klienten auseinander, und dies geschieht auf der Beziehungsebene.

Wie man in der zielorientierten Gesprächspsychotherapie mit den Klienten konkret arbeitet, soll sowohl im folgenden Unterkapitel anhand des Erklärungsmodells für Persönlichkeitsstörungen als auch später im Kapitel der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen erläutert werden (Sachse, 2002, S. 271).

Im folgenden Unterkapitel soll näher auf die therapeutische Arbeit auf der Beziehungsebene eingegangen werden, und anhand des Modells der doppelten Handlungsregulation werden Persönlichkeitsstörungen erklärt.

3.1. Persönlichkeitsstörung als Beziehungs- oder Interaktionsstörung

Aus den theoretischen Annahmen der zielorientierten Gesprächspsychotherapie wird das „Modell der doppelten Handlungsregulation“ entwickelt, welches eine Theorie der Persönlichkeitsstörungen darstellen soll. Grundlage dieses Modells ist die Annahme, dass „Persönlichkeitsstörungen als Beziehungs- oder Interaktionsstörungen aufgefasst werden können“ (Sachse, 2001, S. 282).

Nach Sachse (1999) bilden „dysfunktionale interaktionelle Überzeugungen über Beziehungen, dysfunktionale interaktionelle Intentionen, [und] dysfunktionale Arten der Beziehungsgestaltung“ den Kern der Persönlichkeitsstörung (S. 12). Fiedler (1994) geht davon aus, dass Persönlichkeitsstörungen „komplexe Störungen des zwischenmenschlichen Verhaltens“ sind (S. 93, zitiert nach Sachse, 2001). Es setzt sich zunehmend die Auffassung durch, dass es sich bei Persönlichkeitsstörungen um Beziehungsstörungen handelt, und im DSM IV nehmen „Merkmale der Beziehungsgestaltung und Interaktion bei der Definition von Persönlichkeitsstörungen einen zentralen Stellenwert ein“ (Sachse, 1997, S. 21). Bei den Beschreibungen und diagnostischen Kriterien der Persönlichkeitsstörung im DSM IV spielen Merkmale der Interaktion, wie zum Beispiel „Misstrauen und Argwohn; Distanziertheit in sozialen Beziehungen, Missachtung der Rechte anderer; Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen; Heischen nach Aufmerksamkeit; Bedürfnis danach, bewundert zu werden;

soziale Hemmung; anklammerndes Verhalten“ eine zentrale Rolle (Sachse, 1997, S. 21). Auch in der Beschreibung der Kriterien (s. Kapitel 2) spielen Merkmale der Interaktion eine zentrale Rolle. Dies alles macht deutlich, dass sich Persönlichkeitsstörungen in der Interaktion mit anderen Personen manifestieren:

In dem Versuch, Kontrolle auszuüben, Aufmerksamkeit zu erhalten, Anerkennung zu bekommen, Personen auf Distanz zu halten usw. Persönlichkeitsstörungen können damit aufgefaßt [sic] werden als bestimmte Arten, zwischenmenschliche Beziehungen zu gestalten; dabei geschieht diese Gestaltung allerdings so, daß [sic] für die Person hohe Kosten entstehen, sowohl internal (z.B. Einsamkeit, Verunsicherung, Selbstzweifel u.a.) als auch interaktionell (z.B. Isolierung, Verlassenwerden usw.). Persönlichkeitsstörungen sind daher *dysfunktionale* Arten von Beziehungsgestaltung, Strategien, die der Person selbst kurz- oder langfristig schaden. (Sachse, 1997, S. 21 f.)

Ausgehend von der zielorientierten Gesprächspsychotherapie werden Persönlichkeitsstörungen als Beziehungs- oder Interaktionsstörungen betrachtet. Die Störung offenbart sich somit vor allem in den auffälligen und schädlichen Interaktionen mit anderen Personen. Wesentlich dabei ist, dass die Art der Beziehungsgestaltung von Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung vor allem für sie selbst schädlich ist.

Es wird nun das Modell der doppelten Handlungsregulation vorgestellt, wobei zuerst ein Überblick gegeben wird, um anschließend genauer auf die einzelnen Aspekte und Inhalte des Modells einzugehen.

Das Modell der doppelten Handlungsregulation

Ausgehend davon, dass Persönlichkeitsstörungen Beziehungsstörungen sind, ist eine Theorie entwickelt worden - das „Modell der doppelten Handlungsregulation“ -, aus der Strategien und Interventionen für die Therapie abgeleitet werden können.

Dieses Modell der doppelten Handlungsregulation ist ein Modell interaktionellen Handelns. Das bedeutet Folgendes:

- es beschäftigt sich mit „Intentionen und Handlungen, die auf andere Personen gerichtet sind“ (Sachse, 1997, S. 45).
- es beschäftigt sich mit „Motiven, die durch interaktionelles Handeln befriedigt werden können, für deren Befriedigung demnach *Beziehungen* zu anderen Personen erforderlich sind“ (Sachse, 1997, S. 45).
- es beschäftigt sich mit interaktionellen Intentionen (Intentionen und Handlungsabsichten, die auf andere Personen gerichtet sind) und mit interaktionellen Handlungen – das sind

Handlungen, die auf andere Personen abzielen, und mit denen die Person „etwas für eine andere Person tut oder mit denen sie erreichen will, dass eine andere Person etwas für sie tut“ (Sachse, 1997, S. 45).

In diesem Modell werden zwei Ebenen beschrieben – die „Motivebene“ und die „Spielebene“. Grundlage der Spielebene (= zweite Ebene) ist die Ebene der Schemata, auf die später noch eingegangen wird.

In der Motivebene wird die „normale“ beziehungsweise authentische Handlungsregulation beschrieben. Normal oder authentisch bedeutet hier, dass die interaktionellen Ziele einer Person in Handlungen umgesetzt werden, die für einen Partner transparent sind. Die Handlungen sind zur Realisierung der Ziele mehr oder weniger effektiv. Im Gegensatz zur Spielebene sind der Person Motive wie „wichtig sein“ selbst nicht repräsentiert. Interaktionelle Ziele, wie „ich will ernst genommen werden“ sind der Person meist repräsentiert beziehungsweise gut zugänglich. Diese Ziele werden in Handlungen umgesetzt, aus denen der Interaktionspartner die Ziele erschließen kann. (Sachse, 2001, S. 283)

Auf der Spielebene läuft dieses Handlungsschema anders ab. Die interaktionellen Ziele einer Person sind für einen Partner intransparent – er kann nur schwer erkennen, worum es der Person eigentlich geht, und wird oft zu Handlungen veranlasst, die seinen eigenen interaktionellen Motiven gar nicht entsprechen. Wenn die Person zum Beispiel Aufmerksamkeit will, sagt sie nicht: „Ich möchte, dass du darauf achtest, wie es mir geht“, was transparent wäre, sondern sie sagt: „Mir geht es so schlecht“. Der Partner wird somit zum Handeln gezwungen, kann aber nur schwer nachvollziehen, worum es dem anderen „eigentlich“ geht (Sachse, 2001, S. 283).

Das Modell enthält außerdem noch eine weitere Ebene – die „Ebene der Schemata“ oder „Ebene der Annahmen“. Auf dieser Ebene finden sich die Grundannahmen über sich selbst oder ihre Wirkung auf andere, zum Beispiel die Annahme „Ich bin nicht wichtig“, von denen das interaktionelle Handeln einer Person gesteuert wird. Außerdem soll diese Ebene verdeutlichen, dass interaktionelles Handeln und seine Konsequenzen auf diese Grundannahmen zurückwirken - wenn eine Person von sich selbst annimmt, dass sie nicht liebenswert ist und sich eigentlich keiner für sie interessieren kann, hat dies zur Folge, dass ein normales Interaktionsverhalten nicht erfolgreich sein wird, was wiederum dazu führt, dass die Person sich nicht mehr authentisch verhält, dass sie ihre Ziele tarnt und versucht, die Interaktionspartner zu manipulieren. Hat sie damit Erfolg, ändert dies aber nicht ihr Selbstkonzept, denn sie erhält ja nicht aufgrund ihrer Person, sondern ihres Verhaltens

Aufmerksamkeit. Wird sie allerdings weiterhin abgelehnt und hat keinen Erfolg, so werden ihre Annahmen bestätigt - es passiert genau das, was sie vorausgesagt hat (Sachse, 2001, S. 283). Egal also wie der Gesprächspartner reagiert, das Selbstkonzept der Person kann durch die Reaktion des Partners nicht geändert werden, da die Grundannahmen über sich selbst immer bestätigt werden, denn die Person erhält die Bestätigung „ich bin wichtig“ ja nur aufgrund der manipulativen Handlungen, die sie gesetzt hat.

Bevor nun auf die Ebenen im Detail eingegangen wird, ist anzumerken, dass für jede Ebene das Motiv „Wichtigkeit“ herangezogen und bei der Spielebene exemplarisch die Lösung eines histrionischen Interaktionsverhaltens aufgezeigt wird. Die Ebenen im Detail:

Die Motivebene: Sachse (2001) stützt sich bei der Ausführung und Beschreibung dieser Regulationsebene auf die theoretischen Vorstellungen des „Motivations- Emotions- Regulationsmodells“ von Sachse (1999). Diese Ebene beschreibt die „normale“ Regulation interaktionellen Handelns. Es wird 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.“ (Sachse, 2001, S. 284). Diese Grundbedürfnisse stehen in der Hierarchieebene der interaktionellen Motive ganz oben, und die Erfüllung dieser interaktionellen Motive und Pläne ist von zentraler Bedeutung für die Person. Es gibt auch noch andere, niedrigere Ziele - diese sind den höheren interaktionellen Bedürfnissen untergeordnet und dienen zur Realisation der übergeordneten Motive. Die übergeordneten Motive werden in der nächst-niedrigeren Ebene der „Pläne“ in interaktionellen Zielen präzisiert - das bedeutet zum Beispiel, dass das übergeordnete Motiv „Anerkennung“ in der nächst-niedrigeren Ebene konkretisiert wird in dem interaktionellen Ziel, „von einer bestimmten Person eine bestimmte Art von Anerkennung und Zuwendung zu erhalten usw.“, was auch konkrete Interventionen in Bezug auf bestimmte Personen einschließt. Diese konkreten Interventionen, wie zum Beispiel „zeige dich kompetent, um Anerkennung zu erhalten“, dienen in der Regel nicht nur einem übergeordneten Motiv, sie stehen oft mit mehreren Motiven in Zusammenhang. Im Fall der oben genannten konkreten Intervention kann diese sowohl dem Motiv „akzeptiert werden“ als auch dem Motiv „autonom sein“ dienen (Sachse, 2001, S. 284).

Um Intentionen in tatsächliche Handlungen umsetzen zu können, sind so genannte „Verarbeitungs- und Handlungskompetenzen“ notwendig; die Person verfügt über diese Kompetenzen in „mehr oder weniger großem Ausmaß“ und benötigt sie, um durch konkrete

Handlungen ihre Ziele zu erreichen (Sachse, 2001, S. 284).

Wesentlich auf der Motivebene ist, dass man davon ausgeht, dass das Handeln einer Person ihre Motive reflektiert, das heißt, dass aus dem Handeln einer Person auf ihre Motive geschlossen werden kann - es wird ein authentisches Handeln angenommen, und die Person hat nicht die Absicht, ihre Ziele zu tarnen oder zu verbergen. Somit ergibt sich für diese Motivebene eine authentische Handlungsregulation (Sachse, 2001, S. 284).

Die Ebene der Schemata: Das Interaktionsverhalten von Personen mit einer Persönlichkeitsstörung ist komplex, und um es verstehen zu können, muss man über das „normale“ Interaktionsverhalten (auf der Motivebene) hinausgehen. Neben den normalen und transparenten Interaktionsmustern auf der Motivebene gibt es noch andere Arten von Interaktionsverhalten. Es wird angenommen, dass es neben der „normalen“, authentischen Handlungsregulation noch eine zweite Handlungsregulationsebene gibt, die nach anderen Prinzipien funktioniert. Diese zweite Ebene (die Spielebene) basiert, wie oben bereits kurz dargestellt, auf den Grundannahmen (aus der Biografie der Person stammend) der Ebene der Schemata. Die Grundannahmen sind Annahmen über das Selbst und Annahmen über Beziehungen (Sachse, 2001, S. 284).

Wenn eine Person beispielsweise ständig die Erfahrung macht, dass sie nicht wichtig ist – zum Beispiel durch bestimmte Rückmeldungen wie „du störst“ oder „es wäre besser, wenn es dich gar nicht gäbe“, so hat diese Erfahrung Konsequenzen:

- Das Beziehungsmotiv „wichtig sein“ wird frustriert und es wird über eine lange Zeit nicht befriedigt (Sachse, 2001, S. 284). „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, zit. nach Sachse, 2001, S. 284). „Wichtigkeit“ bleibt somit ein zentrales Beziehungsmotiv der Person und führt zur Erstarrung des Motivsystems, wodurch andere wesentliche Motive der Person in der Ausführung „zu kurz kommen“ (Brunstein, 1993; Brunstein et al., 1995; Brunstein und Schultheiß, 1996, zit. nach Sachse, 2001, S. 284).
- Die Erfahrung führt außerdem zur Ausbildung negativer Beziehungen und Selbst-Schemata. Aus der ständig negativen Rückmeldung schließt die Person nicht nur, dass sie selbst für andere nicht wertvoll ist, sie schließt daraus auch, dass sie in anderen Beziehungen nicht wichtig sein wird (Sachse, 2001, S. 284).

Durch diese Konsequenzen gerät die Person jedoch in einen starken Konflikt – sie hat das starke, beständige Motiv, wichtig zu sein, ist aber gleichzeitig der Überzeugung, als Person nicht wichtig sein zu können. Die Lösung für dieses Dilemma bietet die zweite Ebene:

Die Spielebene: Die Person macht die Erfahrung, dass sie zwar als Person nicht wichtig genommen wird, dass sie stattdessen jedoch für bestimmte Arten von Verhaltensweisen Aufmerksamkeit erhalten kann – zum Beispiel wenn sie besonders unterhaltsam, lustig, usw. ist. Dadurch lernt die Person, dass sie durch ganz bestimmte Handlungsstrategien bestimmte Arten von interaktionellen Zielen erreichen kann. Das heißt, dass die Person in dem Interaktionssystem, in dem sie als Person nicht wichtig sein kann, dennoch durch bestimmte Handlungen Aufmerksamkeit erlangen kann und somit wichtig wird und die Kontrolle zurückerhält. Dies hat natürlich Folgen und die Kosten für diese Kontrolle sind hoch:

- Das zentrale Beziehungsmotiv „wichtig sein“ wird weiterhin frustriert, denn die Person kann nach wie vor nicht erreichen, als Person wichtig zu sein. Der Interaktionspartner kann der Person nur für bestimmte Handlungen Aufmerksamkeit geben, was zwar angenehm für sie ist und sie in ihrem Handeln bekräftigt. Die Person weiß auch, dass nicht sie als Person gemeint ist, sondern dass sie die Aufmerksamkeit nur für ihre Handlungen bekommt. Das Beziehungsmotiv wird nun aber gar nicht befriedigt, was dazu führt, dass es weiterhin einen sehr hohen Stellenwert in der Motiv-Hierarchie hat und somit das Motiv-System blockiert. Außerdem ist der Befriedigungseffekt nur partiell und von kurzer Wirkung, da das zentrale Motiv Wichtigkeit ja gar nicht befriedigt wird. Die Person muss also, um einen Befriedigungseffekt zu erzielen, ihr Handeln immer wieder ausführen, der Effekt wird jedoch nie wirklich erreicht (Sachse, 2001, S. 285).
- Die Person handelt manipulativ und mit Strategie – sie tut etwas ganz Bestimmtes, um etwas Bestimmtes vom anderen zu bekommen, hat dabei aber immer wieder den Eindruck, sie würde es ohne dieses bestimmte Handeln vom anderen gar nicht bekommen. Das führt dazu, dass die Person den erzielten Effekt immer wieder selbst abwertet, denn sie hat etwas bekommen, was ihr ja eigentlich gar nicht zusteht (Sachse, 2001, S. 285).
- Das manipulative Handeln der Person verärgert aber auch den Interaktionspartner, was wiederum zu Problemen führt (Sachse, 2001, S. 285).

Während der Kindheit und Jugend lernt der Mensch solche Strategien, wie Aufmerksamkeit durch spezielles Verhalten zu erlangen, anzuwenden. Im Erwachsenenalter bringt die

Beibehaltung einer solchen Strategie jedoch Schwierigkeiten und die Kosten (wie oben ausgeführt) sind hoch.

Das histrionische Interaktionsverhalten für das Motiv Wichtigkeit auf der Spielebene lässt sich auch für andere zentrale Motive ableiten (Sachse, 2001, S. 285).

Solche spezifischen Motive, Schemata und Interaktionsstrategien findet man bei jedem Klienten mit einer Persönlichkeitsstörung. Allgemein kann gesagt werden, dass die Folgen für die jeweils erreichten Ziele im Prinzip dieselben sind und dass sich die prinzipiell gleichen Schwierigkeiten für alle Persönlichkeitsstörungen folgendermaßen ableiten lassen:

- 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. (Sachse, 2001, S.285)

Das bedeutet, dass ein wesentlicher Aspekt der Interaktionsstörung die „Not“-Lösung ist, die eine Person für einen negativen Zustand gefunden hat. Diese Lösung besteht darin, strategische Handlungen auszuführen, welche die Interaktionspartner dazu bringen, sich auf eine bestimmte Art und Weise zu verhalten, sodass die Person glaubt, ihr Partner führe dieses Verhalten „freiwillig“ aus. Für dieses Handeln braucht die Person zwei Strategien, welche Sachse (2001) Images und Appelle nennt:

Ein „Image“ ist etwas, das die Person in ihrem Interaktionspartner entstehen lässt und aufbauen will – er soll ein ganz bestimmtes Bild von der Person haben und dieses Bild soll bestimmte Komponenten enthalten, bestimmte andere jedoch nicht. Der Partner soll etwas für die Person tun, was eigentlich gar nicht seinen Interessen entspricht oder diesen sogar widerspricht. Images sind notwendig, damit der Interaktionspartner bereit wird, den interaktionellen Zielen der Person zu dienen – will die Person erreichen, dass der Partner Verantwortung für sie übernehmen soll, vermittelt sie das Image „ich bin schwach und hilflos“, denn dann wird der Interaktionspartner (wenn er ein hilfsbereiter und verantwortungsbewusster Mensch ist) Verantwortung übernehmen. Die Person lässt also das Image entstehen, dass sie allein nicht klar kommt, sich selbst nicht zu helfen weiß und unter diesem Zustand leidet (Sachse, 2001, S. 285).

Damit der Interaktionspartner nun aber auch nach den Vorstellungen der Person handelt, reichen Images nicht aus - es reicht nicht, dass der Partner nur etwas glaubt, er muss auch etwas tun (oder nicht tun). Damit genau das geschieht, ist der Transport von Appellen notwendig. Der Interaktionspartner „soll eine bestimmte Überzeugung über die Person

entwickeln und dann auf der Grundlage dieser Überzeugung in bestimmter Weise handeln“ (Sachse, 2004, S. 17).

Ein Appell kann implizit transportiert werden (der Partner kann, muss sich aber nicht angesprochen fühlen) oder explizit (der Appell ist direkt und für den Partner ist klar, dass er gemeint ist). Außerdem unterscheidet man noch zwischen positiven und negativen Appellen. Bei einem positiven Appell soll der Interaktionspartner etwas tun, was den interaktionellen Zielen der Person dient - zum Beispiel die Sichtweise der Person bestätigen oder der Person bestätigen, dass sie toll oder arm oder hilflos usw. ist. Bei einem negativen Appell hingegen soll der Interaktionspartner etwas nicht tun, das heißt er soll Handlungen unterlassen, die für die interaktionellen Ziele der Person nicht dienlich wären - zum Beispiel ihre Sichtweise nicht in Frage stellen oder keine unangenehmen Themen berühren (Sachse, 2001, S. 286).

Welche Prinzipien und Strategien zum Umgang mit persönlichkeitsgestörten Menschen sich aus diesem Modell der doppelten Handlungsregulation nach Sachse (2001) ableiten lassen, soll in einem eigenen Kapitel erläutert werden.

Es wird nun eine weitere Theorie zur Entstehung von Persönlichkeitsstörungen erläutert, welche vom Rogers'schen Selbstkonzept ausgeht.

3.2. Das Selbstkonzept als differentielles Verständnis von Persönlichkeitsstörungen

Rogers (2004) geht davon aus, dass das Selbst eine Einheit, eine Ganzheit ist: „Man kann es sich als eine strukturierte, konsistente Vorstellungsgestalt denken . . . Diese Gestalt ist zwar fließend und veränderlich, aber sie ist in jedem Augenblick eine Einheit“ (Rogers, 2004, S. 42). Weiters geht er von einer kontinuierlichen Entwicklung des Selbst aus. Nach Heinerth (2002) gibt es diese Kontinuität jedoch nicht, denn das Selbst weist in den Phasen des Auf- und Ausbaus qualitative Sprünge auf. Vergleicht man das Selbst beziehungsweise das Selbstkonzept mit einem sich selbst organisierenden offenen System, so kann man davon ausgehen, dass es mindestens zwei unterscheidbare Phasen aufweist - eine Startphase und eine Ausbauphase oder Phase der Blüte und Differenzierung. Jedes System weist zu Beginn eine solche Phasenteilung auf. Betrachtet man beispielsweise die menschliche Ontogenese als System, so wird der Mensch nicht mit seinem fertigen Selbst geboren, sondern es muss erst erarbeitet werden. Der Sprung im System des Selbst, von dem Heinerth (2002) spricht, findet

zwischen den beiden unterscheidbaren Phasen des Auf- und des Ausbaus statt (S. 148 ff.).

Kommt es in diesen Phasen jedoch zu einer Störung, führt das zu Konsequenzen für die weitere Entwicklung des Selbst. Störungen in der Aufbauphase können den Übergang zur nächsten Phase, der Differenzialphase verhindern, denn „wo nichts ist, kann auch nichts wachsen“ (Heinerth, 2002, S. 150). Eine Differenzierung des Selbst ist dann nicht möglich, denn diese würde grundlegend gestört bleiben, was dazu führt, dass ein konsistentes Selbst nicht entwickelt werden kann.

Die Grundlage jeder Selbstkonzeptentwicklung ist die organismische Erfahrung: Gefühle und Bedürfnisse werden, sofern sie das Selbst betreffen, wahrgenommen und erlauben über die Selbstexploration die Selbstentfaltung, nämlich den Aufbau und die Differenzierung des Selbstkonzepts. Um diese Bedürfnisse und Affekte bewusst wahrnehmen und benennen zu können, ist es notwendig, diese mit Hilfe einer Bindungsperson empathisch und verbal korrekt zu kommunizieren. Andernfalls würde die Person nicht wissen, was sie spürt und somit ihre Bedürfnisse auch nicht befriedigen können, da sie ihre Affekte nicht versteht oder gar benennen kann (Heinerth, 2002, S. 148 ff.).

Die Bindungsperson spiegelt das Ausdrucksverhalten und die damit verbundenen Gefühle des Kindes sowohl mimisch wie auch empathisch und so kann das Kind seine Gefühle wahrnehmen, bewerten und symbolisieren. Spielhofer (2005) nennt dies den Mentalisierungs- und Reflexionsprozess: das Kind bekommt Antworten auf seine Gefühle von seinen Bindungspersonen. Geschieht dies nicht, spürt es, „dass es nicht richtig erkannt und anerkannt wird und es fühlt sich unsicher und leer, da kein direkter Bezug zum organismischen Erleben besteht“ (Spielhofer, 2005, S. 71). Das Erleben ist nicht mit der Repräsentation des Erlebten kongruent und so kommt es zu einer verzerrten Symbolisierung. Spielhofer (2005) betont, dass die Symbolisierung wesentlich ist - „die Benennung von Situationen, Handlungen sowie von Personen und Gegenständen, da erst damit differenzierte und verfügbare Repräsentationen gebildet und miteinander in Beziehung gesetzt werden können“ (S. 71).

Wenn organismische Erfahrungen (Gefühle und Bedürfnisse) also von Beginn an empathisch und verbal korrekt begleitet werden, so können sie auch interpretiert und symbolisiert werden. Geschieht diese Interpretation nicht, werden die organismischen Erfahrungen auch nicht angemessen wahrgenommen, das Selbstkonzept bleibt hier lückenhaft und es kommt zu einer Persönlichkeitsstörung. Lückenhaft heißt, dass die Erfahrung grundsätzlich versperrt ist und deshalb gar nicht erst wahrgenommen werden kann (Heinerth, 2007, S. 270, 2002, S. 152).

Bei der Entwicklung des Selbstkonzepts werden in der ersten Phase - der Aufbauphase - einzelne Aspekte (Wahrnehmung von Gefühlen, Bedürfnissen, Bindungserfahrungen usw.)

aufgebaut, bis eine ganzheitliche Gestalt die Identität bildet. Anschließend werden die einzelnen Inhalte differenziert und verfeinert - sie werden ausgebaut. Es können jedoch nur Inhalte, die im Erleben auch eine Repräsentanz haben und symbolisiert werden können (weil sie zuvor aufgebaut worden sind), im Selbstkonzept weiter ausgebaut werden. Fehlt zum Beispiel in der Aufbauphase die Empathie für den Aspekt Wut und Aggression, so weist das Selbstkonzept für diesen Aspekt eine Lücke auf und die Person kann mit aggressiven Impulsen nichts anfangen und versteht sie auch gar nicht (Heinerth, 2002, S. 152 f.).

Um den Auf- und Ausbau des Selbstkonzepts besser veranschaulichen zu können, hat Heinerth (2002) das so genannte Analogie-Haus entwickelt:

Man kann sich das Selbstkonzept als Haus vorstellen, das bewohnt und eingerichtet werden muss. Die verschiedenen Räume des Hauses sind die Grunderfahrungen des Menschen - seine Bedürfnisse und ihre Befriedigungen. Die Räume haben alle Namen wie etwa Bindungserfahrung, Aggressionserfahrung etc. Manche Räume sind aber nicht zugänglich - sie sind zwar vorhanden, haben aber keinen Namen, weil sie bisher nicht betreten wurden. Diese Räume sind unbekannt und bedrohlich und es gibt auch niemanden, mit dem man zusammen so einen Raum betreten könnte und ihn mit seiner Hilfe benennen könnte. Es besteht zwar ein dumpfes Bewusstsein von diesen Räumen, doch sind sie nicht zugänglich und bleiben versperrt. Diese Räume entsprechen den versperrten Symbolisierungen (Heinerth, 2002, S. 153).

Andere Räume wiederum sind zwar bekannt, doch sie sind nicht wirklich nach dem eigenen Geschmack eingerichtet. In diesen Räumen gibt es nämlich Mitbewohner, denen zuliebe man sie so einrichtet, wie man vermutet, dass sie es gern hätten – das geht soweit, dass man schließlich sogar glaubt, man will es selbst so. Die eigene Wahrnehmung wird somit dem Anderen zuliebe verzerrt (Heinerth, 2002, S. 153).

„Die Sperrung der Räume hat ihren Ursprung in mangelhafter empathischer Begleitung, die verzerrt möblierten Räume basieren auf einer Wertschätzung durch Bindungspersonen, die in entscheidenden Aspekten nicht unbedingt ist, die sie an eigene Werte und Bedingungen knüpfen“ (Heinerth, 2002, S. 154).

Für das Einrichten, Betreten und Benennen der Räume ist sowohl Empathie als auch unbedingte Wertschätzung notwendig. Es ist also wichtig, dass das Individuum beim Kennenlernen der einzelnen Räume einen Begleiter hat, der die Räume richtig benennt und betritt (Empathie), und bei der Einrichtung der einzelnen Räume ist es wichtig, dass der Begleiter den Geschmack des Individuums respektiert (unbedingte Wertschätzung), damit der

Raum nach den Erfahrungen und Bedürfnissen des Individuums eingerichtet werden kann (Heinerth, 2002, S. 158).

Beim Aufbau des Selbstkonzepts ist die Empathie der Bindungsperson demnach unumgänglich, da es sonst zu Lücken im Selbstkonzept kommt – es ist wichtig, dass alle Erfahrungen von Bindungsgefühlen gemacht werden können, denn nur so kann ein Mensch Liebe, Freundschaft und soziale Verbundenheit korrekt verstehen. In der Differenzierungsphase (Ausbauphase) des Selbstkonzepts ist die unbedingte Wertschätzung der Bindungsperson notwendig, um Inkongruenz zu verhindern. Bleibt in dieser Phase die unbedingte Wertschätzung seitens der Bezugsperson aus, kommt es zu einer Unsicherheit und die eigenen Bedürfnisse werden nicht in das Selbstkonzept integriert, sondern zurückgestellt. Es ist wichtiger, die Beziehung zu Personen, von denen man abhängig ist, aufrechtzuerhalten, als sich um eigene Bedürfnisse zu kümmern (Heinerth, 2002, S. 159).

Was bedeutet dies nun für Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung?

Beim Aufbau des Selbstkonzepts ist es unabdingbar, Gefühle und primäre Bedürfnisse anzuerkennen. Wenn ein Mensch als Kind nie gehört hat, dass man ihn liebt, kann später mit diesem Gefühl auch nicht umgehen – er spürt es zwar, kann es aber nicht deuten beziehungsweise symbolisieren, denn er versteht es gar nicht. Liebe, Freundschaft oder soziale Verbundenheit werden zwar erlebt, aber nicht verstanden. Es bleibt nur ein Gefühl, dass irgendetwas nicht in Ordnung ist und eine unbestimmte Sehnsucht. Diese Sehnsucht will gestillt werden (Heinerth, 2002, S. 164 f.).

Aus dieser Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung, die bei Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung in der Entwicklung des Selbst entsteht, ergeben sich gewisse Besonderheiten im Erleben und Verhalten, die nun kurz erläutert werden sollen:

So sind diese Menschen zum Beispiel unfähig, ihr eigenes Bindungserleben entsprechend zu symbolisieren - dies ist, so Heinerth (2002) „das fundamentale Defizit von Persönlichkeitsstörungen, denn es betrifft die Grundlage einer jeden Entfaltung des Selbstkonzepts und später unmittelbar die Beziehung zwischen Psychotherapeuten und Klienten“ (S. 165). Sie sind sich ihrer Bedürfnisse nicht bewusst, da die Erfahrung von Bedürfnissen oder Verbundenheit versperrt sind. Persönlichkeitsgestörte Menschen neigen dazu, sich an andere anzupassen, um sich richtig zu verhalten, um sich „eine Identität zu erwerben“ (Heinerth, 2002, S. 167). Indem sie sich die Persönlichkeiten anderer Menschen

aneignen, versuchen sie, sich selbst zu finden, doch dies ist anstrengend und es kann zu Spaltungen kommen. Außerdem sind sie misstrauisch, wenn ihnen jemand soziale Nähe oder Freundschaft anbietet, da ihre Bedürfnisse diesbezüglich entweder gar nicht oder nicht richtig befriedigt worden sind. Aus Angst davor, enttäuscht oder manipuliert zu werden, versuchen sie stets die Kontrolle über die sozialen Angebote zu erlangen oder zu behalten. Eine weitere Besonderheit ist eine innerliche Zerrissenheit; einerseits hegen sie Sehnsucht nach Beziehung, andererseits haben sie Angst davor und sind misstrauisch. Durch diese Zerrissenheit werden Gefühle erlebt, die im Wechsel miteinander auftreten – zum Beispiel Hass oder Sehnsucht, Idealisierung oder Entwertung. Oft sind dem Persönlichkeitsgestörten Menschen Erfahrungen von Schmerz versperrt und er spürt sie nicht. Unverstandene organismische Bedürfnisse und Gefühle (weil die Erfahrung nicht entsprechend symbolisiert worden ist) werden zu einer Bedrohung, und sie versuchen, ihre Gefühle im Zaum zu halten. Dies führt dazu, dass diese irgendwann unkontrolliert ausbrechen (Heinerth, 2002, S. 167 f.).

Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung müssen mit einer Reihe von Ängsten leben – wie zum Beispiel Angst vor dem Verlust der eigenen Identität, Angst vor emotionaler Abhängigkeit, Angst vor dem unkontrollierten Ausdruck von Wut oder Angst vor der Enttäuschung, doch wieder verlassen zu werden, weil sie „falsch“ sind. Ein weiteres Merkmal persönlichkeitsgestörter Menschen ist, dass sie an ihrer Existenz zweifeln und sich deshalb selbst verletzen, um sich wahrnehmen zu können. Wenn sie sich zum Beispiel in die Haut ritzen, so empfinden sie das nicht als schmerzvoll, sondern eher als erleichternd und beruhigend (Heinerth, 2002, S. 165 fff.).

Heinerth (2007) spricht von so genannten Gefährdungen der Symbolisierungsfähigkeit, die zu einem mangelhaften Selbstkonzept führen können. Kommt es beim ersten Aufbau des Selbstkonzepts zu Störungen, so können wichtige Erfahrungen nicht symbolisiert werden, diese bleiben versperrt und es kommt zu Persönlichkeitsstörungen, da das Selbstkonzept „von Beginn an unterentwickelt“ ist.

Im Laufe einer Psychotherapie kommt es zu einer Änderung des Selbstkonzepts, und hier ist es wichtig, dass der Therapeut diese Änderung empathisch verbal begleitet, denn dadurch können organismische Erfahrungen zu Selbsterfahrungen werden, die schließlich das Selbstkonzept festlegen (Heinerth, 2002, S. 172).

Nach Heinerth (2002) ist es im Klientenzentrierten Modell bei persönlichkeitsgestörten Menschen wichtig, ihre Bedürfnisse nicht nur auf verbaler Ebene zu befriedigen, sondern auf organismischer. Dies ermöglicht eine Bindungserfahrung, die es früher nicht gegeben hat, und so ist es möglich, das Selbstkonzept weiter aufzubauen.

Auf das Analogiehaus umgelegt bedeutet es, dass der Therapeut den Klienten in die versperrten Räume führen muss, um diese Räume somit sinnlich erfahrbar zu machen.

Für die Psychotherapie von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen heißt das, dass die Grundlage jeglicher therapeutischer Arbeit der Aufbau einer tragfähigen Beziehung ist. Dies ist zwar besonders schwer umzusetzen, jedoch unabdingbar (Heinerth, 2002, S. 176).

Es wurden nun Theorien der Personenzentrierten Psychotherapie zur Entstehung beziehungsweise Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen erläutert, und es ist spannend zu beobachten, inwiefern sich die theoretischen Vorstellungen seit Rogers geändert haben oder wie sie adaptiert worden sind.

Im nächsten Kapitel soll untersucht werden, wie die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen aussehen kann bzw. wie sie in der Praxis gehandhabt werden.

4. Therapeutische Möglichkeiten zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen

In diesem Kapitel werden die eben vorgestellten Modelle der Theorie von Persönlichkeitsstörungen praktisch beleuchtet. Ausgehend von dem Wissen, was Persönlichkeitsstörungen sind und wie sie entstanden sind, werden nun Theorien vorgestellt, wie man als personenzentrierter Psychotherapeut mit dieser Störungsgruppe umgehen kann und welche Möglichkeiten der Behandlung es innerhalb der Personenzentrierten Psychotherapie gibt.

4.1. Persönlichkeitsstörung als Interaktionsstörung

Geht man von Sachs Theorie (2001) aus, dass Persönlichkeitsstörungen Beziehungs- oder Interaktionsstörungen sind, gibt es bestimmte Strategien für deren Behandlung, die auf die Bearbeitung des Beziehungsverhaltens zielen. Diese Strategien leiten sich aus dem Modell der doppelten Handlungsregulation ab.

Wie zu Beginn bereits erwähnt, ist dem Klienten das Problem als solches kaum repräsentiert, da die Persönlichkeitsstörung eine ichsyntone Störung ist und die Klienten sich in Hinblick auf diese Problematik nicht ändern wollen. Sie wollen vielmehr ihr System aufrecht erhalten, damit sie ihre Handlungen weiterhin ausführen können und sind somit nicht änderungsmotiviert (Sachse, 2001, S. 286). Durch die Therapie werden die Beziehungsmotive des Klienten aktiviert, was bedeutet, dass der Klient bestimmte Erwartungen an den Therapeuten hat - er möchte, dass der Therapeut ihn akzeptiert und annimmt, denn dies steht in der Motive-Hierarchie weit oben. Der Klient ist also beziehungsmotiviert und will, dass in dieser Beziehung seine zentralen Motive befriedigt werden. Er hofft einerseits, dass er vom Therapeuten akzeptiert wird (da dieser ihm Empathie entgegenbringt), und hat gleichzeitig auch Angst, dass er ja doch irgendwann wieder abgelehnt wird. Um herauszufinden, ob der Therapeut es ehrlich mit ihm meint und ihn tatsächlich wertschätzt, versucht er, ihn auf verschiedenste Arten zu testen – zum Beispiel durch Kritik oder persönliche Abwertung. Erst wenn der Therapeut diese Tests besteht, was bedeutet, dass er weiterhin freundlich zum Klienten ist und ihn ernst nimmt, kann der Klient Vertrauen zu ihm fassen (S. 286.). Für den Therapeuten ist es nun wichtig, dass er dem Klienten das Gefühl gibt, dass seine Bedürfnisse

befriedigt werden. Dazu muss er erst einmal herausfinden, welches die zentralen Beziehungsmotive des Klienten sind. Wenn also zum Beispiel Wichtigkeit ein zentrales Motiv des Klienten ist, so sollte der Therapeut dem Klienten viel Aufmerksamkeit schenken, ihm konzentriert zuhören, sich bemühen, ihn zu verstehen und sich die Inhalte gut merken, damit der Klient spürt, dass der Therapeut ihn wirklich ernst nimmt. Wenn der Klient dies alles zur Kenntnis nimmt, kann er Vertrauen zum Therapeuten fassen, und wenn das geschieht, nimmt auch die Relevanz des Motivs in der Therapeut- Klienten- Beziehung ab. Sobald dieser Schritt geschafft ist, ist es möglich, sich auf die Schemata und Motive zu konzentrieren und an ihnen zu arbeiten (Sachse, 2001, S. 289). Wenn eine Vertrauensbasis geschaffen ist, kann der Therapeut darauf hinarbeiten, dass dem Klienten bewusst wird, was eigentlich seine zentralen Motive sind und ob er wirklich diese bestimmten Handlungen ausführen muss, um seine Motive befriedigen zu können oder ob er das nicht vielleicht auch auf andere Art und Weise tun könnte (Sachse, 2001, S. 289). Aber nicht nur die Motive sollen dem Klienten bewusst gemacht werden, es ist auch wichtig, an seinen negativen Selbst- und Beziehungsschemata zu arbeiten. Hat der Klient zum Beispiel die Annahme „Beziehungen sind gefährlich“, so sollte ihm das bewusst sein, damit er daran arbeiten kann. Erst wenn ihm das bewusst wird, kann er diesbezüglich andere Erfahrungen machen, positive Erfahrungen, und dann kann er auch sein Schema korrigieren (Sachse, 2001, S. 290). Weiters sollte man dem Klienten sein Handeln auf der Spielebene transparent machen, denn wie bereits erwähnt weiß er nicht, dass er etwas tut, was nicht „normal“ ist; er ist sich seines Problems nicht bewusst. Und deshalb denkt er auch gar nicht darüber nach, ob er sein Handeln weiterhin ausführen soll oder ob er vielleicht etwas daran ändern sollte. Damit er das kann, ist es wichtig, in der Therapie dafür zu sorgen, dass dem Klienten bewusst wird, welche Konsequenzen sein Handeln hat. Am Beziehungsverhalten in der Therapie kann der Therapeut dem Klient deutlich machen, wie dieser sich verhält. Wenn ein Klient weint und der Therapeut bemerkt, dass dieses Weinen nicht echt ist, sondern der Klient scheinbar einer unangenehmen Frage ausweichen möchte (das ist der Appell, den er sendet), so sollte der Therapeut ihn damit konfrontieren. So könnte er zum Beispiel sagen „Ich habe das Gefühl, sie weinen jetzt, um sich nicht mit dieser unangenehmen Frage auseinandersetzen zu müssen“ und macht somit klar, was für ein Appell bei ihm ankommt. Bei diesem Vorgehen muss der Therapeut vorsichtig sein; er muss dem Klienten vermitteln, dass er zwar etwas deutlich machen möchte, aber dass er dies trotzdem akzeptiert und mit dem Klienten darüber sprechen möchte, ohne ihn für sein Verhalten zu kritisieren. Um eine derartige Intervention durchführen zu können, muss eine gute Vertrauensbasis vorhanden sein (Sachse, 2001, S.

291.). Voraussetzung für eine vertrauensvolle Beziehung ist allerdings, dass der Therapeut zu 100 Prozent authentisch ist. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sind sehr sorgfältige und aufmerksame Beobachter von Interaktionsverhalten und würden schnell erkennen, wenn sich der Therapeut unecht verhält. Deshalb ist es auch wichtig, die Therapie abzulehnen, wenn der Therapeut den Klienten nicht akzeptiert, denn der Therapeut wäre nicht authentisch und es wäre absurd zu glauben, durch nicht authentisches Handeln authentisches Handeln seitens des Klienten zu fordern (Sachse, 2001, S. 291.).

Zwar ist es wahrscheinlich, dass ein Schema, das einmal erworben ist, sich nicht so leicht wieder aus dem Gedächtnis löschen lässt, doch sind therapeutische Veränderungen dennoch möglich und auch realistisch. Die Therapie kann dem Klienten helfen, authentischer zu werden, die eigenen (negativen) Schemata zu erkennen, sein intransparentes Handeln zu reduzieren und unter Kontrolle zu bekommen. Dies alles ermöglicht dem Klienten neue Lebensperspektiven (Sachse, 2001, S. 291.).

4.2. Theorie der versperrten Symbolisierungen

Ausgehend von Heinerths Theorie der versperrten Symbolisierungen (2007) ergeben sich folgende therapeutische Möglichkeiten zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen:

Nach Rogers sind bestimmte Voraussetzungen notwendig, um personenzentriert arbeiten können. Die Voraussetzung „Der Klient nimmt zumindest in geringem Ausmaße ... die Merkmale wahr: bedingungslose positive Wertschätzung des Therapeuten ihm gegenüber und das empathische Verstehen des Therapeuten“ kann bei Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung, deren Symbolisierung versperrt ist, aber nicht erfüllt werden. Es müssen also weitere Interventionen vorgenommen werden, um Klienten, die an einer Persönlichkeitsstörung leiden, helfen zu können. Die Wahrnehmung von unbedingter Wertschätzung, das Kommunizieren des empathischen Verstehens sowie die Selbstkongruenz gilt zwar für alle Arten von Störungen. Doch erfordern Versperrungen ein anderes Verstehen (S. 274).

Was den ersten Punkt (Realisieren der unbedingten Wertschätzung) betrifft, so ist es für den Therapeuten nicht leicht, dem Klienten unbedingte Wertschätzung entgegenzubringen, denn der Klient mit einem versperrten Symbolisierungsvermögen lebt, denkt und fühlt ganz anders. Heinerth (2007) bietet hierfür Überlegungen an, die den Umgang mit besagtem Personenkreis

sowie deren Wertschätzung erleichtern sollen: Wenn man davon ausgeht, dass alle Gefühle auch einen Grund haben, so fällt es viel leichter, Wertschätzung für einen Menschen, mit – für einen nicht nachvollziehbaren – Gefühlen und daraus resultierendem Verhalten aufzubringen. Dies gilt jedoch nicht für die daraus folgenden Handlungen – wenn man das Gefühl Hass wertschätzt und respektiert, bedeutet das nicht, dass man die daraus resultierenden Handlungen – zum Beispiel Mord – ebenso wertschätzen muss. Man kann dies trennen, und die Unterscheidung von Handlungen und Gefühlen ist hierfür sehr hilfreich. Die Gefühle des Klienten sind unbedingt wertzuschätzen und „nur wenn ihre Exploration nicht an Bedingungen geknüpft wird, ist ihre Würdigung möglich und eine vertiefte Selbstexploration zu erwarten“ (Heinerth, 2007, S. 275).

Auf der anderen Seite jedoch muss man aufpassen, dass die Wertschätzung von negativen Gefühlen nicht zu Misstrauen des Klienten führt. Er könnte Angst haben, dass das Verständnis und die Wertschätzung nicht ehrlich gemeint sind, also sollte der Therapeut in dieser Hinsicht vorsichtig kommunizieren.

Ein weiteres Problem ist die Wertschätzung von zerstörerischen Gefühlen. Auch dies kann einem erleichtert werden, indem man sich bewusst macht, dass der Mensch gut ist und dass es einen Grund hat, warum ein Klient so fühlt.

Ebenso ist es hilfreich, sich vor Augen zu halten, dass sich der Klient mit einer Persönlichkeitsstörung selbst nicht versteht. Er reagiert und agiert nach Mustern, die er in seiner Vergangenheit gelernt hat, weil er es nicht anders weiß, denn niemand hat ihm geholfen, es besser zu machen (Heinerth, 2007, S. 276).

Das Kommunizieren von empathischem Verstehen reicht bei persönlichkeitsgestörten Menschen nicht aus. Aufgrund der versperrten Symbolisierungsfähigkeit sind manche Erfahrungen nicht bewusstseinsfähig, weil deren Symbolisierung nicht gelernt wurde (S. 276.). Wenn man Gefühle allerdings nicht ansprechen kann, da diese gar nicht wahrgenommen werden können, wird ein personenzentriertes Vorgehen im Sinne der oben bereits genannten Voraussetzungen schwierig. Eine einfache Verbalisierung emotionaler Inhalte würde ins Leere gehen, zumal der Klient damit nichts anzufangen weiß. Also muss das empathische Verstehen auf eine andere Art kommuniziert werden – nonverbal. Eine körperliche Berührung könnte in gewissen Situationen angebracht sein, allerdings sollte man darauf achten, diese verbal zu begleiten, denn so können die Klienten lernen, ihre Gefühle zu verstehen und die zuvor nicht zugänglichen, versperrten Räume kennen lernen. Aber nicht nur die Berührung der Hand des Klienten kann als Empathie verstanden werden. Empathisch zu sein könnte für diese Klienten auch bedeuten, ein Glas Wasser anzubieten, schon bevor dieser

danach fragt (Heinerth, 2007, S. 276 ff.). Empathie in Form von Körperkontakt ist bei Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung jedoch heikel, da es möglich ist, dass sie in ihrer Kindheit sexuell missbraucht worden sind. Angst vor Nähe ist bei diesen Klienten besonders zu respektieren. Andererseits erhält der Klient so die Chance, Sicherheit zu gewinnen, denn er erfährt, dass körperliche Nähe nicht gezwungenermaßen etwas mit Sexualität und somit Schmerzen und Angst zu tun hat (S. 279).

Heinerth (2007) spricht bei den therapeutischen Interventionen von Klienten mit versperonter Symbolisierungsfähigkeit von einem regressiven Prozess. In der Therapiesituation kommt es oft dazu, dass der Klient seine kindlichen Erwartungen auf den Therapeuten überträgt. Das bedeutet, dass er vom Therapeut nicht nur Geborgenheit erwartet, sondern ihm auch Misstrauen entgegen bringt – dies sind die Folgen primärer Inkongruenz. Die Ambivalenz von Nähe und Distanz kann heute jedoch (in der Therapie) vom Klienten selbst integriert werden. Indem der Therapeut versucht, das Misstrauen des Klienten zu beseitigen, erhält er gleichzeitig auch die Chance, an einer Beziehung zu arbeiten und dem Klienten somit Sicherheit zu geben. Durch diese Nähe und Sicherheit kann der Klient es wagen, eine neue Autonomie aufzubauen. Dieser regressive Prozess sollte sich aber auf die Dauer der Therapiesitzung beschränken und beendet werden, sobald die Therapie endet. So erhält der Klient die Chance, die Regression in einem gewissen Rahmen zu nutzen, und es besteht nicht die Gefahr, dass es außerhalb der Sitzung zu solchen regressiven Prozessen kommt (S. 279).

Weiters ist es wichtig, so Heinerth (2007), den Ausdruck von Gefühlen zu fördern. Persönlichkeitsgestörte Menschen neigen oft dazu, sich von Menschen abzuwenden, um nicht verletzt werden zu können, da die Erfahrung von gewissen Gefühlen nicht symbolisiert werden kann. Sie haben es nicht anders gelernt und wissen es nicht besser – gelernt haben sie, dass ihre Bedürfnisse nicht oder zu wenig anerkannt worden sind. Deshalb ist es sinnvoll und notwendig, dem Klienten die Sicherheit zu geben, damit dieser seine Gefühle erleben und ausleben kann. Für den Klienten ist es nicht einfach, zu seinen Gefühlen zu stehen und diese ohne Angst zum Ausdruck bringen zu können. Erst wenn er wirklich laut weinen kann, bekommen seine Gefühle wieder eine kommunikative Form, sodass sein Gegenüber damit etwas anzufangen weiß. Durch das Ermutigen des Ausdrucks von Gefühlen wird es dem Klienten leichter gemacht, diese auch anzunehmen und auszuleben; ebenso wird die ursprünglich kommunikative Form von Gefühlen gefördert (S. 280).

Dies alles stellt für den Therapeuten eine Herausforderung dar, weil er sich persönlich auf den Klienten einlassen muss. Doch ist diese eindringliche Arbeit nicht nur für den Klienten, sondern auch für den Therapeuten lohnend.

4.3. Phasen der Psychotherapie im prozessorientierten Ansatz

Vorerst sei angemerkt, dass auf die Konzepte der Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie in einem späteren Kapitel noch näher eingegangen wird.

Swildens (2002) spricht bei der Behandlung von persönlichkeitsgestörten Menschen von verschiedenen Phasen eines Prozesses. Vorerst muss man verstehen, dass die persönlichkeitsgestörte Person die Therapie nicht aufgrund ihrer Störung aufsucht, sondern aufgrund externer Konflikte. Diese Menschen erleben keinen inneren Konflikt und suchen auch keine Hilfe bei der Selbstexploration. Ihnen geht es vielmehr darum, externe Konflikte zu lösen oder zu vermeiden (S. 197). Besser verständlich wird dies, wenn man sich überlegt, in welcher Entwicklungsphase Persönlichkeitsstörungen entstanden sind - es handelt sich dabei um eine primäre Inkongruenz, und vor allem die ersten Jahre sind kritisch zu betrachten. Zunächst steht noch die Aktualisierungstendenz im Vordergrund, während in den darauffolgenden Jahren die Selbstaktualisierung wichtig wird. Swildens (2002) betont, dass das Individuum dann dauernd verletzbar ist, wenn die Entwicklung eines tragfähigen und prozesshaft funktionierenden Selbstkonzepts in den ersten Jahren nicht gelingt, oder wenn die Person später dazu nicht in der Lage ist, weil sie zum Beispiel ein Trauma erlebt (S. 198).

Die erste Phase, von der Swildens (2002) spricht, ist also die Motivationsphase – persönlichkeitsgestörte Menschen werden nicht durch Inkongruenz zur Therapie getrieben, sondern aufgrund der „aktuellen Problematik des Patienten und seines Ärgers darüber“ (S. 200). Dies bedeutet für die weitere Behandlung zwar, dass der Klient immer darauf bedacht sein wird, praktisch interaktionelle Hilfe zu erlangen. Doch dieser Wunsch könnte auch bedeuten, dass er Hilfe erwartet, um begreifen zu können, warum seine Beziehungen konfliktuell sind. Wenn dies der Fall ist, kann der Therapeut an der Selbstexploration des Klienten arbeiten (S. 200). Voraussetzung dafür ist, dass sich der Klient beim Therapeuten sicher fühlt und ihm vertraut – dieses Vertrauen muss erst mühsam in der so genannten Prämotivationsphase aufgebaut werden und bedeutet, dass ihm in der Therapie Stütze und Struktur geboten wird (Swildens, 2007, S. 127). Dies schließt „die Kommunikation von positiver Hinwendung und Akzeptanz, Nähe bei gleichzeitig hinreichender Distanz, Respekt und sorgfältig dosierte Wärme“ mit ein (Swildens 2002, S. 201). Erst wenn sich eine gute und stabile Arbeitsbeziehung entwickelt hat, können weitere Ziele erarbeitet werden. Man kann dann zum Beispiel die Überlebensstrategie des Klienten ernsthaft hinterfragen und daran arbeiten. Der Therapeut sollte sich außerdem immer an der gesunden Person orientieren, denn trotz der Schwere der Störung sollte diese immer der Ansprechpartner bleiben, an den man

sich wendet (Swildens, S. 201). In der Problem- und Konfliktphase geht es darum, über die Probleme und Konflikte des Klienten zu sprechen. Für Swildens (2007) ist gerade diese Phase besonders wichtig, „denn hier spielt sich die Auseinandersetzung mit dem untauglichen Lebensskript ab“ (S. 132). Problematisch in dieser Phase sind Widerstände, da sich die Widerstände nicht nur gegen die Thematik an sich, sondern auch gegen das Bearbeitungsangebot des Therapeuten oder den Therapeuten als Person richten können. Um den Klienten damit zu konfrontieren und ihm Interpretationen anzubieten, ist es notwendig, den Widerstand zur Sprache zu bringen und Lösungsalternativen anzubieten. Erst dann kann es zu einem „Uminterpretieren des Klientenverhaltens“ kommen und es kann das konkrete Konfliktverhalten des Klienten besprochen werden (Swildens, 2007, S. 132).

In der Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie finden sich sowohl klientenzentriertes Vorgehen als auch prozessorientiertes. Swildens (2007) betont, dass die personenzentrierten Grundsätze für die Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie zwar substanziell sind, es ist jedoch notwendig „aktiv Wege[n] [zu] suchen, um die Stagnation des Prozesses zu überwinden und den Klienten wieder in Bewegung zu bringen. Die zentrale Motivation in beiden helfenden Beziehungen sind das Hilfeverlangen und die Hilfserwartung“ (S. 136).

Es wurden mehrere Ansätze für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen vorgestellt und erläutert. Es ist nun zu hinterfragen, inwieweit sich der personenzentrierte Therapeut an solche Strategien und Vorgehensweisen hält beziehungsweise halten kann, oder ob er den persönlichkeitsgestörten Klienten genauso behandelt wie seine anderen Klienten. Reichen die notwendigen Bedingungen und Voraussetzungen, die Rogers nannte, um personenzentriert arbeiten zu können, für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen aus?

Im nächsten Kapitel wird auf genau diese Frage eingegangen und es wird erläutert, was die Personenzentrierte Psychotherapie zum Thema Persönlichkeitsstörungen beizutragen hat. Besonderes Augenmerk liegt auf der Frage nach einer störungsspezifischen Gesprächspsychotherapie, der im Folgenden nachgegangen wird.

5. Personenzentrierte Sichtweise von Persönlichkeitsstörungen

Dieses Kapitel legt besonderes Augenmerk auf die Problematiken der störungsspezifischen Gesprächstherapie und die Diskussionen rund um das Thema. Es wird zunächst erklärt, was störungsspezifische Gesprächspsychotherapie bedeutet, und dargestellt, mit welchen Problemen sich die Vertreter von eben dieser Therapie auseinandersetzen müssen. Als spezifisches Modell dient das „Differenzielle Inkongruenzmodell“ von Speierer, welches anschließend erläutert wird.

5.1. Störungsspezifische Gesprächspsychotherapie?

In der störungsspezifischen Perspektive in der Gesprächspsychotherapie wird die „Bedeutung einer Störung bzw. der ihr entsprechenden Symptome und Beschwerden für das Erleben des Patienten, für seine aktuelle Lebensthematik und Persönlichkeitsproblematik“ betont (Finke & Teusch, 2002a, S. 148). „Die systematische Beachtung der Störung und der mit ihr im Zusammenhang stehenden Thematik führen zu einer Konzeptualisierung des therapeutischen Vorgehens, das gekennzeichnet ist durch Klassifizierung, Differenzierung und Strukturierung“ (Finke & Teusch, 2002a, S.148). Ansätze wie die differenzielle, die prozessorientierte und die zielorientierte Gesprächspsychotherapie haben mit dieser Perspektive viel gemeinsam.

Gegen den störungsspezifischen Ansatz wird oft eingewendet, dass er nicht mit dem Anliegen Rogers' vereinbar sei, doch in seiner Theorie bleiben andere Forderungen einer Psychotherapie sowie der Anspruch auf Wissenschaftlichkeit unberücksichtigt. Finke und Teusch (2002) weisen dennoch auf die zwei Standpunkte hin, die für Rogers' Haltung ausschlaggebend waren:

1. Dadurch, dass die Vorgangsweise in der Therapie konzeptuell auf bestimmte Gruppen von Störungen ausgerichtet ist, ergibt sich eine gewisse Typologisierung. Diesem oder jenem Störungstyp werden jeweils bestimmte Interventionen und Klassifizierungen zugeordnet, und dies führt, wenn auch nur tendenziell, zu einer Schematisierung des therapeutischen Vorgehens. Durch dieses typisierende und diagnosegeleitete Verfahren verschwindet das

Individuum jedoch hinter einem bestimmten Typus und der Therapeut kann der Einmaligkeit des Individuums nicht mehr gerecht werden, denn er ist vom Schematismus des therapeutischen Handelns voreingenommen.

Rogers hat bekanntlich ein intuitionsgeleitetes Vorgehen empfohlen, das von jeglicher Systematisierung und Planung frei bleibt. Durch dieses Vorgehen wird garantiert, dass der Therapeut offen ist für das Unerwartete und Einmalige im Erlebnisprozess des Klienten, und er kann sich ganz spontan und intuitiv auf die jeweiligen Bedürfnisse und Notwendigkeiten des Klienten einstellen. Somit besteht auch keine Gefahr, dass individuelle Aspekte des Erlebens nicht berücksichtigt werden, und es besteht die Möglichkeit, dass Bedürfnisse und Fantasien zur Sprache kommen, die zunächst noch gar nicht bewusst sind (Finke & Teusch, 2002a, S. 152).

2. Rogers hat wiederholt seine Skepsis gegenüber der Ausarbeitung einer Therapietechnik geäußert. Durch das präzise Ausführen einer Technik könnte der Therapeut, so befürchtete Rogers, seine Grundhaltungen vergessen. Die Bedeutung der therapeutischen Haltung und der therapeutischen Beziehung könnte Nachrang haben, denn der Therapeut vertraut auf die Wirkung der gelungenen Interventionen. Darüber hinaus bedeutet die Ausübung einer bestimmten Therapietechnik auch, dass ganz bestimmte Mittel eingesetzt werden um ein Ziel zu erreichen, was eine Instrumentalisierung der therapeutischen Beziehung bedeutet. Dies geht jedoch auf Kosten der Echtheit des therapeutischen Angebots (Finke & Teusch, 2002a, S.152).

Die störungsspezifische Psychotherapie muss sich also mit diesen zwei Standpunkten Rogers auseinandersetzen.

Finke und Teusch (2002) postulieren, dass „bei der oft diskutierten Polarisierung ‘Beziehung vs. Technik’... keiner dieser beiden Pole verabsolutiert werden“ darf (S. 153). Die therapeutische Beziehung kann nicht als komplett zweckfrei gesehen werden; man kann diese Beziehung nicht mit einer Freundschaft gleichstellen, da dahinter immer der Auftrag des Klienten steckt. Auch was die Therapietechnik betrifft, so muss man diese eher als Leitlinien denn als konkrete Anweisungen verstehen, denen der Therapeut mit Hilfe seiner Intuition folgt. Diese Leitlinien sind nichts anderes als die „Ausformulierungen des Wissens und der Erfahrungen, nach denen jeder professionelle Therapeut sein Vorgehen zumindest intuitiv ausrichtet“ (Finke & Teusch, 2002a, S.153). Die Beschreibung einer Technik entsteht, wenn die den Therapeuten implizit leitenden Konzepte externalisiert werden. Warum bei der störungsorientierten Technik ein solches Explizitmachen gefordert wird, lässt sich aus

Gründen nachvollziehen, die nun beschrieben werden sollen (Finke & Teusch, 2002a, S. 153). Eine störungsbezogene Perspektive und somit ein Wissen um Störungen, wie zum Beispiel schwere Persönlichkeitsstörungen, erleichtern den Zugang zu solchen Klienten. Erleben und Verhalten entsprechen bei Klienten mit schweren Störungen nicht mehr dem gewöhnlichen Kommunikationsstandard, und deshalb kann ein Wissen um diese Störung helfen, um das Verhalten überhaupt zu verstehen. Auch was das therapeutische Vorgehen und dessen Planung betrifft ist es hilfreich, über die vorliegende Störung Bescheid zu wissen. Für Therapeuten, die noch wenig Erfahrung haben, ist es von Vorteil, ungewöhnliche Phänomene und Erlebnisweisen der Klienten mit Hilfe der störungsorientierten Technik erfassen zu können, was zu einem besseren Verständnis führt. Vor allem für die empirische Psychotherapieforschung ist es wichtig, das therapeutische Verfahren möglichst genau beschreiben zu können, um zum Beispiel die Wirksamkeit von unterschiedlichen Therapietechniken vergleichen zu können (Finke & Teusch, 2002a, S.153).

Störungsspezifische Perspektive meint hier nicht nur, dass die therapeutische Aufmerksamkeit auf die Symptome und Beschwerden des Klienten gelenkt wird. Es bedeutet vielmehr auch ein Therapiekonzept – das Erstellen eines Konzepts, welches sich aus den Therapiezielen und den Therapiemitteln ergibt. Somit kommt es zu einem Therapiemodell, wie es für eine naturwissenschaftlich geprägte Sichtweise typisch ist. Seitens der Personenzentrierten Gesprächspsychotherapie gibt es hier allerdings Einwände – es wird der Vorwurf erhoben, dass die Psychotherapie nur auf die Störung fixiert wird und dass, wie bereits schon erwähnt, ein solches konzeptuelles Vorgehen mit dem Personenzentrierten Ansatz nicht vereinbar sei (Finke & Teusch, 2002a, S. 160). Finke und Teusch (2002a) stimmen dem oft vorgebrachten Argument, „dass die Beschreibung einer solchen Therapietechnik vor allem etwas für Anfänger sei“, zu (S. 160). Jedoch weisen sie auf die Vorteile und Notwendigkeit dieser verbesserten Lehrbarkeit hin, und darüber hinaus bedeutet es, dass ein erfahrener Psychotherapeut über ein Wissen verfügt, nachdem er auch handelt.

Nun stellt sich die Frage, wieso ein solches Störungswissen in der personenzentrierten Gesprächspsychotherapie dann nicht explizit gemacht werden soll. So würde diese Form der Psychotherapie auch dem Anspruch der Wissenschaftlichkeit gerecht werden und sie der Kritik und der Diskussion zugänglich machen.

Finke und Teusch (2002) machen ausdrücklich klar, dass das hier vorgestellte Modell der störungsspezifischen Perspektive eine Standardisierung des therapeutischen Vorgehens klar ablehnt. Die Leitlinien, die sie vorgeben, sollen lediglich dazu dienen, Spielräume für

therapeutisches Handeln zu ermöglichen, und es wird auch die Individualität eines jeden Klienten berücksichtigt werden (S. 160).

Ebenso wichtig wäre die Entwicklung einer störungsbezogenen Gesprächspsychotherapie, so Finke und Teusch (2002b), vor allem für die Etablierung der Personenzentrierten Psychotherapie in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung (S. 479).

Schmid (2005) stellt nicht nur die Frage, ob sich Diagnosen überhaupt mit dem Menschenbild der personenzentrierten Psychotherapie vertragen, er fragt auch, ob ein störungsspezifisches Denken und Handeln „eine Weiterentwicklung oder eine Wegentwicklung von Personenzentrierter, also fundamental an der Person orientierter Therapie“ ist. Wäre es eine Wegentwicklung, was würde dann mit den den Personenzentrierten Ansatz charakterisierenden Eigenschaften geschehen, durch welche er gerade unverwechselbar ist? (S. 6)

Schmid (2005) geht davon aus, dass der personenzentrierte Zugang zur Gesundheit auf dem Konzept der Authentizität beruht. „Eine Person zu sein bedeutet, den Prozess der Authentizität zu leben, das eigene Potential in individuell und sozial konstruktiver Weise zu entwickeln“ (S. 6). Authentisch kann ein Mensch aber nicht nur dann sein, wenn er gesund ist, auch Trauer, Schmerz, Angst oder Sorgen können authentisch sein und gehören zum Leben. Demzufolge kann jeder Mensch authentisch sein. Somit setzt die personenzentrierte Persönlichkeits- und Gesellschaftstheorie „bei einer Prozesstheorie der Authentizität an, nicht bei einer Theorie des Versagens oder Misslingens bzw. einer Störungstheorie“. Die Person wird gesehen als „Prozess des Strebens nach Authentizität in jedem Moment ihrer Existenz, als Prozess von Selbstentwicklung und Beziehungsentwicklung zugleich. Deshalb ist personenzentriert eo ipso immer zugleich auch prozesszentriert (was natürlich nicht mit prozessdirektiv zu verwechseln ist)“ (S. 7).

Davon ausgehend bedeutet psychisches Leiden, nicht authentisch zu sein. „*Eine Person wird inauthentisch, wenn sie sich selbst und anderen, d. h. dem erlebenden Organismus und den notwendigen authentischen Beziehungen, entfremdet wird.* In der Regel kommt es so zu psychischem Leiden“ (Schmid, 2005, S. 7 f.). Aufgabe des Therapeuten und des Klienten ist es, in der Therapie herauszufinden, welche Möglichkeiten der Klient hat, seine Selbstheilungskräfte zu fördern und somit den Prozess des Lebens wieder anzukurbeln (S. 10).

Personenzentrierte Psychotherapie ist, so Schmid (2005), Beziehung. Egal wie unterschiedlich die Symptome sind, mit denen Klienten zur Therapie kommen, das Beziehungsangebot ist

dasselbe. Unterschiedlich ist nur, dass sich die Beziehung zu den jeweiligen Klienten einzigartig gestaltet. (S.10) Da es die Beziehung ist, die den „Prozess der Personalisation fördert“, sind dafür unterschiedliche Beziehungen erforderlich: „Jede Beziehung von Person zu Person ist verschieden, einzigartig – sonst wäre sie keine *personale* Beziehung. Aber die Qualität der Beziehung ist immer dieselbe: Begegnung, wenngleich in sehr verschiedener Weise“ (S. 11). Schmid (2005) betont weiters, dass man in der personenzentrierten Psychotherapie von einem Nicht-Wissen ausgeht, welches das Unbekannte des Anderen anerkennt und wertschätzt. Dies führt zu einer äußerst kreativen Haltung, welche den Respekt für die andere Person ausdrückt. „Jede echte Begegnung ist also zu allererst eine Überraschung“ (S. 11).

Da wir als Menschen aber beständig Erfahrungen machen, über die wir nachdenken und uns Theorien und Konzepte zusammenreimen, bedeutet Begegnung und Therapie auch immer Reflexion (Schmid, 2005, S. 12).

Eine Begegnung oder Situation kann uns an etwas in der Vergangenheit erinnern, und es ist unmöglich, eine Erinnerung an etwas Bestimmtes nicht aufkommen zu lassen. „Und so bilden und verwenden wir Konzepte. *Wir können nicht nicht denken. Wir können nicht nicht kategorisieren.* Wir können (und sollten) nicht ignorieren, dass ein bestimmtes Verhalten uns, sagen wir, an die Pubertät erinnert“ (Schmid, 2005, S. 13).

Im Lauf der Zeit entwickeln wir also unsere Kategorien und Konzepte, von denen unser Handeln bestimmt wird. Wichtig dabei ist, sich vor Augen zu halten, dass wir diese Konzepte selbst gebildet haben, und da wir keine tabula rasa sind, sind wir von unseren Konzepten gewissermaßen voreingenommen. Dessen müssen wir uns bewusst sein – eine Person hat nicht eine Störung, sondern wir schreiben ihr eine Störung zu, und deshalb muss der Therapeut dem Klienten die Chance geben, sein Konzept zu falsifizieren, da das Konzept relativ ist (Schmid, 2005, S. 13 f.).

Schmid (2005) schließt daraus, dass der „personenzentrierte Prozess des Verstehen eine Prozess personaler Begegnung“ ist (S. 14). Dies schließt mit ein, dass die gemeinsamen Erfahrungen reflektiert werden, und zwar sowohl innerhalb als auch außerhalb der Beziehung. „Die Aufgabe ist, die daraus resultierende Dichotomie von Nicht-Wissen und Wissen, Anerkennung und Erkennen persönlich und professionell zu handhaben. . . . Ein personaler Gebrauch von Konzepten und Theorien verhindert Erfahrung nicht, sondern fördert sie“ (S. 14).

Daraus folgt die entscheidende Frage, welches Konzept ein Therapeut für sein therapeutisches Vorgehen wählt und ob er spezifisches/störungsspezifisches Wissen benötigt? Schmid (2005)

betont dabei, dass „störungsspezifisches“ Wissen das Verstehen unterschiedlicher unauthentischer Prozesse eines Menschen ist und unterscheidet dies ganz klar vom störungszentriertem Konzept. Er fragt nicht nach der Existenz oder der Notwendigkeit eines störungsspezifischen Konzepts, denn dies ist bereits vorhanden. Was nicht vorhanden ist, ist „eine personenzentrierte systematische Beschreibung inauthentischer Prozesse“ (S. 15 ff.).

Im Laufe der Zeit wurden verschiedene gesprächspsychotherapeutische Richtungen entwickelt, welche in ihren Theorien auf ein störungsspezifisches Vorgehen zurückgreifen. Diese Theorien basieren auf dem Differenziellen Inkongruenzmodell von Speierer, welches nachstehend dargestellt wird.

5.2. Das Differenzielle Inkongruenzmodell

Mit Hilfe des Differenziellen Inkongruenzmodells, entwickelt von Speierer (1994), ist es möglich, mit Störungen zu arbeiten, für die eine unbedingt wertschätzende, kongruent aufrichtige Haltung und ein einführend-empathisches Verstehen des Erlebens des Klienten nicht ausreicht. Speierer (2002a) definiert das Differenzielle Inkongruenzmodell (kurz DIM) als eine „allgemeine und störungsspezifische Krankheitstheorie der Gesprächspsychotherapie“ (S. 163). In ihren Grundlagen stützt sich das DIM auf die Positionen der humanistischen Psychologie und wird als Inkongruenzbehandlung angewandt. Entwickelt wurde es für die Krankenbehandlung, doch es hat sich auch in der personenzentrierten Beratung bewährt. Die dem DIM zugrunde liegende Störungstheorie soll nun erläutert werden.

Grundlage des Konzepts von Rogers ist die Aktualisierungstendenz – jeder Organismus tendiert dazu, „sich in umfassender Weise zu verwirklichen“ (Rogers, 2004, S. 41). Die Aktualisierungstendenz dient der Erhaltung, dem Wachstum, der Selbsterhaltung und Selbstentfaltung des Organismus, und während Rogers betont, dass die Aktualisierungstendenz das einzige Motiv des Menschen sei, so wird diese Tendenz im DIM relativiert und als veränderbare Größe gesehen. Sie kann durch soziale Kommunikation, aber auch durch gesellschaftliche Faktoren und durch individuelle Dispositionen auf negative Weise beeinflusst werden. Dies kann so weit gehen, dass sie völlig verschwindet. Für die therapeutische Praxis ergibt sich daher Folgendes: während Rogers davon überzeugt war, dass die Aktualisierungstendenz stets auf ein positives Ziel gerichtet war und die therapeutische

Beziehung mit ihrer Nondirektivität und ihren Basisvariablen als notwendig und hinreichend gesehen werden konnte, geht man im DIM von einer differenziellen Sicht der Aktualisierung aus, was zu einem anderen Modell der Therapie führt. Das ursprüngliche Modell der helfenden Beziehung hat in ihrer Wirksamkeit Grenzen, was dazu führt, dass Indikation und Diagnose in die Gesprächspsychotherapie integriert werden müssen. Aus der differenziellen Sicht der Aktualisierung müssen die von Rogers postulierte Nondirektivität und die Grundhaltungen gelegentlich aufgegeben und durch andere therapeutische Praktiken erweitert werden (Speierer, 2002a, S. 164 f.).

Therapietheorie: Auch im DIM wird der Erfolg einer Gesprächspsychotherapie mit abhängig gemacht von der gesunden Aktualisierungstendenz und deren therapeutischem Einsatz. Für die Therapietheorie bedeutet dies, dass in erster Linie die Merkmale der Gesprächspsychotherapie (unbedingte Wertschätzung, Empathie und Kongruenz) ihren Stellenwert beibehalten und auch angewendet werden. Sie sind hilfreich, um die Aktualisierungstendenz aus „ihren krankheitsbedingten Blockaden zu lösen und optimal zu einer gleichsam ‘selbsttätigen’ gesunden Weiterentwicklung der Person in Richtung der Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen und ihrer kongruenten Integration in das Selbstkonzept anzuregen“ (Speierer, 2002a, S. 174).

In zweiter Linie kommt es im DIM aber, neben der von Rogers geforderten Grundlage der Aktualisierungstendenz, vor allem auf die bewusste „Bearbeitung des individuellen und störungsspezifischen Inkongruenzerlebens“ an, und die Inkongruenzbewältigung ist nun Ziel der therapeutischen Arbeit (Speierer, 2002a, S. 174 f.).

Im Mittelpunkt des DIM steht die Inkongruenz, jedoch werden die Vorstellungen von Rogers diesbezüglich ergänzt und differenziert. So wird Inkongruenz als „eine über Angst hinausgehende, in vielerlei Hinsicht unangenehme Erlebensqualität“ definiert (Speierer, 2002a, S. 167). Mit Hilfe von Erfahrungen aus der Vergangenheit, Gegenwart, sowie Gedanken über die Zukunft, kann Inkongruenz erlebt und aktualisiert werden. Weiters hat Inkongruenz mehrere Formen: Inkongruenz innerhalb des Selbst und Inkongruenz zwischen Erfahrungen und dem Selbst. Diese beiden Formen werden als Konfliktinkongruenz bezeichnet, da das Inkongruenzerleben aus einem Konflikt zwischen zwei nicht miteinander zu vereinbarenden Bewertungen einer Erfahrung besteht. So kann zum Beispiel das Idealselbst etwas als „schlecht“ bewerten, während dieselbe Erfahrung vom Organismus als Teil der angeborenen Selbststruktur als „gut“ empfunden wird (Speierer, 2002a, S. 168). Neben der Konfliktinkongruenz gibt es noch die konfliktfreie Inkongruenz oder Stressinkongruenz. Diese entsteht, wenn das Selbst von unerträglichen Erfahrungen

überwältigt wird und sich von diesen in seiner Existenz bedroht fühlt. Das Inkongruenzerleben kann in dieser Form ganz ohne konflikthafte Anteile sein (Speierer, 2002a, S. 166 f.). Jede dieser Inkongruenzformen kann nun die Grundlage von psychischen und physischen Krankheitssymptomen sein. Speierer (2002a) folgert daraus, dass „Krankheitssymptome Folgen oder Begleiterscheinungen von Inkongruenzerleben sind“ (S. 168).

Als stärkste Quelle von Inkongruenz nennt Speierer (2002a) Lebensereignisse wie zum Beispiel den Tod eines nahen Angehörigen oder persönliche Misserfolge, oder auch Verletzungen durch einen Unfall sowie Krankheiten. Weiters nennt er sozialkommunikative Erfahrungen in der Vergangenheit und der Kindheit, zum Beispiel das Erleben von Unverständnis, oder eine nicht befriedigende Beziehung zu den Eltern. Sozialkommunikative Erfahrungen in der Gegenwart sind ebenfalls eine Inkongruenzquelle, und auch hier handelt es sich um negative Beziehungserfahrungen sowie deren Folgen. Aber auch negative Zukunftserwartungen können eine Ursache von Inkongruenz sein. Die unmittelbaren Folgen von Inkongruenz sind dann Krankheits- oder Störungssymptome (S. 169 f.). Speierer (2002a) bezeichnet die Inkongruenzsymptome als „allgemeine oder störungsspezifische Inkongruenzdynamik“ und nennt als deren Hauptsymptome „das Erleben von Kontrollverlust in Form des Verlusts der Selbstkontrolle, der Verlust der Kontrolle von Gefühlen und der Verhaltenskontrolle zusammen mit überschießenden, kognitiven, emotionalen und körperlichen Symptomen an erster Stelle“ (S. 170 f.).

Als für die Gesprächspsychotherapie charakteristisches Diagnoseverfahren wird die Inkongruenzanalyse herangezogen, wobei es drei Varianten gibt:

1. Inkongruenzanalyse aus Therapietranskripten oder aus Tonband- oder Videoaufzeichnungen therapeutischer Sitzungen.
2. Man analysiert mit Hilfe eines Therapeutenbeurteilungsbogen, den man unmittelbar nach dem Ende der therapeutischen Sitzung verwendet.
3. Die Analyse kann auch mit Hilfe eines Patientenfragebogens, dem so genannten Regenburger Inkongruenz-Analyse-Inventar (RIAI), durchgeführt werden (Speierer, 2002a, S. 172).

Was bedeutet dies nun für die therapeutische Praxis?

Im ersten Gespräch wird zunächst mit Hilfe der Basismerkmale der Gesprächspsychotherapie eine therapeutische Beziehung angeboten. Nach dieser ersten Sitzung oder im Verlauf der

Probetherapie, die dann folgt, kann eine Inkongruenzanalyse durchgeführt werden. In weiterer Folge können – gemeinsam mit dem Klienten – die Schwerpunkte sowie Behandlungsziele festgelegt und besprochen werden (Speierer, 2002, S. 175 f.). Die spezifische therapeutische Inkongruenzbearbeitung besteht aus drei Schritten: zunächst wird die Inkongruenz fokussiert. Ziel dieser Inkongruenzfokussierung ist „die Erfahrung und die Verbalisierung der unterschiedlichen Facetten und der gedanklichen (kognitiven), der gefühlsmäßigen (emotionalen) und der handlungsbezogenen (motorischen) sowie körperlichen (somatischen) Anteile des Inkongruenzerlebens zu erleichtern und zu erweitern“ (Speierer, 2002a, S. 177). Als nächstes wird die Inkongruenz bearbeitet, wobei man den Patienten anregt, die Inkongruenz zuzulassen und sie zu formulieren. Anschließend werden „selbstverträglichere Denk-, Gefühls- und Handlungsalternativen“ gesucht und auch gefunden (Speierer, 2002a, S. 177).

Vorwiegend im Anfangsstadium der Therapie, wenn die Beziehung zwischen Klient und Therapeut noch unsicher ist, können Schwierigkeiten auftreten. „Mangelhaft erlebtes selbstkongruentes offenes Zugewandtheit der Therapeut/innen, also mangelnde therapeutische Kongruenz“ ist oft eine Ursache dafür, doch dies kann durch „nicht dominierende Echtheit im Sinne des ‘being real’“ gemildert werden (Speierer, 2002a, S. 178).

Die Anwendung des Differenziellen Inkongruenzmodells führt, nach Speierer (2002b), zu größerer Klarheit in der Gesprächspsychotherapie. Abschließend kann gesagt werden, dass die Inkongruenzanalyse als Hilfsmittel eingesetzt werden kann um in der personenzentrierten Psychotherapie zu einer „Erweiterung des allgemeinen und störungsspezifischen Krankheitswissens“ beizutragen (Speierer, 2002b, S. 204).

5.3. Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie

Die Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie kann man als eine Adaption der Personenzentrierten Psychotherapie nach Rogers betrachten, welche davon ausgeht, „dass der Mensch im Wesentlichen gesund ist und grundsätzlich über sein Potential verfügen kann“ (Swildens, 2002, S. 187).

Diese Auffassung ist allerdings für den Prozessorientierten Ansatz, der den Menschen realistisch erfassen will - was bedeutet, dass man seine Unvollkommenheit und Unerreichbarkeit einbeziehen muss -, zu illusorisch. Hinzu kommt, dass sich die Personenzentrierte Psychotherapie neuen Herausforderungen stellen musste - die Zielgruppe

veränderte sich und es waren vermehrt Patienten mit Borderline-Störungen und vor allem Persönlichkeitsstörungen, die eine Behandlung suchten. Somit wurden die Roger'schen Therapieprinzipien adaptiert, sowohl im theoretischen Denken als auch im praktischen Handeln (Swildens, 2002, S. 188). Es wurde notwendig, die klassische Personenzentrierte Methode aufgrund der schweren Formen von psychischen Störungen stärker störungsspezifisch auszurichten (Swildens, 2007, S.123).

Die Prozessorientierte Psychotherapie geht davon aus, dass das „klassische Rogers'sche Beziehungsangebot von kontinuierlicher Echtheit, bedingungsloser Akzeptanz und empathischem Verstehen“ für die große Mehrheit der Klienten nicht ausreicht (Swildens, 2002, S. 191). Diese von Rogers formulierten Haltungen garantieren zwar eine therapeutische Beziehung, aber in Hinblick auf die Fertigkeiten der Klienten und die Schwierigkeiten, die sie haben, reichen die Haltungen alleine nicht aus. Es ist wichtig, dass der Therapeut den Prozess als Ganzes, „mit seinen Eingangsphänomenen, seinen verschiedenen Phasen und seinen fortlaufenden Zielsetzungen“ beachten kann (Swildens, 2002, S. 191).

In der Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie versucht der Therapeut die inneren Bedeutungszusammenhänge innerhalb der Welt des Klienten zu erfassen, ohne von irgendwelchen Annahmen oder Vorbehalten auszugehen. Indem der Therapeut die Lebenswelt des Klienten erkundet, gestaltet sich die Therapie in der Art, dass der Therapeut die Selbsterforschung des Klienten sachkundig begleitet. Die Person wird als Prozess betrachtet, und wenn dieser Prozess stockt, so muss er wieder in Bewegung gebracht werden. So gesehen lautet die Definition der Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie: „Ermöglichen der Wiederaufnahme des Werdensprozesses, den der Klient darstellt, innerhalb seiner ihm eigenen Möglichkeiten und Beschränkungen“ (Swildens, 2002, S. 190).

Der Therapeut versucht also den Klienten so zu unterstützen, dass dieser als Prozess „funktioniert“ – er achtet darauf, dass der Prozess in Bewegung bleibt und nicht stagniert.

Dieser Prozess erfolgt innerhalb der Beziehung Therapeut – Klient, und der Therapeut lässt ihn nicht nur geschehen, er steuert ihn auch mit. Während der Klient auf der Suche nach seinen Zielen ist und hierfür Hilfe vom Therapeuten erwartet, ist es die Aufgabe des Therapeuten, ihn zu unterstützen und die geeignete Antwort auf die Erwartung des Klienten zu finden. Genau darin unterscheidet sich der Prozessorientierte Ansatz vom Klientenzentrierten im engeren Sinne. Denn die Verantwortung für das Finden einer passenden Antwort auf die Hilferwartung des Klienten liegt beim Therapeuten (Swildens, 2002, S. 190 f.).

Demnach greift der Therapeut in der prozessorientierten Gesprächspsychotherapie ein, wenn es „notwendig“ scheint – so macht er zum Beispiel Vorschläge über das weitere Vorgehen, und darüber wird dann mit dem Klienten diskutiert. Doch wird alles gemeinsam entschieden – durch das in Beziehung setzen von Therapeut und Klient werden gemeinsam Ziele und Wege gesucht und gefunden.

Wie zuvor bereits erwähnt, ist bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen oft die Rede von sogenannten externen Konflikten – d.h. sie erleben keine inneren Konflikte, denn sie halten ihr von anderen als unangepasst empfundenes Benehmen als zur Person gehörend, als „ego-synton“ (Swildens, 2002, S. 197). Dadurch entstehen für die Person oft Schwierigkeiten mit ihren Mitmenschen, doch ist sie nicht gewillt, dafür Verantwortung zu tragen. Kritisiert werden daher nur die Anderen - die Außenwelt -, und die Patienten kommen nicht wegen der Persönlichkeitsstörung, sondern weil sie von anderen Menschen dazu veranlasst werden, sich Hilfe in einer Psychotherapie zu suchen. Sie wollen vom Therapeuten, dass er ihnen hilft, externe Konflikte zu lösen und zu vermeiden. Somit ergibt sich eine völlig andere Motivation als bei Klienten, die wegen ihrer Störung kommen und nicht, weil andere es wollen. Nach Swildens (2002) wird dies verständlich, wenn man sich vor Augen hält, wann diese Störung entstanden ist. Bei der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen handelt es sich um eine primäre Inkongruenz. Es ist wichtig, dass es in den ersten Jahren zu einer Entwicklung eines tragfähigen und prozesshaft funktionierenden Selbstkonzepts kommt. Gelingt dies nicht, dann ist die betroffene Person dauerhaft verletzbar. Ebenso wichtig ist die Fähigkeit zur Empathie, und damit sich diese entwickeln kann, ist eine Bezugsperson, vor allem in den ersten Lebensjahren, notwendig (Swildens, 2002, S. 197).

Wie oben bereits erwähnt, ist die Therapiemotivation von Menschen, die an einer Persönlichkeitsstörung leiden, eine ganz andere. Vorherrschend ist nicht der Wunsch nach Selbstexploration, sondern nach Selbstbehauptung und Selbsterhaltung. Das bedeutet für den Therapieprozess allerdings auch, dass nicht Inkongruenz die treibende Kraft ist, sondern die externen Konflikte, die die Person erlebt und erfahren hat. Die erste Phase der Therapie dauert meist länger, da es die Phase ist, wo Vertrauen aufgebaut wird, und der inhaltliche Aspekt dieser ersten Phase betrifft die aktuelle Problematik des Klienten und seinen Ärger darüber. Durch diese schon völlig andere Motivationslage ergeben sich auch andere Konsequenzen für die weitere Behandlung. Primär geht es um die Problematisierung des interaktionellen Verhaltens – dies kann als erster Schritt in Richtung Veränderung gesehen werden (Swildens, 2002, S. 197).

Der Klient äußert zwar den Wunsch nach interaktioneller Hilfe, doch kann mit diesem Wunsch auch ein anderer verbunden sein – der Klient möchte verstehen, warum es diese Konflikte in seinen Beziehungen gibt.

Unumgänglich dafür ist ein stützendes und strukturierendes Beziehungs- und Therapieangebot seitens des Therapeuten, welches durch „positive Hinwendung, Akzeptanz, Nähe bei gleichzeitig hinreichender Distanz, Respekt und sorgfältig dosierte Wärme“ (Swildens, 2002, S. 200 f.) charakterisiert ist. Wenn so eine tragfähige und beständige Arbeitsbeziehung garantiert ist, können andere Ziele angestrebt werden. So können etwa Interventionen wie „Beziehungsklären, Selbsteinbringung, Konfrontationen und Interpretationen“ gesetzt werden, sobald man feststellt, dass der Klient sich tatsächlich mit sich selbst auseinandersetzt und nicht nur Hilfe möchte, um sich in seinen Beziehungen besser behaupten zu können (Swildens, 2002, S. 201).

Wie der therapeutische Prozess bei Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung dann genau aussieht, richtet sich nach den Prozessmerkmalen der Störung sowie nach den Behandlungszielen, die angestrebt werden, was wiederum das Handeln des Therapeuten beeinflusst. Die therapeutische Beziehung soll dabei immer optimiert werden (Swildens, 2002 S. 202).

Swildens (2002) betont, wie wichtig es ist, das Wesen der personenzentrierten Psychotherapie zu bewahren und beschreibt den prozessorientierten Ansatz als ein Verfahren, welches auf „philosophischen, nämlich insbesondere phänomenologisch-existenziellen Grundlagen, und auf den fachtheoretischen, von Rogers und Mitarbeitern entwickelten klientenzentrierten Konzepten beruht und sich in der Praxis an den spezifischen Problem- und Schweregraden der verschiedenen psychopathologischen Kategorien orientiert“ (Swildens, 2002, S. 203).

6. Methodische Vorgehensweise

In den ersten Kapiteln des theoretischen Teils dieser Arbeit wurde das Krankheitsbild der Persönlichkeitsstörung im Hinblick auf Erscheinungsbild, Entwicklung/Entstehung sowie Behandlung theoretisch beleuchtet. Ein weiteres Kapitel widmete sich der besonderen Problematik hinsichtlich der Fragestellung, und es wurde erörtert, was der Beitrag der Personenzentrierte Psychotherapie zu diesem Thema ist. Besonders der Frage nach einem störungsspezifischen Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie wurde nachgegangen.

Im Methodischen Teil soll nun die Fragestellung mithilfe der Forschungsmethode des persönlichen Gesprächs von Inghard Langer bearbeitet werden.

Die Methode des persönlichen Gesprächs wurde aus dem Grund gewählt, weil durch diese Methode eventuell Aspekte aufgedeckt werden, die bei den Überlegungen zur Problemstellung nicht bedacht wurden. Im Gegensatz zu einem Leitfadeninterview bietet das persönliche Gespräch die Möglichkeit, auf Antworten zu stoßen, die man möglicherweise nicht erhalten würde, würde man diesen Aspekt bei der Erstellung des Leitfadens und der Fragen nicht bedenken. Das persönliche Gespräch lässt somit mehr Frei- und Spielraum für latente Inhalte und Themen, die sich gerade durch die personenzentrierte Haltung des Gegenübers entfalten können.

6.1. Fragestellung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der personenzentrierten Sichtweise von Persönlichkeitsstörungen. Um zu praxisnäheren Antworten zu kommen, als es durch reine Literaturrecherche möglich wäre, wurden Psychotherapeuten aus dem Personenzentrierten Ansatz befragt.

Mithilfe des persönlichen Gesprächs soll herausgefunden werden, wie die Behandlung von Klienten, die an einer Persönlichkeitsstörung leiden, konkret aussieht.

Folgende Fragestellung wurde zu Beginn eines jeden Gesprächs an den/die Psychotherapeut/in gestellt:

Welche Erfahrungen machen Therapeuten des personenzentrierten Ansatzes mit Klienten mit Persönlichkeitsstörung? Gibt es Unterschiede in der Behandlung von Klienten, die beispielsweise „nur“ an einer Depression leiden? Ist es notwendig, bei der personenzentrierten Behandlung von Persönlichkeitsstörungen die Methode „abzuwandeln“ – an die jeweilige Störung anzupassen und zu modifizieren?

Anhand der Erfahrungsberichte der befragten Psychotherapeuten sollen quasi aktuelle Informationen aus der Praxis mit der Literatur verglichen und es soll gezeigt werden, wie sich die Praxis mit der Theorie verbinden lässt beziehungsweise wo, wie und ob sie sich von ihr abgrenzt; es soll verdeutlicht werden, wo es Abweichungen gibt und inwiefern ein Umsetzen von der Theorie in die Praxis bei dieser Problemstellung überhaupt möglich ist.

6.2. Gesprächspartner

Mithilfe von persönlichen Kontakten beziehungsweise über Internet wurden vier Psychotherapeuten aus dem Personenzentrierten Ansatz gefunden, die sich dazu bereit erklärten, sich mit der Fragestellung auseinanderzusetzen.

Die vier Gesprächspartner – drei Frauen und ein Mann – sind zwischen 40 und 70 Jahre alt und haben alle eine eigene Praxis. Auf Details wird später noch näher eingegangen. Alle Gespräche fanden in der Praxis der/des jeweiligen Psychotherapeut/in statt und dauerten zwischen 45 Minuten und 1 Stunde.

6.3. Methode

Als qualitative Forschungsmethode wurde das persönliche Gespräch von Inghard Langer gewählt.

Für Langer (2000) ist das persönliche Gespräch ein Mittel zur Informationserhebung in der psychologischen Forschung, und es orientiert sich an der personenzentrierten Gesprächspsychotherapie.

Voraussetzung für die Durchführung des Gesprächs ist eine personenzentrierte Haltung; es ist wichtig, miteinander in Beziehung zu sein – „die Begegnung von Person zu Person“ steht beim persönlichen Gespräch im Vordergrund (Langer, 2000, S.32).

Bevor man ein Gespräch führt, ist es außerdem von Vorteil, sich vor Augen zu führen, welche Vorerwartungen man (automatisch) mitbringt. Es ist notwendig, sich von diesen Vorerwartungen frei zu machen, denn dies garantiert Offenheit gegenüber dem Gesprächspartner. Sich „innerlich frei und offen für das Gespräch zu machen“ ist wichtig, um eine positive Gesprächssituation zu schaffen (Langer, 2000, S. 40). Auch die Kenntnis der eigenen Reaktion auf bestimmte Themen ist hilfreich, da solche Reaktionen das Gespräch mitsteuern können, ohne dass wir das bewusst wollen oder nicht wollen (Langer, 2002).

Die auf Tonband aufgenommenen Gespräche werden anschließend transkribiert und einzeln ausgewertet. Nach der Abschrift eines Gesprächs erfolgt ein so genanntes Verdichtungsprotokoll – „die verdichtete Darstellung eines Gesprächs soll eine konzentrierte, geordnete, verständnisfördernd gestaltete Bearbeitung des Gesprächs sein“ (Langer, 2000, S. 58). Im Mittelpunkt stehen die Informationen der Personen, die am Gespräch beteiligt waren. Wesentlich dabei ist, weder zu analysieren noch zu interpretieren – „verdichten“ bedeutet, dass man die gewonnenen Informationen lediglich geordnet wiedergibt.

Nach der Verdichtung des Gesprächs werden die Gesprächsinhalte noch einmal zusammengefasst – das Wesentliche wird auf den Punkt gebracht und somit werden die zentralen Äußerungen noch einmal ins Gedächtnis gerufen. (Langer, 2000).

7. Ergebnisse/Verdichtungsprotokolle

In diesem Kapitel werden die Gespräche jeweils in den so genannten Verdichtungsprotokollen dargestellt. Zu Beginn des Protokolls werden die jeweiligen Gesprächspartner vorgestellt und anschließend die gesprächseröffnenden Worte wiedergegeben.

Alle vier Gesprächspartner wurden bereits bei der Kontaktaufnahme über das Thema informiert und wussten Bescheid, um welche Fragestellung es sich bei dem Gespräch handeln wird. Teilweise wurde die Frage zu Beginn noch einmal gestellt, teilweise wussten sie noch genau, worum es ging; somit waren die Gesprächsanfänge sehr unterschiedlich.

Im Verdichtungsprotokoll werden die Gesprächsinhalte nach Themen geordnet, also nicht unbedingt chronologisch, wiedergegeben. Zu den jeweiligen Themen werden sich Unterthemen ergeben und teilweise werden bestimmte, von den Gesprächspartnern angesprochene, Inhalte auch wörtlich zitiert. In Klammern finden sich die Seitenzahlen aus dem Originaltranskript des Gesprächs.

Nach jedem Verdichtungsprotokoll werden die Aussagen noch einmal zusammengefasst, welche sich auf die Fragestellung beziehen oder in weiterem Sinn mit ihr in Zusammenhang stehen.

Schließlich werden die Aussagen der einzelnen Gespräche miteinander verglichen, um festzustellen, ob es Gemeinsamkeiten gibt. So kommt es zu einer Gesamtaussage, die dann mit der Fragestellung in Verbindung gebracht wird. Inwieweit Praxis und Theorie übereinstimmen, lässt sich anhand der Gesamtaussage der Gespräche sagen.

7.1. Verdichtungsprotokoll Therapeut Eins

Bei der ersten Person, mit der ein Gespräch geführt wurde, handelt es sich um eine Psychotherapeutin des Personenzentrierten Ansatzes. Sie ist zwischen 60 und 70 Jahre alt und kann nicht nur auf viele Jahre Lebenserfahrung, sondern auch Berufserfahrung – in diesem Fall Therapieerfahrung - zurückgreifen. Derzeit arbeitet sie noch in ihrer Praxis, jedoch überlegt sie, bald in den Ruhezustand zu gehen.

Das Gespräch fand in der Praxis der Psychotherapeutin statt und dauerte etwa eine Stunde.

Zu Beginn des Gesprächs wurde noch einmal klar gestellt, dass es nur eine Frage am Anfang geben wird, und während des Gesprächs keine anderen. Dies wunderte die Therapeutin

anfangs, irritierte sie vielleicht sogar leicht, jedoch fand sie schnell in das Thema, als ihr vorgeschlagen wurde, dass sie natürlich auch von bestimmten Fällen, die sie in Erinnerung hat, erzählen kann.

Gesprächsinhalte:

Grundhaltung des Therapeuten - Basisvariablen in der personenzentrierten Psychotherapie

Bezugnehmend auf die Eingangsfrage – ob die Therapeutin besondere Methoden anwendet, wenn sie Klienten mit einer Persönlichkeitsstörung behandelt, nennt sie die drei Basisvariablen von Rogers.

„Ich beziehe mich eigentlich immer auf meine Grundmethode, die drei Roger’schen, wie ich sie nenne, das ist die Kongruenz,... Wertschätzung...und...die Empathie....“ (S. 1)

Empathie

Empathie ist für sie die wichtigste Grundhaltung. Dazu gehört auch ein genaues Verstehen des Klienten, denn dadurch kommt es zur Sympathie.

„Die Empathie, das ist das wichtigste für mich. Mich auch in die Schuhe des Klienten zu stellen oder aus dem eigenen Erleben etwas zu aktivieren, wo man sich da ähnlich gefühlt hat, um das möglichst genau zu verstehen, und ich denke auch, dass das wichtiger ist als die Liebe im Umgang mit Menschen.“ (S. 1)

„Wenn man dann so in die inneren Prozesse hineinschauen kann, die Verletzungen, die der Patient erfahren hat, wie ist er umgegangen mit seinen Enttäuschungen. Da entwickelt sich einfach aus der Empathie auch eine Sympathie.“ (S. 1)

Beziehung zwischen Therapeut und Klient

Besonders Klienten, die keine verlässlichen frühen Beziehungen erlebt haben, brauchen in der Therapie eine verlässliche Beziehung. Diese wird ihnen angeboten, und da muss ganz besonders auf die eigene Disziplin geachtet werden (keine Termine absagen oder verschieben, Konstanz anbieten).

„Das ist ganz wichtig für diese Menschen, die brauchen erst einmal eine verlässliche Beziehung, in der sie dann nach und nach entdecken, sie fallen nicht aus der Beziehung raus und aus der Wertschätzung und der Sympathie, auch wenn sie unter Führungszeichen schlimm sind, wenn sie sich daneben benehmen, wenn sie ja...“

irgendwelche Gefühle, die sie halt als Kinder oder in der Herkunftsfamilie nicht leben durften, hier leben, weil die jetzt zu tage kommen.“ (S. 2)

Durch die Beziehung wird dem Klienten Wertschätzung entgegengebracht, die es ihm ermöglicht, mit seinen Widerständen zu arbeiten.

„Und wenn das Ich so weit gestärkt ist, eben dass die verlässliche Beziehung durch diese Aufmerksamkeit, die er bekommt, durch diese Wertschätzung, die er bekommt, die sehr fördernd ist, dann kann man auch einmal sagen, naja, aber wenn Sie jetzt mit der Situation so umgehen, was wird denn dann draus und ist das im Endeffekt sinnvoll, da muss man durch, Angst hat jeder, da muss man halt durch.“(S.4)

Diagnostik

Während der Erstgespräche erstellt sie eine Art Diagnostik im Kopf und überlegt, in welche Richtung es gehen soll. Dabei nimmt sie Umwege des Klienten in Kauf, solange die Richtung stimmt.

„Also ich bin so aus überhaupt aus den Erstgesprächen, so die ersten 10, 20, wo man so eine Diagnostik im Kopf macht und die sich aber ganz wenig mit diesen Kategorien deckt, sondern eh so abläuft: was kann der, was kann der nicht. Und während man das macht, hat man schon so einen großen Entwurf, so wie wenn ich am Fuße eines Berges stehe und den Wegweiser lese und dann losziehe in diese Richtung.“ (S. 3)

„Man muss Umwege des Klienten jetzt auch unter Anführungszeichen in Kauf nehmen. Der weicht vom Weg ab, den man so vor sich sieht...“ (S. 2)

„Die Richtung muss stimmen, ich muss wissen, welche Entwicklungsschritte der Klient machen muss.“ (S. 3)

Widerstand

Wichtig ist der Umgang mit Widerstand – sie nennt verschiedene Psychotherapeuten/Psychoanalytiker und deren Auffassung von Widerstand und betont, dass es wichtig ist, den Widerstand als solchen zu erkennen und ihn als Bewältigungsmechanismus zu sehen. Wie auch immer Widerstand nun zu sehen ist, wichtig ist, wie man damit umgeht und dass man erkennt, dass er längerfristig keine sinnvolle Verhaltensweise für den Klienten ist.

„Wie man auch immer darüber denken kann, der Widerstand ist nicht Widerstand im engeren Sinn, mit dem ich den Patienten konfrontieren muss, sondern das ist in seiner Lebensgeschichte eine sinnvolle Verhaltensweise, die bei ihm angstmindern wirkt.“ (S. 3)

„...und ich bin auch der Meinung, man muss ihn als solchen erkennen, dass das jetzt ein Bewältigungsmechanismus ist, der im Endeffekt also der momentane Angstentlastung bringt, aber der im Endeffekt destruktiv, oder nicht wachstumsfördernd ist, nicht reifungsfördernd ist, weil er auch eine Vermeidungsstrategie zum Beispiel beinhaltet - man setzt sich gar nicht einer Situation aus, der man sich nicht gewachsen fühlt, und kann dann natürlich auch nichts lernen aus der Situation.“ (S. 3)

Arbeitsweise des Therapeuten – Werkzeuge der eigenen Persönlichkeit

In der Therapie ist sehr viel Gedankenarbeit notwendig, da man gut abschätzen muss, was zu tun jetzt richtig wäre, und mit der Zeit wird die Arbeitsweise, die man als Therapeutin an den Tag legt, zu einem Teil der Persönlichkeit.

„Und eigentlich muss man sich sehr viel Gedanken machen über die Zukunft des Klienten und die Zukunft der Therapie. Und... und dann halt schauen, dass man im rechten Augenblick die richtigen Dinge tut. Entweder Stütze und aufbauend arbeitet, oder auch mal sagt, naja, aber jetzt schauen Sie sich das genauer an, was Sie da machen, oder auch konfrontierend. Und auch bereit ist, dann wieder zurück zu gehen, wenn der noch nicht so weit ist, das muss man halt abchecken.“ (S. 4)

„...wird mit den Jahren einfach ein Teil der Umgangsweise, ein Teil... meiner Persönlichkeit.“ (S. 4)

„Aber...ich merk dann schon manchmal, dass diese Haltungen...manchmal spür ich, wie sich das einschaltet in mir, wenn das die Situation erfordert. Oder dass diese Haltungen schon auch im Allgemeinen helfen und zu guten Gesprächen im Freundeskreis führen.“ (S.4)

„Also ich denke, ein geschultes Bewusstsein, ein... eine geschulte Art, mit den eigenen Emotionen umzugehen, wird irgendwie schon zu einer Lebensweise.“ (S. 4)

Intuitives Arbeiten

Durch die Arbeitsweise, die man mit der Zeit verinnerlicht hat, gelangt man zu einer Intuition, aus der man oft handelt, ohne groß nachdenken zu müssen. Mit der Zeit entwickelt man ein Gespür.

„Man hat es in sich drinnen, irgendwie integriert, und kann dadurch ohne Nachdenken...kann sich auf die eigenen Intuition verlassen.“

Dass es richtig ist, sich auf ihre Intuition zu verlassen, merkt die Therapeutin, weil sie positives Feedback von ihren Klienten bekommt.

„Und da gabs dann eine Situation wo ich das Gefühl gehabt habe, ahm jetzt ist eine Berührung angezeigt und habe es ohne viel Überlegen gemacht...“

„Und sie hat dann gesagt, dass war genau richtig jetzt. Also das war gar nicht jetzt vom Kopf her eine Überlegung, das gehört jetzt, sondern das war ein Gespür, und es hat gestimmt.“ (S. 5)

Selbstempathie des Klienten und eigenes Verstehen

Wenn der Klient Mitleid und Empathie mit dem Kind, das er einmal war, empfindet, kann er seinen inneren Widerstand aufgeben.

„Das hat nichts mit Selbstmitleid zu tun, sondern dieses Kind, das Sie einmal waren und das auch einsam war und keine Bezugsperson hatte, der sie sich anvertrauen konnte, das....braucht so nachträglich ein Verständnis und ein Mitleid....“ (S. 7)

„Also den Widerstand geben die meisten auf, wenn sie...nachher dahin kommen und ich sie dorthin führen kann, dass sie....Mitleid und Empathie mit dem Kind empfinden, das sie waren.“ (S. 7)

Psychosomatik

Für die Therapeutin zählen Psychosomatiker zu den Persönlichkeitsstörungen, und diese Klientengruppe fällt es besonders schwer, zu einer Selbstempathie zu kommen.

„...aber das ist mit Psychosomatikern ganz schwer, weil die haben so viel verdrängt. Und... können sich in dieses Kind, das sie waren, gar nicht einfühlen.“ (S. 8)

Katathymes Bilderleben

In ihrer therapeutischen Arbeit verwendet sie auch das katathyme Bilderleben als zusätzliche Hilfe.

„Da verhärtet sich ja auch etwas in der Persönlichkeit, es gibt ja.... langanhaltende Persönlichkeitsveränderungen, und ... da verwende ich auch dieses katathyme Bilderleben, das man so erstmal auch so Ich-stärkende Bilder entwickelt, wenn es geht. Aber manche können das gar nicht...“

Therapeut als Wegbegleiter

Die Aufgabe der Therapeutin ist es, ihre Klienten auf ihren jeweils eigenen Wegen zu begleiten.

„Sie hat das auf ihrem eigenen Weg gemacht und meine Sache war dabei, diesen Weg zu begleiten und auch...ein bisschen anzuschieben und... sie dabei zu halten; auch dass meine Verlässlichkeit, meine Empathie und das Wohlfühlen muss ich auch bereit stellen.“ (S. 10)

Innere Freiheiten und Grenzen in der Psychotherapie

Die Klienten haben in der Therapie sehr viele Freiheiten, die sie sich jedoch oft nicht nehmen.

„Diese inneren Freiheiten, die der Klient in der Stunde hat, also die Grenze ist ja nur, man darf nicht meine Einrichtung zusammenhauen und (lacht) auf meinen Körper tätlich losgehen.“ (S. 10)

„Das nehmen sich die wenigsten, eher die Jüngeren können sich das nehmen. Ältere sind da schon sehr... sehr zurückhaltend.“ (S. 10)

Übertragung

Übertragung findet in der Therapie statt, und die Klienten müssen lernen, damit umzugehen. Als Beispiel nennt sie Frustration – dies kann zu einer positiven Entwicklung beitragen.

„Es gibt ja auch das Übertragungsphänomen ... dass man plötzlich den Therapeuten... ein Borderline-Klient hat gesagt, Sie sind wie mein Vater, ja... Sehr lange hat er mir solche Eigenschaften zugeschrieben, dass ich ihn frustriere, absichtlich, aber das ist einfach so, dass auch Frustrationen zu ertragen sind für den Klienten, und die Frustrationen ja Motivation zur Entwicklung sind...“

Toleranzgrenze bei schwer gestörten Klienten

Bezugnehmend auf das Phänomen der Übertragung merkt die Therapeutin an, dass die Frustrationstoleranz bei schwer gestörten Klienten viel geringer ist. Hier ist sie gefordert, besonders sensibel zu sein und darauf zu achten, die Grenzen nicht zu überschreiten.

„Die Frustrationstoleranz bei schwer Gestörten ist einfach...ah, ja... sehr niedrig.“ (S. 10)
„Das heißt, man kann ihnen nichts zumuten. Und ich schau dann auch immer, dass ich die Stunde abrunde... und nicht mit der Minute aufhör, ich habe ja die Uhr im Blickfeld - da oben ist eine Uhr...“ (S. 11)

Unterschiede zu leichter gestörten Klienten

Eng zusammenhängend mit der Frustrationstoleranz bei schwer gestörten Klienten muss die Therapeutin darauf achten, was sie den Klienten zumuten kann – einem Klienten mit einer leichteren Störung kann sie anderes zumuten als Klienten mit schweren Störungen oder Persönlichkeitsstörungen.

„Das ist vielleicht auch einer der Hauptunterschiede zu...leichter gestörten Leuten, die so...also das ist der neurotische Bereich, das ich die auch einmal mit einer Angst nach Hause gehen lasse, oder mit einer Wut... weil die das ertragen können, weil diese Frustration dann...passt, und in der nächsten Stunde haben sie es überwunden und als Ressource genützt.“ (S. 11)

„Also ich schaue, dass am Ende, also das ist bei den Persönlichkeitsstörungen und den schwer gestörten Leute, dass die am Ende wieder mit einer gewissen...typischen Auffüllung nach Hause gehen können, dass sie gestärkt nach Hause gehen können und nicht im Konflikt.“ (S. 11)

Trauerprozesse (dieses Thema wird später noch behandelt) laufen bei schwer Gestörten langsamer ab, und für die Therapeutin ist es schwierig, die Verdrängungen des Klienten zu erkennen.

„Das sind Prozesse, die...die halt beim schwer Gestörten langsamer, viel langsamer ablaufen.“ (S. 14)

„Und die schwieriger zu erreichen sind und.... mangels Erinnerungsvermögen, die haben wahnsinnig viel verdrängt, und... das Verdrängte kommt nicht immer wieder, oder in so einer Verkleidung, dass ich es nicht wiedererkennen kann.“ (S. 14)

Herausforderungen des Therapeuten

Als Therapeutin entwickelt sie sich immer weiter und hat daran zu arbeiten, wie viel sie dem Klienten anbietet, ohne ihm aber zu viel abzunehmen, denn das Ziel soll sein, dass der Klient auf eigenen Beinen steht und ohne die Hilfe der Therapeutin zurechtkommt.

„Das muss man mit der Zeit lernen, und sicher ist das so ein dynamisches und manchmal...ich neige dann eher dazu, meine Klienten zu sehr zu verhätscheln. Also da muss ich auch immer wieder an mir arbeiten, dass ich ihnen nicht zu viel abnehme, nicht zu viel Hilfs-Ich bin, sondern... auch immer wieder ...mir klar mache, das ist eine Beziehung auf Zeit, die ihre Zeit braucht, was mich nicht stört, aber die nicht unendlich sein darf..... Also der muss auf eigene Füße kommen.“ (S. 11)

„Also ich bin eher so ein fürsorglicher Typ, der dann auch mal zu viel tut.“ (S. 11)

„Also das sind so die Dinge, wo ich...wo ich auch mich immer wieder weiterentwickle, als Therapeut.“ (S. 12)

Und wenn sie einmal „zu viel“ tut, dann sagt sie das dem Klienten, denn auf diese Weise wird er auch nicht entmündigt.

„Also wenn ich....ah... wenn ich jemanden verwöhne, indem ich Dinge für ihn tu, die er selber erledigen kann, muss ich das klar machen! Ich weiß, dass du das kannst,...ich habe ja Kinder und Enkelkinder auch... ich weiß, dass du das kannst, aber... ich mach es heute für dich...ein bisschen verwöhnen möchte, ja?“ (S. 12)

Trauerprozess als Kern der Therapie bei allen Klienten

Den Kern der Therapie stellt der Trauerprozess dar, egal wie schwer die Störung ist, die der Klient hat.

„Und eigentlich... der Kern einer Therapie, und das ist jetzt egal, wie schwer gestört und in welcher Art gestört ein Mensch ist, ist dieser Trauerprozess...meine Kindheit war so, da waren diese Defizite, da war diese Frustration, dieses Leid, dieses Verlassenheitsgefühl, dieses Entfremdungsgefühl, oder dieses Gefühl niemand hat mich lieb...und das wird sich nicht ändern. Das ist ein Teil meiner... Kindheit. Und ich kann das nicht kompensieren im Leben, aber... darüber kann ich traurig sein, darüber kann ich mal wütend werden, aber irgendwann muss ich es integrieren und als mein Schicksal annehmen.“ (S. 13)

Ziel ist es, die Trauer zuzulassen und das eigene Schicksal anzunehmen.

„Ja, und das macht erst dann frei, dass man sich auf die Zukunft orientieren kann und dass man auch sagen kann, naja gut...das war zwar grauslich, bei Mama und Papa, aber deshalb muss ich das ja nicht mein ganzes Leben mitschleppen.“ (S. 13)

Distanzierung

Nach dem Trauerprozess folgt eine Distanzierungshaltung, die es dem Klienten ermöglicht, weiterzuleben, ohne Dingen nachzutrauern, die er nicht mehr bekommen kann. Durch die Distanzierungshaltung kann sich der Klient seine Bedürfnisse von anderen Menschen erfüllen lassen.

„Meine Mutter, mein Vater hat sich um mich nicht gekümmert, jetzt brauch ich ihn... ich brauch ihn nicht mehr. Ich bin selber erwachsen.“ (S. 14)

„...ich brauch ihn nicht, ich bin erwachsen, ich kann für mich sorgen, ich hab meinen Freundeskreis, ich hab einen lieben Partner... ich bekomme alles, was ich seelisch brauch, als Erwachsener.“ (S. 14)

Grenzen der Therapie (im ambulanten Setting)

Die Therapeutin bezieht sich auf einen kürzlich gelesenen Artikel, der besagt, dass es bei psychosomatisch Gestörten keine Heilung von Grund auf gibt, weil es für diese Klienten schwerer ist, sich an das Vergangene zu erinnern.

„Da hab ich jetzt kürzlich einen Artikel gelesen, wo ... mit den psychosomatisch gestörten... sozusagen so eine Art Defizitheilung, aber keine von Grund auf Heilung erreichen. Weil sie einfach nicht zurückgehen können, erinnerungsmäßig in dieses Leben, in diese Gefühlswelten, denen sie ausgesetzt waren.“ (S. 14)

„Die seelische Narbe hat er auch, ja aber er hat sie nicht als solche erkannt, aber das Ereignis war völlig aus dem Gedächtnis, ja, das war total weg, und da war wahnsinnig viel weg.“ (S. 15)

„Wir sind nie wirklich zu den Erinnerungen und dieser Empathie mit dem Kind, das er war, gekommen.“ (S. 15)

Als Beispiel für die Grenzen der ambulanten Therapie bringt sie eine junge Klientin, die in ihrer Kindheit und Jugend schwer vernachlässigt wurde. In der ambulanten Therapie ist es oft nicht möglich, alles zu sehen – in diesem Fall das Essverhalten.

„Auch dieses eine Mädchen, das so schwer vernachlässigt war... sie ist dann zur Großmutter gegangen... und ist dann irgendwie hat sie es geschafft, zu überleben und sogar irgendwann einen Job zu machen, und dann war sie selbstversichert, dann war sie ein Jahr in Graz in einer Klinik und ist dann langsam in ein... betreutes Wohnen, also schrittweise... sie war einfach zu schwer gestört für eine ambulante Therapie.“ (S. 15, 16)

„Sie hat auch diesen Klinikaufenthalt gebraucht.“ (S. 16)

„Und da sind wir nachher dann auch draufgekommen, dass wir manches gar nicht mitgekriegt haben.. ahm...wie fürchterlich es ist, in einer Gemeinschaft zu essen.“ (S. 16)

„Also mit anderen Leuten am Tisch zu sitzen und zu essen, das kostet sie innerlich sehr viel. Ahm... und das hat sie dort in der Klinik so richtig erfahren...“ (S. 16)

Für die Therapeutin ist es hilfreich, mit (imaginären) Bildern zu arbeiten, da dies Teil ihrer Persönlichkeit ist; das bietet sie ihren Klienten an und hat auch Erfolg damit.

„...so arbeite ich auch sehr gerne, wenn mir so ein Bild aufsteigt, dann biete ich das an..... Nicht immer... man kann es auch modifizieren, bis man was Gemeinsames gefunden hat, das man als Symbol jetzt verwenden kann. Aber... aber das hilft,... also das ist eines meiner Werkzeuge, die so aus meiner Persönlichkeit kommen und mit denen ich aber auch recht gute Erfolge hab.“ (S. 19)

„...ich spüre Enge und möchte dieser Enge entfliehen. Und.. da hat sie eben auch wieder eine Situation aus der Arbeit geschildert, und man muss eine gewisse Enge und Eingrenzung ertragen in einem Arbeitsprozess. Und da ist mir so das Bild aufgestiegen von den Bergsteigern, die manchmal so einen Kamin hinaufklettern... Und das hab ich ihr rückgespiegelt und das hat ihr sehr gut gefallen, das hat ihre Situation sehr verdeutlicht.“
(S. 18)

Differenzierte Umgangsweise mit verschiedenen Störungen

Die Therapeutin bezieht sich mehr auf ihre Grundhaltung und ihre Intuition und kann nicht behaupten, dass sie mit Klienten mit einer schweren Störung anders vorgeht.

„...ich lass mich doch mehr von meiner Intuition und Empathie leiten.“ (S. 18)

„Also ich kann nicht sagen, mit der Störung geh ich so um und mit der Störung geh ich so um...“ (S. 18)

7.1.1. Themenbezogene Aussagen Therapeut Eins

Grundhaltung des Therapeuten

Bezugnehmend auf die Frage, ob es bestimmte Methoden gibt, was die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen angeht, werden die drei Variablen Kongruenz, Wertschätzung und Empathie genannt. (G1)

Toleranzgrenze bei schwer gestörten Klienten

Die Frustrationstoleranz bei schwer gestörten Klienten ist wesentlich geringer als bei Klienten mit einer leichteren Störung, und die Therapeutin ist besonders gefordert, hier sehr sensibel zu agieren und bestimmte Grenzen nicht zu überschreiten. (G1)

Unterschiede zu leichter gestörten Klienten

Die Therapeutin muss darauf achten, was sie schwer gestörten Klienten zumuten kann. Leichter gestörten Klienten kann sie anderes zumuten als Klienten z. B. mit einer Persönlichkeitsstörung. (G1)

Trauerprozess als Kern der Therapie

Den Kern der Therapie stellt der Trauerprozess dar, egal wie schwer die Störung ist, die der Klient hat. (G1)

Grenzen der Therapie (im ambulanten Setting)

Bezüglich eines kürzlich gelesenen Artikel erkennt sie die psychotherapeutischen Grenzen. In der ambulanten Therapie ist es oft nicht möglich, alles zu sehen – konkret bezieht sie sich auf das Essverhalten einer Klientin. (G1)

Differenzierte Umgangsweise mit verschiedenen Störungen

Die Therapeutin kann nicht behaupten, dass sie mit schwer gestörten Klienten anders umgeht, sondern sie bezieht sich vielmehr immer auf ihre Grundhaltung und ihre Intuition. (G1)

7.2. Verdichtungsprotokoll Therapeut Zwei

Das zweite Gespräch wurde mit einer weiblichen Psychotherapeutin des Personenzentrierten Ansatzes geführt. Sie ist 49 Jahre alt und arbeitet neben ihrer therapeutischen Tätigkeit in ihrer eigenen Praxis noch als Diplompädagogin mit Jugendlichen.

Gesprächsinhalte:

Therapieabbrüche bei heftigen Persönlichkeitsstörungen

Bei heftigen Persönlichkeitsstörungen kommt es leicht zu Therapieabbrüchen, weil die Klienten sehr große Ängste haben.

„Heftige Persönlichkeitsstörungen wie Borderline sind eher in der Minderheit. ... also da habe ich die Erfahrung gemacht, mit Borderline Störungen, dass die nicht sehr leicht bei der Stange zu halten sind, also dass es da sehr leicht zu Therapieabbrüchen kommt und sie sehr große Ängste haben.“ (S. 1)

Leider wurde an dieser Stelle die Aufnahme aufgrund eines technischen Gebrechens des Geräts unterbrochen, sodass keine weiteren Informationen über die Therapieabbrüche vorhanden sind.

Klient: in Kontakt kommen mit eigenen Ängsten

Für die Therapeutin ist es wichtig, dass die Klienten mit ihren eigenen Ängsten in Kontakt kommen.

„Ziel der Sache ist ja vielleicht auch, eben mit diesen eigenen Ängsten oder eben mit den Ängsten des, also dass der Klient mit seinen eigenen Ängsten in Kontakt kommt und...sich mit denen konfrontiert“. (S. 1)

Gelingt es, mit den Ängsten in Kontakt zu kommen, kann man ihnen auch etwas entgegensetzen und sehen, wie rational die Angst ist. Was wiederum dazu führt, mit sich selbst besser in Kontakt zu sein.

„...das heißt auch, diesen Ängsten dann auch etwas entgegen setzen können. Dass er die verifizieren kann, so aha ist das jetzt eine berechnete Angst oder ist das eine irrationale Angst, ist das, also wo kommt denn die her, in was schlittere ich da rein, um irgendwie wieder Herr oder Frau seiner selbst zu werden. Das macht dann, also wenn man dort einmal hinkommt, dem begegnen kann, dann ändert sich dieses Hilflosigkeitsgefühl in ein Gefühl wo man...ah so mit sich selbst in Kontakt ist, aber nie hilflos ist.“ (S. 1)

Beziehung zwischen Therapeut und Klient als grundsätzliches Vorgehen

Die Beziehung zwischen Therapeut und Klient ist wichtig, um den Klienten dahingehend zu unterstützen, mit seinen Ängsten in Kontakt zu treten und ihm gleichzeitig eine sichere Beziehung anzubieten.

„Weil das ist ja so quasi eine Situation wo man sich ganz schutzlos fühlt, und da braucht man ganz viel Sicherheit...Und ahm...um das geht es. So, eine Beziehung herstellen zu können, wo der andere sich zunehmend sicher fühlt.“ (S. 1)

Die Therapeutin versucht, darauf einzugehen, wie es dem Gegenüber jetzt geht und dieses Empfinden auch zur Sprache zu bringen.

„So dass man irgendwie versucht, mit hereinzunehmen, wie es einem geht, wenn man derjenige da drüben ist.“ (S. 2)

Verstehen und feines Navigieren

Je besser die Therapeutin versteht und je feiner sie „navigiert“, umso größere Chancen auf eine Besserung gibt es.

„Grundsätzlich ist es für mich...ahm...so auch ein Prozess, wo ich das Gefühl hab, wenn es gut läuft, immer mehr zu verstehen. Aha, das ist das Eigentliche. Also das ist nicht etwas, das ich sofort weiß. Also ungefähr puh... seh ich dann, aha, der Klient oder die Klientin tritt so und so auf, um das könnte es gehen. Dann probiere ich das einmal und irgendwie tut sich das - wie ein Schatz - immer mehr herauskristallisieren, um was es eigentlich geht. Und das sind so Schichten, die sehr interessant sind, und umso genauer man da hin kommt, umso....umso, wie soll ich sagen? Der Heilungsprozess...ist umso fortgeschrittener, umso feiner man da navigiert.“ (S. 2, 3)

Vordringen in die Vergangenheit

Um genau verstehen zu können, muss man auch in die Vergangenheit vordringen, auch wenn sich das Problem im Hier und Jetzt spiegelt.

„Weil man ja auch vielleicht sehr weit zurück im Erleben gehen muss. Das spiegelt sich zwar immer im aktuellen Verhalten, aber es ist die Ursache, also die Weichen sind ganz früh gestellt worden. Und dort muss man irgendwie auch wieder hin.“ (S. 3)

Abwehrmechanismen

Abwehrmechanismen sind für den Klienten notwendig, um mit dem Problem in Kontakt zu kommen.

„Also man versucht zu vermeiden, oder zu verleugnen, also irgendwelche Abwehrmechanismen halt, aber ohne dem geht es nicht, dass man mit dem wieder Kontakt aufnimmt und das so neu arrangiert. Also neu bewertet. Das ist ja, also zuerst einmal mit einer furchtbaren Abwertung gekoppelt. Und ahm...deswegen vermeidet man es.“ (S. 3)

Als Beispiel bringt die Therapeutin „Aggression“. Die Emotion Aggression wurde von den Eltern schlecht bewertet, also hat er versucht, sie zu vermeiden.

„... angenommen es geht um Aggression, die Aggression...hat von den Eltern nicht akzeptiert worden können ... das heißt das Kind macht die Erfahrung, wenn man aggressiv wird, und das ist eine normale Emotion ... wenn man jetzt dieses Gefühl hat, kriegt man aber die Bewertung von den Eltern: ganz schlecht.“ (S. 3, 4)

Dies führt zu einer Verunsicherung für das Kind, da eine normale, natürliche Emotion von den wichtigsten Bezugspersonen negativ bewertet wird.

„Also...jetzt kommt zu dem Gefühl der Aggression eine große Verunsicherung dazu - Moment, da ist jetzt etwas in mir, was von meinen wichtigen Bezugspersonen, und von denen bin ich abhängig, also denen unterwerfe ich mich, weil sonst ist mein Leben in Gefahr, also... was ganz schlecht bewertet wird also ahm versuche ich, dieses Verhalten nicht mehr zu zeigen.“ (S. 4)

Daher versucht das Kind, seine Aggressionen zu ignorieren.

„Und so....fange ich bereits als ganz kleines Kind an, meine Aggressionen zu ignorieren. Dann bin ich halt ein Kind ohne Aggressionen. Scheinbar. Irgendwo müssen die Aggressionen - sie sind aber da, sie werden halt nur nicht wahrgenommen. Irgendwie müssen die Aggressionen ja dann auch heraus.“

Dies verursacht jedoch Spannungen, da Aggression eine natürliche Emotion ist.

„Das heißt ah...immer dann wenn ich in meinem Leben Aggression erlebe, die aber nicht ausleben darf, weil ich Angst habe, dass die schlecht bewertet werden, und ich bewerte sie auch selber schlecht, krieg ich furchtbare Spannungen. Spannungen, das kann leicht sein, das kann aber auch ganz eine massive Geschichte sein - so dass ich mit mir selber überhaupt nicht mehr klar komme.“ (S. 4)

Aufsuchen einer Therapie, Therapiebeginn

Wenn man selbst oder das Umfeld merkt, dass es einem nicht mehr gut geht, sucht man eine Therapie auf.

„Und wenn man halt dann immer frustrierter ist oder depressiv ist, dann merkt das Umfeld, dass es einem nicht gut geht und selber geht es einem auch nicht gut, und dann sucht man irgendwann eine Therapie auf.“ (S. 5)

Der Therapiebeginn gestaltet sich dann schwierig, wenn das Problem ein Verhalten betrifft, das man schon als Kind gelernt hat; die Therapeutin greift erneut das Beispiel Aggression auf.

„Und dann ist natürlich dann schwierig, wenn man ganz früh gelernt hat - Aggression ist ganz etwas Schlechtes, dass man dann anfängt, die Aggression irgendwie zu zulassen. Und wenn man dann...also noch keine Erfahrung hat mit Aggression zulassen, greift man vielleicht auch einmal daneben.“ (S. 5)

Das sind Erfahrungen, die für einen Erwachsenen nicht einfach zu machen sind.

„Also diese Erfahrungen sind nicht leicht zu machen, so, als Erwachsener etwas erst lernen zu müssen, als wär man ein kleines Kind. Also ... das auch aushalten zu lernen, und vor allem...da eine halbwegs...förderliche Einstellung sich selbst gegenüber aufbauen zu können.“ (S. 5)

Erfahrungsprozess Gefühle zulassen/ Selbstwertsteigerung/ mit sich selbst in Kontakt sein

Wenn der Klient die Sicherheit bekommt, seine Gefühle in der Therapie zulassen zu können, führt dies zu einer Minderung der Angst.

„Das ist das, was zusätzlich wieder Spannungen in einem verursacht und eben was man erniedrigend erlebt oder auch beschämend erlebt. ... Und.. um das geht es in der Therapie. Diese Gefühle auch irgendwie wieder im geschützten Rahmen auch zulassen zu können.“ (S. 5)

„Also wenn ich weiß, die Scham ist jetzt etwas, was ich überlebe, muss ich mich nicht mehr so vor diesem Gefühl fürchten.“ (S. 6)

Dies passiert schrittweise und ist für den Klienten ein Lern- und Erfahrungsprozess, im Zuge dessen er zu dem Schluss kommt, dass es besser ist, sich dem Problem zu stellen (die Therapeutin bezieht sich wieder auf das Beispiel der Aggression – Aggression nicht zulassen können), weil man es auch als Erwachsener noch lernen kann.

„... das kommt natürlich alles Schritt für Schritt und es ... ist bei jedem Menschen unterschiedlich, aber die eben dann dazu beitragen, dass halt das dann so sein darf, wie es ist und...man dann obwohl es unangenehm ist, so quasi jetzt als Erwachsener etwas zu lernen, was man eigentlich können sollte, dass einem diese Situation immer noch lieber ist, als so zu tun, als könnte man es und man kann es nicht, weil man weiß, na aber auf die Art und Weise ah...irgendwie die Fähigkeit wächst ja, also irgendwann erlerne ich es ja dann doch und hab ein Mittel zur Verfügung, das besser ist.“ (S. 6)

Es kann schmerzhaft sein, jedoch besteht dann die Möglichkeit, wieder mehr Kontakt zu sich selbst zu bekommen.

„Es ist beides - ein Erfahrungsprozess, natürlich auch ein Leidensprozess ahm...beim Leidensprozess ist dieses ahm jetzt dieses Erleiden vielleicht auch die Möglichkeit, zu seiner eigenen Leidens- oder Lebensgeschichte mehr Kontakt zu kriegen.“ (S. 6)

Durch die Auseinandersetzung mit dem Erlebten wird dessen Wert und somit auch der Selbstwert gesteigert.

„Dann braucht man sich auch weniger genieren über die eigene Herkunft, sondern dann hat das dann einen Wert dieses... DAS hab ich, das ist mir passiert, DAS ist mir widerfahren, das....dem war ich ausgesetzt, dem war ich ausgeliefert.... Also das kriegt dann auch einen Wert. Die Art und Weise wie man damit umgegangen ist, was ganz viel mit dem Selbstwert zu tun hat. Also so, der Selbstwert steigt, damit auch die Chance, dass man sich einfach für sich selber stark macht.“ (S. 6)

Und wenn man sich mit sich selbst auseinandersetzt, führt das auch dazu, dass man sich selbst besser versteht und die Verantwortung für das eigene Wohlbefinden bei sich selbst lässt.

„Weil man sich auch besser bei sich selber auskennt, besser um sich selber kümmern kann, und nicht die anderen in die Pflicht nimmt, so quasi die anderen müssen mich entschädigen, die anderen ah...müssen etwas tun, damit ich mich gut fühl.“ (S. 7)

Erlernen von alternativen Handlungen

Durch das Erkennen der Mechanismen bzw. Umgangsformen, die man im Laufe seines Lebens gelernt hat und durch die Auseinandersetzung mit sich selbst, kommt es zu einem Erleben von alternativen Handlungsweisen.

„Aha, das war also auch was wie meine Eltern mit mir umgegangen sind,... darum tu ich mir jetzt auch schwer, so quasi mit mir selber anders umzugehen... und so auf die Art und Weise lernt man dann Alternativen zu seinen bisherigen Umgangsformen mit sich selber.“
(S. 7)

Durch dieses Erleben von alternativen Handlungsweisen wird einem bewusst, dass man nun mehrere Optionen für sein Handeln hat.

„Und wenn man Alternativen hat, und sich derer bewusst ist, dann kann man ab und zu mal entscheiden, auswählen, und das ist schon besser, als wenn man nicht auswählen kann.“ (S. 7)

Abhängige Persönlichkeitsstörung

Die Therapeutin meint, dass es einen Unterschied macht, ob man sich in eine Abhängigkeit quasi freiwillig begibt oder ob man sich ausgeliefert fühlt.

„Jetzt überleg ich gerade bei ahm....abhängigen Persönlichkeitsstörungen, wo ich mir denk, wo es irgendwie auch einen Unterschied macht, ob ich jetzt.. mich freiwillig gewollt in eine Beziehungsabhängigkeit begib, oder ob ich mich in der Beziehung so ausgeliefert erleb.“ (S. 7)

Zugangsweise zu PS nicht anders als bei anderen Störungen/Empathie als Zugang

Die Therapeutin merkt an, dass ihre Zugangsweise zu Klienten mit Persönlichkeitsstörungen nicht anders ist als bei anderen Störungen.

„Eine differenzierte Zugangsweise oder Umgangsweise ah mit Persönlichkeitsstörungen ah...im Unterschied zu anderen psychischen Störungen tät ich jetzt einmal grundsätzlich nicht haben...“ (S. 9)

Vielmehr ist ihre Basis die Empathie, die ihr auch als Orientierung dient.

„Sondern...eben, es ist immer dieses empathische Einfühlen, also dieses wie täte es mir gehen, wenn ich jetzt der andere wäre. Das handlungsanweisende beziehungsweise...wie erlebe ich mich auch, angesichts meines Gegenübers, was durchaus einen Rückschluss...zulässt auf das, wie sich das Gegenüber fühlt. Also so wie in der Analyse die Übertragung quasi.“ (S. 9)

Störungswissen

Über eine Störung Bescheid zu wissen, hilft der Therapeutin, in die richtige Richtung zu gehen und somit größere Chancen zu haben, mehr Optionen.

„Und natürlich hilft einem ah...dieses Wissen um die Persönlichkeitsstörung dazu, dass man in die richtige Richtung eher geht. Also dass man weiß, DAS ist ein Problem. Die Angst vor Zurückweisung zum Beispiel.“ (S. 9, 10)

„Also und das hilft einem dann so, als Therapeutin, so ein bisschen ... dorthin zu gehen, vorsichtig, wo es eben Brachland gibt, also wo halt nichts gewachsen ist.“ (S. 10)

„Also das Wissen, die Erfahrung damit ist einfach eine Erfahrung, die so etwas ist wie eine Option mehr zu haben.“ (S. 19)

Supervision

Supervision ist für sich wichtig und hilfreich, und durch Reflexionen kommt es dann oft zu Aha-Erlebnissen. Der Therapeutin werden Dinge klar, die sie in der Therapie mit dem Klienten nicht so sehen konnte, und in der Supervision versteht sie, worum es eigentlich geht und was das Thema beim Klienten ist.

„Außerdem ist es so, dass ich einmal im Monat ... in Supervision geh und dort eben auch meine...Fälle oder die eben das was ich mit den Klienten und Klientinnen erleb auch bespreche, und das erlebe ich auch sehr hilfreich eben...so aha...DAS ist es, ... so wie ein Aha-Erlebnis. Also um das geht es.“ (S. 10)

Therapieerfolg – mit sich in Kontakt sein, Auslebung von Emotionen

Die Therapeutin betrachtet es als Therapieerfolg, wenn der Klient imstande ist, aus seiner passiven Hilflosigkeit in eine Aktivität zu gelangen. Dies setzt voraus, dass er mit sich selbst in Kontakt ist.

„...wo ich das Gefühl hab ... es geht etwas weiter oder so, dann hab ich...also wenn ich merk, die Klientin der Klient ist besser mit sich in Kontakt.“ (S. 11)

Wenn es dem Klienten gelingt und er es auch schafft, unangenehme Gefühle auszuhalten, ist er auch zufriedener mit sich selbst.

„Was aber unter Umständen auch bedeutet, dass eben unangenehme Gefühl dann halt auch erlebt werden, ja. Aber eben im Zuge der zunehmenden Erfahrung, hält man das dann auch immer irgendwie besser aus oder ist nicht so erschrocken durch das, was in einem ist, und wird auch kompetenter, lernt damit umgehen, also grundsätzlich ist eine größere Zufriedenheit festzustellen.“ (S. 11)

Im Laufe dieses Erfahrungsprozesses stellt der Klient fest, dass es auch viele Vorteile hat, seine Gefühle auszuleben, und es kommt sogar zu einem gewissen Lusterleben, weil er merkt, dass die Umgebung das aushält.

„...das ist dann auch ein gewisses Lusterleben, auch vor allem auch wenn das gepaart ist damit, die anderen verlassen einen nicht oder ah gehen nicht aus dem Kontakt mit einem, sondern man kriegt vielleicht dann die Rückmeldung `Pah, jetzt versteh ich das - DAS regt dich so auf!` oder was auch immer.“ (S. 12)

Das ist für die Therapeutin Therapieerfolg – wenn es dem Klienten gelingt aus der Passivität in eine Aktivität zu kommen und er dadurch mit sich selbst in Kontakt ist.

*„Also das ist...unbedingt ein Therapieerfolg, denk ich mir. „
„So aus der Hilflosigkeit, aus der...ah dem passiv Ausgeliefertsein in die Aktivität zu kommen. Also so...etwas für sich tun können, also nicht in dem Ausgeliefertsein-Gefühl bleiben müssen. Und Zuversicht zu bekommen.“*

Der Kontakt zu sich selbst führt nicht nur zu größerer Zufriedenheit, sondern auch zu Klarheit oder es wird einem der Einfluss auf das eigene Handeln bewusst.

„Aber jetzt ist eine andere Zufriedenheit, und wenn ich auch eben mit mir selber in Kontakt bin, also so wenn ich auch weiß was ich wirklich was meine Bedürfnisse, meine Wünsche sind, was ich wirklich möchte.“ (S. 15)

„...und umso klarer ich da bin, umso eher hab ich die Chance, mein Leben so befriedigend wie es mir eben möglich ist zu gestalten, also hab ich einen Einfluss darauf, und das macht ein gutes Gefühl. So, das macht einen zuversichtlich, das macht einen zufrieden mit dem Leben.“ (S. 15)

Muster des Klienten erkennen und verstehen

Im Laufe einer Therapie ergeben sich Dynamiken und Beziehungsmuster und diese gilt es zu erkennen und zu verstehen.

„Und das ist ja dann mit der Zeit, das ist ja dann ein Muster. Und das Muster ist, das ist...macht unangenehme Beziehungsmuster.“ (S. 13)

„Da ist die andere Person die Arme und setzt aber eigentlich ihr Gegenüber ziemlich unter Druck.“ (S. 13)

„Also so, das sind so Dynamiken die halt... dann im Laufe einer Therapie auftauchen und... dann wenn es eben normal geht auch irgendwie also immer mehr angeschaut werden können, klarer gesehen werden können und sie dann damit ein bisschen abschleifen. So ja das ist meine Schwachstelle, da muss ich aufpassen, darum bin ich auch nicht mehr so, bin ich auch ansprechbarer für Kritik von außen.“ (S. 13)

Diese Muster zu erkennen und aufzulösen ist für sie eine grundsätzlich Aufgabe in der Therapie.

„Ja grundsätzlich dass es eben darum geht, solche Muster irgendwie zu erkennen und die Muster irgendwie aufzuweichen, und das Muster zu erkennen, das Muster zu verstehen, trägt halt alles dazu bei, dass es aufgeweicht und damit auch ein bisschen abgeschliffen werden kann, akzeptiert werden kann.“ (S. 14, 15)

Bei Persönlichkeitsstörungen betreffen die Muster die gesamte Person und Beziehung

Für die Therapeutin ist es schwierig, explizit etwas über Persönlichkeitsstörungen zu sagen. Bezugsnehmend auf die (Beziehungs-)Muster, die im Laufe der Therapie auftauchen, lässt sich jedoch sagen, dass bei Klienten mit einer Persönlichkeitsstörung diese Muster ein größeres Ausmaß haben, was fast die ganze Person mit ihren Beziehungen betrifft.

„Das ist halt bei eine Persönlichkeitsstörung eben... ja hat das ein Ausmaß was halt... ziemlich die ganze Person in, fast in jeder Form von Beziehung irgendwie betrifft.“ (S. 15)

7.2.1. Themenbezogene Aussagen Therapeut Zwei

Therapieabbrüche bei heftigen Persönlichkeitsstörungen

Bei heftigen Persönlichkeitsstörungen kommt es leicht zu Therapieabbrüchen, weil die Klienten sehr große Ängste haben. (G2)

Beziehung zwischen Therapeut und Klient als grundsätzliches Vorgehen

Die Beziehung zwischen Therapeut und Klient ist wichtig, um den Klienten dahingehend zu unterstützen, mit seinen Ängsten in Kontakt zu treten und ihm gleichzeitig eine sichere Beziehung anzubieten. (G2)

Zugangsweise bei Persönlichkeitsstörungen dieselbe wie bei anderen Störungen

Die Therapeutin merkt an, dass ihre Zugangsweise zu Klienten mit Persönlichkeitsstörungen nicht anders ist als bei anderen Störungen. (G2)

Empathie als Zugang bei allen Störungen

Vielmehr ist ihre Basis die Empathie, die ihr auch als Orientierung dient. (G2)

Störungswissen

Über eine Störung Bescheid zu wissen, hilft ihr, in die richtige Richtung zu gehen und somit größere Chancen zu haben, mehr Optionen. (G2)

Muster bei Persönlichkeitsstörungen

Für die Therapeutin ist es schwierig, explizit etwas über Persönlichkeitsstörungen zu sagen. Bezugsnehmend auf die (Beziehungs-)Muster, die im Laufe der Therapie auftauchen, kann sie jedoch sagen, dass diese Muster bei Klienten mit einer Persönlichkeitsstörung ein größeres Ausmaß haben, was fast die ganze Person mit ihren Beziehungen betrifft. (G2)

7.3. Verdichtungsprotokoll Therapeut Drei

Ebenso eine weibliche Psychotherapeutin des Personenzentrierten Ansatzes ist die dritte Gesprächspartnerin. Sie befindet sich in Ausbildung unter Supervision und arbeitet in ihrer eigenen Praxis in Wien.

Das Gespräch dauerte etwa 45 Minuten und fand ebenfalls in der Praxis der Therapeutin statt. Zu Beginn wurde die Frage noch einmal gestellt und der Therapeutin fiel auf, dass die Frage sehr offen ist. Dennoch gab es sehr viel darüber zu sagen. Die Aussagen der Therapeutin wurden nach Themen geordnet und mit Originalzitaten aus dem Transkript untermalt.

Gesprächsinhalte:

Persönlichkeitsstörungen in unterschiedlichen Ausprägungen

Die Therapeutin spricht kurz das Krankheitsbild der Persönlichkeitsstörung an und dass es bei Klienten in unterschiedlichen Ausprägungen vorkommt.

Störungsspezifisches Vorgehen

Da sie über das Krankheitsbild der Persönlichkeitsstörung spricht, merkt sie an, dass die personenzentrierte Psychotherapie nicht unbedingt störungsspezifisch vorgeht. Sie bringt verschiedene Beispiele verschiedener bekannter Psychotherapeuten des Personenzentrierten Ansatzes.

„...die Urentstehung ... der personenzentrierten Psychotherapie empfiehlt ja nicht nach bestimmten Störungsbildern zu behandeln oder vorzugehen, weil man Menschen damit kategorisiert. Und ihnen eigentlich nicht gerecht wird, weil selbst die schönste DSM 4 Beschreibung oder ICD-10 Beschreibung eines Störungsbildes hat ja nichts, oder nur sehr wenig, mit der Realität dieser einen bestimmten Person zu tun.“ (S. 1)

Sie ist nicht nur der Meinung, dass Störungswissen ein Vorteil sein kann, sondern dass es falsch wäre, davon auszugehen, kein Störungswissen zu haben.

„...da find ichs sehr von Vorteil, über Störungsbilder informiert zu sein, also zu wissen ... womit hab ich zu rechnen, bei bestimmten Störungen, das ist ja auch sehr unterschiedlich.“ (S. 1, 2)

„Darum ist es völlig falsch verstanden... also sowohl von anderen als auch von personenzentrierten Therapeuten, wenn sie sagen, ich brauche kein störungsspezifisches Wissen.“ (S. 6)

Störungswissen zu haben ist kein Fehler, man soll es aber beiseite stellen (können) - so kommt man zu einer anderen Herangehensweise.

„Es geht eher darum, es im Sinne ... einer Hermeneutik... zu verstehen. Und dennoch dieses Störungswissen zwar zu haben, aber es gleichzeitig wegzustellen. Ich kann nur etwas wegstellen, was ich eigentlich hab. „ (S. 6)

„Es ist nicht aus mir draußen, aber es ist eine andere Herangehensweise.“ (S. 7)

Persönlichkeitsentwicklungsstörung statt Persönlichkeitsstörung

Die Therapeutin bevorzugt den Begriff Persönlichkeitsentwicklungsstörung, da nicht die ganze Person gestört ist, sondern die Störung vielmehr Teile des Selbst betreffen.

„...ich sag lieber Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, ich finde das wesentlich weniger entwertend, weil ja nicht die gesamte Persönlichkeit gestört ist, sondern Teile das Selbst nicht entsprechend strukturiert sind, so dass sie unter Führungszeichen gut funktionieren. Also ich find Persönlichkeitsentwicklungsstörungen wesentlich wertschätzender.“ (S. 1)

Kongruenz

Die Wichtigkeit der Kongruenz in der Therapie. Dies kann durch Störungswissen erleichtert werden, wenn man weiß, was auf einen zukommt.

„Und wenn ich jetzt bei schweren Störungsbildern zum Beispiel Angst habe..., oder... mich über die Klientin ärger, ... dann hilft mir das Störungsbild, mir klar zu machen, was das für ... Gefühle sind, die die Klientin in mir auslöst, und dadurch, dass ich verstehe, was das bei mir auslöst, meine eigene Resonanz verstehen kann, ... kann ich das Gefühl, den Ärger auch wieder auf die Seite stellen und in der Beziehung zur Klientin wieder kongruent sein.“ (S. 2)

Therapieabbrüche bei Persönlichkeitsstörungen

Kommen häufig vor und man muss als Therapeut sehr gut Acht geben. Die Abbrüche kommen aus der Erfahrung der Therapeutin dann vor, wenn sie einen Fehler macht.

„Es sind natürlich die Klientengruppe, wo es die meisten Abbrüche gibt... aus meiner Erfahrung dann, wenn ich einen Fehler gemacht habe. Also es ist schon so, dass wenn ich was übersehen hab, oder wenn ich ...was nicht verstanden hab, es ja nicht so ist, dass man das ... mit schwergestörten Klienten dann leicht abhandeln kann. Die fühlen sich dann sehr leicht sehr verletzt, sehr entwertet und sehr gekränkt. Und ... schaffen dann den Weg auch teilweise nicht mehr...“ (S. 3)

Unterschiede in der Arbeit mit Persönlichkeitsstörungen

Es ist mehr Reflexion notwendig, und es ist oft schwierig, den Klienten folgen zu können; außerdem ist es anstrengend und es erfordert eine andere Zeiteinteilung in der Praxis, was zum Beispiel die Terminvergabe betrifft. Man ist als Therapeut mehr gefordert.

„Es sind schon die Fälle, für mich zumindestens... wo ich mehr reflektieren muss oder wo's mir auch besonders wichtig ist, Aufnahmen zu haben, ob noch einmal Reinhören zu können.“ (S. 3)

„...also da ist oft auch ein... fast nicht Mitkommen... also ich hab das oft erlebt, ... dass man... Klienten fast, fast ja bremsen würd ich sie natürlich nicht, aber dass ich merk, wie schwierig es teilweise ist, wirklich zu folgen.“ (S. 3)

„Es sind einfach. .. die Klienten... wo ich doch mit meiner eigenen Resonanz... ziemlich beschäftigt bin.“ (S. 4)

„Und es ist anstrengend. Also ich würd sicher nicht wollen, dass ich 3 Stunden hintereinander mit 3 unterschiedlichen Klienten hab, die, die es so schwer haben im Leben.“ (S. 4)

Die therapeutische Haltung bleibt jedoch dieselbe. Und es gelten auch dieselben Bedingungen, die gegeben sein müssen.

„...was die... Haltung... des Therapeuten oder der Therapeutin betrifft, und... die Bedingungen... die unserer Meinung nach vorhanden sein müssen... für Entwicklung, sind bei Persönlichkeitsstörungen tatsächlich nicht anders als bei anderen Störungsbildern.“ (S. 9)

„Also ... die Grundhaltung ist die gleiche. Oder die... Bedingungen, die gegeben sein müssen, sind dieselben.“ (S. 9)

„...da gibts nichts, was irgendwie... besonders wäre oder anders sein müsste.“ (S. 9)

Aufsuchen einer Therapie

Die Klienten kommen nicht wegen der Störung selbst in die Therapie oder weil ihnen eine Diagnose gestellt wurde, sondern wegen anderer Probleme.

„...dass die Störung an sich ja nicht das einzige Problem ist oder gar nicht einmal das ist, weswegen sie in Therapie kommen, sondern ... warum man dann teilweise kommt ist, ... dass Klienten sagen ich möchte aufhören zum Koksen, ich möchte endlich schaffen, nicht mehr zu koksen und dann irgendwie bei näherem, also bei einer Prozessdiagnostik kommt man dann... drauf, Moment einmal, aha darum gehts eigentlich.“ (S. 4)

„Also es ist mir bis jetzt nicht passiert, dass jemand kommt und sagt, bei mir ist eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert und deshalb brauch ich Therapie.“ (S. 5)

„Es ist, es ist der Leidensdruck... entweder aufgrund der Umgebung... oder der eigene Leidensdruck, weil man selber irgendwie nicht mehr kann. „ (S. 5)

Diagnose

Den Klienten mit einer Diagnose zu konfrontieren wäre für die Therapeutin nicht richtig, doch bei manchen Störungen kann es hilfreich bzw. eine Erleichterung für den Klienten sein.

„Ich würde jetzt niemandem eine Diagnose umhängen, nur weil ich mir denk, das könnte sein, das...wird nichts bringen, das ist meistens stigmatisierend...“ (S. 6)

„Und bei ihr war es aber eine Erleichterung. Aha, das hab ich. Da kann ichs einordnen. Es ist was Bekanntes, es ist was... womit ich nicht allein auf der Welt bin. Fallt mir auf, dass das grad bei...schweren Störungen oft so ist, dass Klienten glauben, niemand außer ihnen hat das und eigentlich kann man ihnen auch nicht helfen.“ (S. 6)

Sich auf ein Nicht -Wissen einlassen

Dadurch bedingt, dass man zwar nicht störungsspezifisch arbeitet, wohl aber ein Störungswissen besitzt, ist es notwendig, sich jedes Mal auf eine Art Nicht-Wissen einzulassen, um näher zum Erlebensprozess des Klienten zu gelangen.

„Sich von Stunde zu Stunde wieder auf ... eine Art Nicht-Wissen...einzulassen. Aber nicht nicht-wissen von ich weiß nichts, weil natürlich bin ich... in der Beziehung zum Klienten jetzt der Experte. ...Natürlich hab ich mein Wissen, natürlich habe ich meine jahrelange Ausbildung. Aber ich maße mir nicht an zu wissen, wie es dem Klienten geht.“ (S. 7)

Inkongruenz

Inkongruenz muss vorhanden sein, weil ansonsten keine Therapie notwendig ist, denn wenn der Therapeut diesbezüglich nichts wahrnimmt, gibt es auch keine Inkongruenz beim Klienten.

„Wenn ich bei einem Klienten alles empathisch verstehen kann und da mitschwingen kann und überhaupt in keine Inkongruenzen komm und aus meiner... unbedingt positiven Beachtung nicht mehr herausfalle, dann ist die Therapie beendet, dann gibts keinen...Grund mehr für Therapie.“ (S. 8)

„...wenn ich das alles schon verstehen könnte, dann hätte sich der Klient auch verstanden.“ (S. 8)

„Weil dann klientenseitig auch keine Inkongruenzen mehr vorhanden sind.“ (S. 8)

Empathisches Verstehen

Es geht darum, in der Therapie zu einem empathischen Verständnis des Klienten zu kommen.

„...es ist nicht eine therapeutische Fehlleistung, NICHT empathisch verstehen zu können, sondern es geht eben darum, hinzukommen zu einem empathischen Verstehen. Aber nicht über Störungsbilder.“ (S. 8)

Klienten in ihren inneren Bezugsrahmen verstehen:

Durch das empathische Verstehen kann der Therapeut den inneren Bezugsrahmen des Klienten verstehen und den nächsten Schritt machen.

„...zu versuchen, ahm die Klienten in ihrem inneren Bezugsrahmen zu verstehen. Und dadurch ... es dem Klienten zu ermöglichen, sich selber zu verstehen, und dadurch den nächsten Schritt zu ermöglichen.“ (S. 8)

Nicht-Direktivität

In der personenzentrierten Psychotherapie ist alles erlaubt, solange es – auf die jeweilige Situation bezogen – stimmig ist. Dies ergibt sich aus dem Verstehen des Klienten.

„...als es für alle Therapien gilt, dass im personenzentrierten Ansatz nichts sozusagen verboten ist oder... es gibt ja dieses Dogma der Nicht-Direktivität und dass personenzentrierte Therapeuten nur "mhm" sagen. Und das wiederholen, was ihre Klienten sagen. Das ist nicht so... also wenn ich... den Rogers wirklich verstanden habe, dann gehts darum, die Therapie eigentlich an... den Bedürfnissen des Klienten oder an dem was es braucht, eigentlich jedes Mal wieder neu... fast neu zu entwickeln.“ (S. 10)

„Nicht direktiv heißt nicht, dass ich einen Klienten nicht... unter Umständen auch... eine konkrete Aufgabe, es fällt mir jetzt nichts Gescheites ein, aber eine konkrete Aufgabe geben könnte, wenn es... stimmig ist. Also wenns einfach stimmt für das, was dieser Klient braucht. Aber nicht weil ich eine Aufgabe geb oder nicht weil ich... irgendwo gelesen hab, dass das bei dem Störungsbild gscheit ist, sondern weil es aus dem Verstehen des inneren Bezugsrahmen des Klienten sich ergibt.“ (S. 10)

7.3.1. Themenbezogene Aussagen Therapeut Drei

Störungsspezifisches Vorgehen

Da die Therapeutin über das Krankheitsbild der Persönlichkeitsstörung spricht, merkt sie an, dass die personenzentrierte Psychotherapie nicht unbedingt störungsspezifisch vorgeht. (G3)

Sie ist nicht nur der Meinung, dass Störungswissen ein Vorteil sein kann, sondern dass es falsch wäre, davon auszugehen, kein Störungswissen zu haben. (G3)

Das Störungswissen soll man aber beiseite stellen (können) - so kommt man zu einer anderen Herangehensweise. (G3)

Kongruenz durch Störungswissen

Kongruenz in der Therapie ist sehr wichtig. Dies kann durch Störungswissen erleichtert werden, wenn man weiß, was auf einen zukommt. (G3)

Therapieabbrüche bei Persönlichkeitsstörungen

Therapieabbrüche bei Klienten mit einer Persönlichkeitsstörung kommen häufig vor und man muss als Therapeut sehr gut Acht geben, dann aus der Erfahrung der Therapeutin kommt es dann zu Abbrüchen, wenn sie einen Fehler macht. (G3)

Unterschiede in der Arbeit mit Persönlichkeitsstörungen

Es ist mehr Reflexion notwendig, und es ist oft schwierig, den Klienten folgen zu können; außerdem ist es anstrengend und es erfordert eine andere Zeiteinteilung in der Praxis, was zum Beispiel die Terminvergabe betrifft. Man ist als Therapeut mehr gefordert. (G3)

Die therapeutische Haltung bleibt jedoch dieselbe. Und es gelten auch dieselben Bedingungen, die gegeben sein müssen. (G3)

7.4. Verdichtungsprotokoll Therapeut Vier

Für das vierte und letzte Gespräch stand ein männlicher Psychotherapeut aus dem personenzentrierten Ansatz zur Verfügung. In seiner psychotherapeutischen Praxis kann er auf seine Erfahrungen als klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe zurückgreifen, darüber hinaus ist er als Supervisor tätig.

Gesprächsinhalte:

Störungsbild/Definition/Diagnose - Persönlichkeitsstörung

Die Beschreibung von Persönlichkeitsstörungen in ICD hat für den Therapeuten in der Praxis nur wenig Bedeutung. Gleichzeitig erscheint es ihm wichtig, über das Störungsbild informiert zu sein.

„Natürlich gibt es ah in ICD unterschiedlichste Formen der Beschreibung von Persönlichkeitsstörungen,...die aber in meiner Praxis eigentlich... nur peripher Bedeutung haben. Beziehungsweise und zwar aus einer bestimmten Philosophie, nämlich der Philosophie des Personenzentrierten Ansatzes heraus. Aber...ah natürlich in einzelnen Fällen, bei einzelnen Diagnosen wie zum Beispiel einer Borderline-Störung, ja ist es natürlich nicht unwichtig.“ (S. 1)

Konkret auf die Definition von Persönlichkeitsstörung bezogen ist er der Meinung, dass sie maximal eine Orientierungshilfe für den Therapeuten sein kann, im Endeffekt aber mehr dazu dient, die Gelder entsprechend zu verteilen, und einen Überblick über die Anzahl der betroffenen Personen gibt.

„Wenn man bei diesen extremen Beispielen anlangt... sind diese Definitionen der Persönlichkeitsstörungen ... meist vage, meist allgemein ... maximal eine Orientierungshilfe und dienen in letzter Konsequenz nur im klinischen Alltag zu einer..... wie soll ich sagen, zu einer, so wie alle Diagnosen, in vielen Bereichen, dass eine quasi entsprechende Verteilung des Geldes, mit der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung, zusammenpasst. Dass man weiß, aha, da sind so und so viele mit so und so vielen Störungen.“ (S. 1, 2)

Für ihn ist eine Persönlichkeitsstörung eine Beziehungsstörung.

„Was also ganz allgemein zu sagen ist zu einer Persönlichkeitsstörung, es handelt sich natürlich selbstverständlich, und das ist ein trivialer Satz, um eine Beziehungsstörung.“ (S. 2)

Er ist aber der Meinung, dass dieses Wissen, die Definition von Persönlichkeitsstörung in der Praxis nicht von Nutzen ist.

„Natürlich sind mir die verschiedenen Definitionen und die unterschiedlichsten Arten von Persönlichkeitsstörungen, wie sie in ICD erfasst sind, vertraut. Ja. Gut. Aber was hilft mir das.“ (S. 2)

„Wenn ich jetzt zum Beispiel hab jemanden der, dem man eine klassische Diagnose..., nebenbei, wir arbeiten nicht in der freien Praxis mit Diagnosen.“ (S. 4)

Der Therapeut hat klassische Definitionen möglicherweise im Hinterkopf, was aber in einer Definition nicht vorhanden ist, ist die Tatsache, dass jeder Mensch einzigartig ist.

„Wenn ich ja jemanden anschau, oder in eine therapeutische Situation komme ... ich habe im Hinterkopf möglicherweise Persönlichkeitsstörungen. Menschen können mich erinnern daran, an diese klassischen Definitionen, was aber nicht vorhanden ist, ... nicht drinnen ist, ... ist die wesentliche Art, nämlich dass der Mensch schon ein bisschen ein einzigartiges Wesen ist.“ (S. 3)

Akzeptanz und Empathie

Der Therapeut sieht den Menschen so, dass jedes Verhalten eine Leistung ist. Und so kann es ihm gelingen, dem Klienten Wertschätzung entgegen zu bringen.

„...ich sehe einen Menschen so, dass jedes Verhalten, das der Mensch zeigt, egal ob es auffällig oder unauffällig etc. eingestuft ist, als eine Leistung.“ (S. 2)

„Es ist jeder seine einzigartige Geschichte, hat seine eigene Art umzugehen, wie ich gesagt habe, alles ist eine Leistung, ah und mit dieser akzeptierenden auch empathischen Art und

Weise, wo ich versuche den Menschen aus seiner Welt heraus zu verstehen, einmal im ersten Schritt...“ (S. 3)

Indem er das Verhalten des Klienten als eine Leistung positiv bewertet, gelingt dem Therapeuten eine positive Haltung, eine Akzeptanz. Der Klient hat das gemacht, was für ihn am besten möglich war, und dies gilt es, in einem ersten Schritt zu akzeptieren.

„Es ist jeder seine einzigartige Geschichte, hat seine eigene Art umzugehen, wie ich gesagt habe, alles ist eine Leistung, ah und mit dieser akzeptierenden auch empathischen Art und Weise, wo ich versuche den Menschen aus seiner Welt heraus zu verstehen, einmal im ersten Schritt...“ (S. 3)

„Eine Leistung, das heißt, es ist ihm aufgrund seiner... psychosozialen Entwicklung, ja... und seinen momentanen Lebensumständen in denen er lebt, ob das jetzt in den sozialen Beziehungsmuster sind oder wie auch immer, oder familiär bedingt, ah... als eine Leistung, und ihm ist nichts anderes eingefallen.“ (S. 2)

Den Klienten dort abholen wo er steht/in Kontakt kommen mit seinem Erlebensprozess

Durch die empathische und akzeptierende Haltung versucht der Therapeut, den Klienten dort abzuholen, wo er steht, damit sie sich gemeinsam auf den Weg machen können und der Klient mit seinem Erlebensprozess in Kontakt kommen kann.

„Das was man in einer Psychotherapie "basing" nennt. Ja. Also ich hole ihn dort ab, wo er steht. Und versuche dann.... ihn zu unterstützen....dass er seine und meistens oft nicht gespürten oder nicht wahrgenommenen oder sicher nicht auf bewusster Ebene ah.. mit seinen.. im Hier und Jetzt ... Erlebensprozess..., dass er mit seinem bei sich momentan ablaufenden Erlebensprozess in Kontakt kommt.“ (S. 3)

„Aber entscheidend ist...wenn ich das so sagen kann, die Einzigartigkeit, die Leistung... das Basing, ihn dort abholen wo er steht. Ihm vielleicht Wege zu zeigen, dass er bei sich Wege findet, anders mit sich umzugehen. Weil er unterdrückt ja den weinenden, das weinende Kind, zum Beispiel, ja. Das wird ja unterdrückt. Also wie erlaubt er das, das Kind anzunehmen in sich. Das Verletzbare anzunehmen.“ (S. 11)

Aufsuchen einer Therapie

Menschen suchen dann eine Therapie auf, wenn ihr Leidensdruck groß ist.

„Menschen gehen in Psychotherapie nur dann, wenn sie leiden. (Interviewer: Ja) Und zwar wenn der Leidensdruck extrem ist. Vorher geht man nicht.“ (S. 4)

Bevor dieser Leidensdruck nicht da ist, kann ein Mensch die Diagnose Persönlichkeitsstörung haben, aber wenn es ihn und/oder seine Umwelt nicht stört, wird er auch keine Therapie machen.

„Es ist vollkommen egal, ob jemand als Schauspieler überlebt und der eine klassische Diagnose einer Persönlichkeitsstörung von irgendeinem Kliniker bekommt, aber es stört ihn nicht, und es stört seine Umwelt nicht, ja? Das ist die Seite. Die andere Seite, wenn der einen massiven Leidensdruck hat, dann wird er kommen. Und dann kriegt er ein bestimmtes Beziehungsangebot.“

Unterstützung zum Selbstwachstum und Grenzen psychotherapeutischer Möglichkeiten

Um den Klienten in seinem Selbstwachstum optimal unterstützen zu können, muss dem Therapeuten klar sein, ob er die Möglichkeiten im Rahmen einer Psychotherapie hat oder ob es möglicherweise notwendig ist, mit einem Psychiater zusammenzuarbeiten.

„Also ausgehend von dieser Selbstaktualisierungstendenz des Menschen und vom Selbstwachstum, Möglichkeiten zum Selbstwachstum, ist mein Job natürlich die Unterstützung in der Richtung.“ (S. 4)

Der Therapeut ist der Meinung, dass dies ohne klinische Erfahrung schwierig zu beurteilen sein könnte und dass der Psychotherapie auch Grenzen gesetzt sind.

„Wenn ich so eine Zuweisung bekomme und es steht drinnen... Borderline-Syndrom, ja, massiv ausgeprägt, weiß ich, dass ich ohne viel, ah ohne Zusammenarbeit mit einem Psychiater wahrscheinlich nicht weit komme, ja. Das heißt ... es gibt auch Grenzen psychotherapeutischer ... Möglichkeiten. Das muss man wissen. Deswegen braucht man mitunter klinische Erfahrung....“

„Es ist gut, wenn man aber trotzdem dieselben kennt, und auch eine klinische Erfahrung hat in die Richtung, weil es massive Dinge gibt wo Psychotherapie, zumindest auch der personenzentrierte Ansatz, sich nicht überschätzen soll.“ (S. 11)

Oft ist es notwendig, dem Klienten medikamentöse Entspannung anzubieten und das ist psychotherapeutisch nicht möglich.

„...ich mein ... man kann sich so fertig machen, dass man einen Herzinfarkt kriegt, ja. Und du kannst sagen, ja da haben wir jetzt geredet darüber. Und vielleicht ist es gerade in der Phase eine Unterstützung, medikamentöse Entspannung notwendig, wenn wir es psychotherapeutisch nicht schaffen, den anderen in seinen Entspannungsmöglichkeiten zu unterstützen. Ich mein du kannst nicht jemanden, der (steht auf, um das Beispiel zu demonstrieren) auf und ab läuft und so tut (verzieht auch sein Gesicht zu gequälter Miene),

ja, kannst du nicht sagen, ah bitte entspann dich jetzt. Also ich mein, ich biete ihm etwas an, klar kann ich das auch...“ (S. 12)

Mit Kongruenz/Empathie/Echtheit zum inneren Erleben des Klienten

Mit diesen drei Variablen kann der Therapeut den Klienten dabei unterstützen, mit seinem inneren Erleben in Kontakt zu kommen.

„Und wie kann ich jetzt so einen Menschen... quasi mit diesen Versuchen zu unterstützen, dass er quasi.... einmal auf sich hört, ein bisschen näher hinein hört, ein bisschen sanfter, liebevoller mit seinen Schwächen und was weiß ich, umzugehen, ja. Da kann ich drei Variablen anbieten, nicht? Also quasi die Empathie, die authentisch bleiben, also Kongruenz und ah...das kann wirksam werden. Nur wann und wie. Indem ich vorsichtigst ihn immer wieder begleite zu seinen Widerständen.“ (S. 5)

Kein Methodeneklektizismus, aber andere Möglichkeiten anbieten

Dem Therapeuten geht es nicht darum, verschiedene Methoden zusammenzuwürfeln, sondern dem Klienten mehrere Möglichkeiten anzubieten. Er arbeitet immer wieder mit der Aufstellung, hier spielt sich viel im präverbalen Bereich ab.

„Da gibt es Möglichkeiten, dem anderen auch vielleicht Angebote zu setzen in der Richtung, die ein bisschen sehr stark aus der körperorientierten.... Arbeit kommt, also die ganzen humanistischen Psychotherapieformen sind ja auch teilweise, eher... auch körperorientierte...“ (S. 6)

„Ohne Methodeneklektizismus zu betreiben glaub ich, dass es aus der Grundhaltung der Personenzentrierten Psychotherapie, wenn ich es nicht als Technik nur einsetze und erlebe, es in manchen Situationen oder Begegnungen der therapeutischen Begegnung sinnvoll ist, dem Menschen so etwas anzubieten.. und ein Beispiel dafür ist die Aufstellung.“ (S. 6)

Wichtig ist es, den Klienten auf seinem Weg zu begleiten und ihn dabei bestmöglich zu unterstützen.

„Jeder Mensch ist sein eigener Experte, ich kann nur schauen, wie er es tut, ja. Und vielleicht ist es eigentlich verschiedene Wege, ein weiterer Weg ist zum Beispiel wenn ich sage einmal, jetzt entspann.. schauen wir, gehen wir einmal ein einen Focusing Prozess.“ (S. 15)

Ausdrucksmodalitäten/Sprache des Therapeuten/Sprache des Klienten

Focusing ist Teil des psychotherapeutischen Verständnisses des Therapeuten und für ihn eine weitere Möglichkeit.

„Ich habe mich sehr stark auf dieses Focusing Konzept... Focusing in als Teil meiner... meines psychotherapeutischen Verständnisses und meines Beziehungsangebotes ah.. sehr stark darauf auch konzentriert.“ (S. 4)

Als Therapeut hat er seine eigenen Ausdrucksmodalitäten. Er muss dabei aber immer darauf achten, ob der Klient die „Sprache“ des Therapeuten auch versteht.

„...Ist es wesentlich, dass ich merke für mich, dass ich als Therapeut, ja, zum Beispiel ich hab zum Beispiel bestimmte Ausdrucksmodalitäten, die mir nahe sind.“ (S. 8)

„Ich kann zum Beispiel in Bildern arbeiten, wo das eine mir vertraute Ausdrucksmodalität ist. Wenn das aber für dich nicht stimmt. Ja und du ganz eine andere Sprache... hast, quasi ... dein Erleben auszudrücken, dann heißt das auf Deutsch gesagt, du redest Englisch und ich Französisch, aber wir verstehen uns nicht.“ (S. 8)

Würde der Klient die Sprache des Therapeuten nicht verstehen, würde ihn das daran hindern, zu seinem eigenen Erlebensprozess zu kommen-

„Die Manipulation wäre, wenn du meinst, aha jetzt bin ich beim Therapeuten ... ich red zwar Englisch, aber jetzt muss ich Französisch lernen. Das heißt, du wirst manipuliert. Und du kommst wieder nicht zu deiner eigenen einzigartigen Form, sich auszudrücken und mit seinem eigenen Erlebensprozess in Kontakt zu treten. Und den wachsen zu lassen. Damit du quasi auch Veränderungen evozierst.“ (S. 8)

„Ich muss schauen, und ob ich ihn dort hin in dieser Sprache auch begleiten kann, damit, wo ich ihn dort abhole.“ (S. 8)

Was ist Psychotherapie

Psychotherapie zu erklären ist nicht leicht; für den Therapeuten ist es eine Frage der Sprache, und jeder sollte selbst entscheiden, welche Sprache ihm am besten gefällt um dann die jeweilige Therapierichtung zu wählen.

„Ich sage Psychotherapie erklären ... man könnte das vergleichen manchmal mit einem, mit einem Atlas.. ah... die Straßen, die Orte sind immer an der gleichen Stelle, aber der ... hat ein Relief, der andere eine schwarz-weiß Karte, ah der dritte eine bunte Karte, also wie halt der Atlas gestaltet ist, was ich sagen damit will ist, ... diese ganzen Psychotherapiestreits die es gibt, ja heißen in letzter Konsequenz ... vielleicht sind das manchmal nur andere Namen für die gleiche Sache.“ (S. 12, 13)

„Weil wenn du Bücher liest, denn wirst du aha, bei denen erkenne ich mich wieder, ja das bin ich, dann liest du den nächsten, ganz ein anderes, aha ja das bin auch ich, ja. Da erkennst du dich auch wieder. Also es ist nur eine Frage der Sprache und deswegen habe ich gesagt am Anfang gesagt, es ist die subjektive Entscheidung des Therapeuten, wo er sich selbst am wohlsten fühlt, wo er sich selbst am vertrautesten und nächsten ist, welche psychotherapeutische Schule er... angeht.“ (S. 13)

Das Problem auf Distanz bekommen = Heilung (?)

Menschen, die so viele Probleme haben, dass sie weder ein noch aus wissen, haben zu wenig Distanz, um das eigentliche Problem überhaupt noch erkennen zu können.

„...es kommen Menschen, auch die vollkommen ah ... emotional instabil, nicht mehr wissen wohin woher vor lauter Problemen, die SIND das Problem. Die haben nicht ein Problem, sondern das Problem hat sie so überflutet, ist so sie beherrschend, dass meistens, Menschen die dann in Psychotherapie gehen, weil sie ahm nicht mehr vor noch hinten noch aus und ein wissen...“ (13)

Wenn der Klient dies schafft, ist ein wesentlicher Schritt getan und vielleicht kann das schon seine Heilung sein.

„Das heißt, das können sie gar nicht anschauen. Das ist oft ein psychotherapeutischer Schritt, oder ein wesentlicher Schritt, oder der wichtigsten Schritt, und vielleicht ist das schon die Heilung, dass er es schafft, das Problem ein bisschen auf Distanz zu bekommen ... Und mit bestimmten, einerseits in Kontakt zu sein, das ist der Sieg, und andererseits trotzdem zu schauen, ob ich das auch lösen kann, so kann ich nichts lösen.“ (S. 14)

Therapieerfolg – Auftrag der personenzentrierten Psychotherapie

Für den Therapeuten bedeutet Therapieerfolg, dass sich der Klient auch außerhalb der Therapie wohl fühlt und es alleine, ohne den Therapeuten „schafft“.

„Ein Therapieerfolg ist nur dann gegeben, wenn das nicht nur in der therapeutischen, sondern vielleicht längerfristig, wenn ich draußen etwas erreicht habe.“ (S. 17)

Auftrag der Psychotherapie ist für ihn, den Klienten dort hin zu führen, dass er sich wohl fühlt.

„...und das Entscheidende ist, ob ich mich mit mir wohlfühl und in mir bin mit meiner ganzen Einzigartigkeit, und den Menschen dorthin zu führen, zu führen, ihn zu unterstützen, dass er bei sich einen Weg dorthin findet, das ist Auftrag einer personenzentrierten Psychotherapie mit unterschiedlichen auch Zugängen...“ (S. 17)

Beziehung zwischen Therapeut und Klient/Arbeiten im Hier und Jetzt

Der personenzentrierte Ansatz lebt in der Beziehung zwischen Klient und Therapeut, und die Geschichte des Klienten befindet sich auch im Hier und Jetzt, und alles was man braucht, um mit dem Klienten arbeiten zu können, findet man im Hier und Jetzt.

„Der personenzentrierte Ansatz ... der also Persönlichkeitsstörung als Beziehungsstörung, wie es ganz allgemein ist, lebt in der Beziehung zwischen ... Therapeut und Klient. Im Hier und Jetzt . Weil alles was in dir ist, ist auch jetzt da. Ja also jetzt in jedem Moment ist alles da. Der Personenzentrierte Ansatz arbeitet im Hier und Jetzt. Du bist, das heißt du bist auch jetzt, vielleicht in unterschiedlicher Wahrnehmung, deine Geschichte, deine Lebensgeschichte, dein momentaner Lebenszustand, das ist alles jetzt momentan auch da. Und alles ist jetzt da.“ (S. 18)

Der Klient kommt in die Therapie, weil er etwas nicht sieht, dennoch ist es hier.

„In Therapie gehst du, weil du etwas nicht siehst. Du siehst nicht immer alles, du bist ja selektiv. Aber.... wir arbeiten nur im Hier und Jetzt, das verbindet uns sicher mit anderen therapeutischen Richtungen auch...“ (S. 18)

7.4.1. Themenbezogene Aussagen Therapeut Vier

Störungsbild/Definition/Diagnose – Persönlichkeitsstörung

Die Beschreibung von Persönlichkeitsstörungen in ICD hat für den Therapeuten in der Praxis nur wenig Bedeutung. Gleichzeitig erscheint es ihm wichtig, über das Störungsbild informiert zu sein. (G4)

Konkret auf die Definition von Persönlichkeitsstörung bezogen ist er der Meinung, dass sie maximal eine Orientierungshilfe für den Therapeuten sein kann, im Endeffekt aber mehr dazu dient, die Gelder entsprechend zu verteilen, und einen Überblick über die Anzahl der betroffenen Personen gibt. (G4)

Er ist jedoch der Meinung, dass dieses Wissen, die Definition von Persönlichkeitsstörung in der Praxis nicht von Nutzen ist. (G4)

Er hat klassische Definitionen möglicherweise im Hinterkopf, was aber in einer Definition nicht vorhanden ist, ist die Tatsache, dass jeder Mensch einzigartig ist. (G4)

Grenzen psychotherapeutischer Möglichkeiten am Beispiel einer BorderlineStörung

Um den Klienten in seinem Selbstwachstum optimal unterstützen zu können, muss dem Therapeuten klar sein, ob er die Möglichkeiten im Rahmen einer Psychotherapie hat oder ob es möglicherweise notwendig ist, mit einem Psychiater zusammenzuarbeiten. (G4)

Er ist der Meinung, dass dies ohne klinische Erfahrung schwierig zu beurteilen sein könnte und dass der Psychotherapie auch Grenzen gesetzt sind. (G4)

In vielen Fällen ist es notwendig, dem Klienten medikamentöse Entspannung anzubieten, und das ist psychotherapeutisch nicht möglich. (G4)

ERGEBNISSE:

7.5. Aussagenzusammenstellung/Gesamtaussage

Die themenspezifischen Aussagen der einzelnen Gespräche werden nun zu einer Gesamtaussage zusammengefasst. Dabei werden die Aussagen wiederum nach Themen gegliedert und im Unterschied zu den Verdichtungsprotokollen als von den Gesprächspartnern losgelöst betrachtet.

Arbeitsweise/Sprache in der Therapie

- Manche Therapeuten bieten ihren Klienten Möglichkeiten an, die das rein personenzentrierte Arbeiten mit den drei Variablen übersteigt – zum Beispiel Focusing, Bioresonanz, Aufstellung, (G4) katathymes Bilderleben (G1).
- Es gibt Therapeuten, für die ihre Arbeitsweise zu einem Teil ihrer Persönlichkeit wird. (G1)
- Manche Therapeuten entwickeln mit der Zeit ein Gespür dafür, wie sie arbeiten müssen. (G1)
- Es gibt Therapeuten, die der Meinung sind, dass in der Therapie alles erlaubt ist, solange es – auf die jeweilige Situation bezogen – stimmig ist, denn dies ergibt sich aus dem Verstehen des Klienten. Das heißt jedoch nicht, dass man deswegen direktiv ist. (G3)
- Therapeuten können ihre jeweils eigenen Ausdrucksmodalitäten haben, dabei müssen sie allerdings darauf achten, dass der Klient die „Sprache“ des Therapeuten versteht. Würde der Klient den Therapeuten nicht verstehen, würde ihn das daran hindern, zu seinem eigenen Erlebensprozess zu gelangen. (G4)
- Manche Therapeuten arbeiten intuitiv. (G1)
- Es gibt Therapeuten, die es als ihre Aufgabe sehen, den Klienten auf seinem Weg zu begleiten. (G1, G4)

Aufsuchen einer Therapie

- Es gibt Menschen, die eine Therapie aufsuchen, wenn ihr Leidensdruck groß ist. (G4)
- Wenn man selbst und die Umgebung merkt, dass es einem nicht gut geht, kann man eine Therapie aufsuchen. (G2)
- Menschen können eine Therapie aufsuchen, wenn sie andere Probleme haben. (G3)

Grundhaltung des Therapeuten

Empathie, Kongruenz, Wertschätzung

- Bezugnehmend auf die Frage, ob es bestimmte Methoden gibt, was die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen angeht, können die drei Variablen Kongruenz, Wertschätzung und Empathie (G2) genannt werden. (G1)
- Es gibt Therapeuten, für die Empathie die wichtigste Grundhaltung ist. (G1)
- Die Basis kann Empathie sein und als Orientierung dienen. (G1, G2, G3)
- Es gibt Therapeuten, die mithilfe dieser drei Variablen ihre Klienten dabei unterstützen, mit ihrem inneren Erleben in Kontakt zu kommen. (G4)
- Es gibt Therapeuten, die das Verhalten des Klienten als eine Leistung sehen und dies somit positiv bewerten – somit kann es gelingen, dem Klienten Wertschätzung entgegen zu bringen. (G4)
- Durch empathisches Verstehen kann es dem Therapeuten möglich werden, den Klienten in seinem inneren Bezugsrahmen zu verstehen. (G3)

Beziehung Therapeut - Klient

- Die Beziehung zwischen Therapeut und Klient kann wichtig sein, um den Klienten dahingehend zu unterstützen, mit seinen Ängsten in Kontakt zu treten und ihm gleichzeitig eine sichere Beziehung anzubieten. (G2)
- Klienten, die keine verlässlichen frühen Beziehungen erlebt haben, können in der Therapie eine verlässliche Beziehung brauchen. Diese kann durch den Therapeuten angeboten werden. (G1)
- Die Beziehung zwischen Therapeut und Klient kann sich im Hier und Jetzt abspielen, und alles was der Klient bereits erlebt hat, ist auch jetzt da; somit ist alles da, was man braucht, um mit einem Klienten arbeiten zu können. (G4)

Grenzen der Psychotherapie

im ambulanten Setting

- Es gibt Therapeuten, die psychotherapeutische Grenzen erkennen. (G1)
- Ohne klinische Erfahrung kann es psychotherapeutische Grenzen geben. (G4)
- Es kann notwendig sein, dem Klienten medikamentöse Entspannung zu bieten, was in der Psychotherapie nicht möglich ist. (G4)

Differenzierte Umgangsweise mit Persönlichkeitsstörungen

Bezug nehmen auf Grundhaltungen und therapeutische Haltung

- Es gibt Therapeuten, die mit schwer gestörten Klienten nicht anders umgehen als mit leichter gestörten; sie beziehen sich vielmehr immer auf ihre Grundhaltung und ihre Intuition. (G1)
- Kern einer Therapie kann der Trauerprozess sein, egal wie schwer die Störung ist, die der Klient hat. (G1)
- Es gibt Therapeuten, für die die therapeutische Haltung bei jedem Klienten dieselbe bleibt (G1, G3), und es gelten auch dieselben Bedingungen, die gegeben sein müssen. (G3)

Zugangsweise

- Die Zugangsweise zu Klienten mit Persönlichkeitsstörungen ist bei manchen Therapeuten nicht anders als bei anderen Störungen. (G2)
- Für Therapeuten kann es schwierig sein, explizit etwas über Persönlichkeitsstörungen zu sagen. Bezugnehmend auf die (Beziehungs-)Muster, die im Laufe der Therapie auftauchen, kann man jedoch sagen, dass diese Muster bei Klienten mit einer Persönlichkeitsstörung ein größeres Ausmaß haben, was fast die ganze Person mit ihren Beziehungen betrifft. (G2)

Besonderheiten in der Therapie mit Persönlichkeitsstörungen

Therapieabbrüche

- Bei heftigen Persönlichkeitsstörungen kann es leicht zu Therapieabbrüchen kommen (G2, G3), weil die Klienten sehr große Ängste haben können. (G2)
- Es kann zu Therapieabbrüchen kommen, wenn der Therapeut einen Fehler macht. (G2)

Unterschiede im Arbeiten mit Persönlichkeitsstörungen

- Es gibt Therapeuten, die darauf achten müssen, was sie schwer gestörten Klienten zumuten können. Leichter gestörten Klienten kann man anderes zumuten als Klienten, die z.B. an einer Persönlichkeitsstörung leiden. (G1)
- Es gibt Therapeuten, die behaupten, als Therapeut mehr gefordert zu sein: Es ist mehr Reflexion notwendig, und es ist oft schwierig, den Klienten folgen zu können; außerdem ist es anstrengend und es erfordert eine andere Zeiteinteilung in der Praxis, was zum Beispiel die Terminvergabe betrifft. (G3)

- Es kann sein, dass die Frustrationstoleranz bei schwer gestörten Klienten wesentlich geringer ist als bei Klienten mit einer leichteren Störung, und man kann als Therapeut besonders gefordert sein, hier sehr sensibel zu agieren und bestimmte Grenzen nicht zu überschreiten. (G1)

Störungsbild/Definition/Diagnose – Persönlichkeitsstörung

Störungswissen

- In der Therapie kann es wichtig sein, über das Störungsbild der Persönlichkeitsstörung Bescheid zu wissen (G2, G3, G4); es hilft, in die richtige Richtung zu gehen und somit größere Chancen zu haben, mehr Optionen. (G2)
- Kongruenz in der Therapie kann sehr wichtig sein. Dies kann durch Störungswissen erleichtert werden, wenn der Therapeut weiß, was auf ihn zukommt. (G3)
- Es gibt Therapeuten, die der Meinung sind, dass das Wissen und die Definition von Persönlichkeitsstörung in der therapeutischen Praxis wenig Bedeutung hat. (G4)
- Manche Therapeuten sind der Meinung, dass das Wissen um Persönlichkeitsstörungen nicht beinhaltet, dass jeder Mensch einzigartig ist. (G4)
- Es gibt Therapeuten, die der Meinung sind, dass die Definition von Persönlichkeitsstörungen im Endeffekt eher dazu dient, die Gelder entsprechend zu verteilen und einen Überblick über die Anzahl der betroffenen Personen zu erhalten. (G4)
- Es gibt Therapeuten, die eine klassische Definitionen möglicherweise im Hinterkopf haben; was in einer Definition jedoch nicht vorhanden ist, ist die Tatsache, dass jeder Mensch einzigartig ist. (G4)
- Manche Therapeuten lassen sich auf eine Art Nicht-Wissen ein, um näher zum Erlebensprozess des Klienten zu gelangen, da sie zwar nicht störungsspezifisch arbeiten, jedoch über ein Störungswissen verfügen. (G3)

Störungsspezifisches Vorgehen

- Es gibt Therapeuten, die in der Personenzentrierten Psychotherapie nicht unbedingt störungsspezifisch vorgehen. (G3)
- Es gibt personenzentrierte Therapeuten, die der Meinung sind, dass Störungswissen nicht nur von Vorteil sein kann, sondern dass es falsch wäre, davon auszugehen, kein Störungswissen zu haben. (G3)

Ziele der Psychotherapie/Therapieerfolg

- Manche Therapeuten vertreten die Meinung, dass es ein Therapieerfolg ist, wenn der Klient ohne Hilfe des Therapeuten zurechtkommt. (G1, G4)
- Es gibt Therapeuten, für die es ein Therapieerfolg ist, wenn es ein Klient schafft, sich aus seiner Passivität zu lösen und in eine Aktivität und somit in besserem Kontakt zu sich selbst zu kommen. (G2)
- Die Muster von Klienten zu verstehen und zu erkennen kann ein psychotherapeutischer Erfolg sein. (G2)
- Manche Therapeuten sind der Meinung, dass es Heilung sein kann, wenn der Klient es schafft, zu seinem Problem auf Distanz zu kommen. (G4)

Mit sich selbst in Kontakt kommen

- Es kann sein, dass ein Klient dann mit sich besser in Kontakt ist, wenn es ihm gelingt, sich mit seinen eigenen Ängsten auseinanderzusetzen. (G2)
- Die Beziehung zwischen Therapeut und Klient kann dem Klienten helfen, besser mit sich in Kontakt zu kommen. (G2)
- Es kann sein, dass sich der Klient selbst für sein Wohlbefinden verantwortlich fühlt, wenn er besser mit sich in Kontakt kommt. (G2)
- Wenn der Klient nicht dieselbe Sprache wie der Therapeut spricht, kann es sein, dass er dadurch gehindert wird, zu seinem eigenen Erlebensprozess zu gelangen. (G4)
- Durch eine akzeptierenden und empathische Haltung kann es ermöglicht werden, den Klienten dort abzuholen, wo er steht – auf dem gemeinsamen Weg mit dem Therapeuten kann der Klient mit seinem Erlebensprozess in Kontakt kommen. (G4)

8. Zusammenfassung und Diskussion

Es soll nun das Wesentliche aus dem theoretischen Teil der Arbeit zusammengefasst werden, um anschließend auf die Aussagen der befragten Psychotherapeuten aus dem Personenzentrierten Ansatz einzugehen und diese in Relation mit der vorliegenden Theorie zu setzen.

Die Literaturrecherche sowie der empirische Teil der vorliegenden Arbeit beschäftigen sich mit der personenzentrierten Sichtweise von Persönlichkeitsstörungen. Der Fragestellung: „Wie sieht die Behandlung von Klienten, die an einer Persönlichkeitsstörung leiden, konkret aus?“ wurde sowohl theoretisch als auch praktisch nachgegangen. Im abschließenden Kapitel soll diskutiert werden, ob und welche Antworten der Vergleich von Literatur und Praxis bringt.

In der Literatur der Personenzentrierten Psychotherapie gibt es eine Vielzahl von Autoren, die sich mit der Entstehung und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen befassen.

So ist Sachse in seinem Modell der doppelten Handlungsregulation der Meinung, dass es sich bei Persönlichkeitsstörungen um Beziehungs- oder Interaktionsstörungen handelt. Wesentlich dabei ist, dass seine Art, Beziehungen zu gestalten, schädlich ist – schädlich für den Menschen selbst als auch für seinen Interaktionspartner. In diesem Zusammenhang spricht auch Fiedler von „komplexen Störungen des zwischenmenschlichen Verhaltens“, welches durch „Misstrauen und Argwohn, Distanziertheit in sozialen Beziehungen, Missachtung der Rechte anderer, Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, Heischen nach Aufmerksamkeit, Bedürfnis danach, bewundert zu werden, soziale Hemmung und anklammerndes Verhalten“ charakterisiert ist. (vgl. Kap. 3.1.)

In der psychotherapeutischen Interaktion mit persönlichkeitsgestörten Menschen ist es daher unerlässlich, dem Klient sein Handeln transparent und ihm somit dessen Konsequenzen bewusst zu machen – als Grundvoraussetzung hierfür sei die „hundertprozentige Authentizität des Therapeuten“ genannt. (vgl. Kap. 3.1.)

Heinerth geht in seiner Theorie der Persönlichkeitsstörungen von Rogers' Selbstkonzept aus, wonach gesunde Entwicklung nur dann möglich ist, wenn der Mensch die Erfahrung macht, dass seine Gefühle und Bedürfnisse wahrgenommen werden, was bereits im frühen Kindheits-

bzw. Säuglingsalter durch entsprechende verbale und empathische Begleitung der Bindungsperson erfolgt. Fehlt diese Art der Anerkennung, bleibt das Selbstkonzept lückenhaft, der Mensch hat somit nicht gelernt, sein Bindungserleben zu symbolisieren. (vgl. Kap. 3.2.)

Ebenso wie Heinerth weist auch Swildens darauf hin, dass es dem Klienten aufgrund seiner eingeschränkten bzw. möglicherweise vollkommen versperrten Symbolisierungsfähigkeit nicht möglich ist, die bedingungslose Wertschätzung des Therapeuten wahrzunehmen, was die Überschreitung einer rein empathischen Haltung im Zuge der psychotherapeutischen Interaktion erforderlich macht. In seinem Modell der Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie beschreibt er den persönlichkeitsgestörten Menschen als stockenden Prozess, der durch aktives Eingreifen des Therapeuten wieder in Gang gebracht werden soll. (vgl. Kap. 3.2. und Kap. 5.3.)

Bezugnehmend auf die eigentliche Problemstellung, nämlich ob Störungswissen beziehungsweise störungsspezifisches Vorgehen notwendig ist, um Menschen, die an einer Persönlichkeitsstörung leiden, entsprechend therapeutisch unterstützen zu können, ist Rogers' Haltung klar:

Er distanziert sich vom Diagnostizieren und Klassifizieren und lehnt ein störungsspezifisches Vorgehen ab, da er einerseits das Verschwinden des Individuums hinter einem Typus und andererseits, bedingt durch das mechanische Anwenden von bestimmten Techniken, das Vergessen der adäquaten Grundhaltung befürchtet. (vgl. Kap. 5.1.)

Autoren wie Finke und Teusch, die ebenfalls der Personenzentrierten Psychotherapie zugeordnet werden, vertreten einen weniger konservativen Standpunkt und betonen die Wichtigkeit von störungsspezifischem Wissen in vielen ihrer Texte, da erst dadurch ein empathisches Verstehen des Klienten möglich ist. Darüber hinaus bezeichnen sie die Personenzentrierte Psychotherapie als Herausforderung für die Psychiatrie; gleichzeitig betonen sie, dass es umgekehrt genauso sein sollte - die Personenzentrierte Psychotherapie sollte sich von der Psychiatrie herausfordern lassen und sowohl Theorie als auch Praxis entsprechend erweitern. (vgl. Kap. 5.1.)

Im empirischen Teil wurden vier Therapeut/innen aus dem Bereich der Personenzentrierten Psychotherapie über deren praktischen Umgang mit persönlichkeitsgestörten Klienten befragt.

Ist ein störungsspezifisches Wissen wirklich notwendig; was sind die Unterschiede zur therapeutischen Interaktion mit nicht persönlichkeitsgestörten Patienten; wie wird die Methode an die Klienten angepasst bzw. werden verschiedene Persönlichkeitsstörungen und deren Behandlung entsprechend differenziert?

Bei der Auswertung der Gespräche ergab sich erwartungsgemäß keine einheitliche Linie aller Therapeut/innen; die Ansichten und Philosophien in der Behandlung von persönlichkeitsgestörten Klienten divergieren teilweise beträchtlich.

So hält beispielsweise Therapeutin 2 ein spezifisches Wissen um das Störungsbild für essenziell wichtig, um ein Maximum an Therapieoptionen zur Verfügung zu haben und gleichzeitig Kongruenz, Akzeptanz und Empathie zu verbessern. Therapeutin 3 geht sogar so weit zu sagen, dass es absolut falsch wäre, kein Störungswissen zu haben. Sie geht davon aus, Störungswissen zu besitzen und aus diesem Grund betont sie, wie wichtig es ist, sich auf eine Art „Nicht-Wissen“ einzulassen.

Therapeut 4 hingegen stellt fest, dass ein zu ausgeprägtes störungsspezifisches Wissen gar die Gefahr birgt, die Einzigartigkeit des Menschen nicht mehr hinreichend zu beachten. Er kritisiert weiters, dass die Definition von Persönlichkeitsstörungen im Endeffekt eher dazu dient, die Gelder entsprechend zu verteilen und einen Überblick über die Anzahl der betroffenen Personen zu erhalten.

Als Besonderheit bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen nennen Therapeutin 2 und 3 die Tatsache, dass die Therapie sehr abbruchsgefährdet ist; vor allem Fehler des behandelnden Therapeuten können diesbezüglich schnell schwerwiegende Konsequenzen haben, so Therapeutin 2. Um dies zu vermeiden, hält Therapeutin 3 ein adäquates Reflektieren sowie eine sehr genaue Zeiteinteilung für unerlässlich. Als weiteres die Therapie erschwerendes Merkmal betont Therapeutin 1 die sehr geringe Frustrationstoleranz von persönlichkeitsgestörten Klienten.

Laut Therapeutin 1, 2 und 3 bleibt die empathische Grundhaltung im Vergleich zur Therapie mit nicht persönlichkeitsgestörten Klienten jedoch dieselbe und dient als Basis für eine erfolgreiche therapeutische Interaktion. Therapeutin 1 bezeichnet Empathie gar als wichtigste Grundhaltung. Für Therapeut 4 ist es wichtig, das Verhalten seiner Klienten als „Leistung“ zu sehen, um ihnen so die entsprechende Wertschätzung entgegen bringen zu können. Dem

Klienten eine Beziehung im „Hier und Jetzt“ anbieten zu können ist für Therapeut/in 1, 2 und 4 unumgänglich, da so die Grundvoraussetzung geschaffen wird, um überhaupt in eine funktionierende therapeutische Interaktion mit dem Klienten treten zu können. Therapeutin 1 erwähnt außerdem die Tatsache, dass die Arbeitsweise zu einem Teil ihrer Persönlichkeit geworden ist und sie, bedingt durch die jahrelange Erfahrung, teils sehr intuitiv agiert.

Therapeut/in 1 und 4 bieten ihren Klienten alternative Möglichkeiten, wie z.B. Focusing, Aufstellung oder Bio-Resonanz an, die das rein personenzentrierte Arbeiten mit den drei Grundvariablen übersteigen. Auch Therapeutin 3 ist der Meinung, dass in Bezug auf zusätzliche, die klassische Therapie erweiternde Maßnahmen keine Grenzen gesetzt sind, solange sie stimmig sind, zur jeweiligen Situation passen und das Verständnis zwischen Therapeut und Klient begünstigen. Auch medikamentöse Entspannung wird von Therapeut 4 in diesem Zusammenhang genannt.

Brauchen wir also Störungswissen und störungsspezifische Konzepte, um personenzentriert arbeiten zu können?

Diese Frage stellen sich viele personenzentrierte Autoren, doch auch die Befragung von Experten aus der Praxis gibt hier keine eindeutige Antwort. Dass es ein Vorteil ist, über Störungswissen zu verfügen, wird kaum bestritten, und wenn man bedenkt, dass sich Psychotherapeuten im Zuge ihrer Ausbildung eine beträchtliche Menge an theoretischem Störungswissen aneignen, erübrigt sich diese Frage in gewisser Weise.

Dennoch ist im Personenzentrierten Ansatz ist in erster Linie die Grundhaltung gegenüber dem Klienten von Bedeutung. Auch wenn diese in manchen Fällen überschritten werden kann bzw. muss, heißt das nicht unbedingt, dass den Roger'schen Prinzipien nicht mehr Genüge getan wird. Finke und Teusch (2002) weisen darauf hin, dass die beiden Pole Technik und Therapie nicht verabsolutiert werden, sondern vielmehr beide Pole voneinander profitieren sollten.

Schmid (2005) stellt die Frage, warum es die Diskussionen um störungsspezifische Konzepte überhaupt gibt, und nennt als Hauptgrund die Notwendigkeit, jenen zu antworten, die der Personenzentrierten Psychotherapie den Vorwurf machen, dass ihr Ansatz den Kriterien für wissenschaftliche Arbeit und Forschung nicht genügt – dieses strenge Urteil mancher Zweifler auszuräumen wird die große Herausforderung der Personenzentrierten Psychotherapie der nächsten Jahre sein.

9. Literaturverzeichnis

Adam, A & Peters, M (2003). Störungen der Persönlichkeitsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Arolt, V., Reimer, C. & Dilling, H. (2007). Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Heidelberg [u.a.]: Springer.

Barnow, S. (2007). Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlung. Mit fünf Fallbeispielen. Bern: Huber

Binder, U. & Binder, H.-J. (1991). Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie. Eschborn: Klotz.

Binder, U. & Binder, H.-J. (1998). Klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen. Neue Handlungs- und Theoriekonzepte zur Veränderung. Eschborn: Klotz

Binder, U. (1999). Empathieentwicklung und Pathogenese in der klientenzentrierten Psychotherapie. Eschborn: Klotz.

Biermann-Ratjen, E.-M. (1997). Eine klientenzentrierte Krankheitslehre. Person 1, 48-55.

Biermann-Ratjen, E.-M. (1998). Was bedeutet gesprächspsychotherapeutisches Arbeiten mit Patienten mit einer Borderline-Störung. In: GwG, S. 58-61.

Bronisch, T. (2000). Persönlichkeitsstörungen. In: Möller, H.-J., Laux, G., Kapfhammer, H.-P., Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Dilling, H. (2006). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Bern: Verlag Hans Huber.

Dulz, B. & Eckert, J. (2007). Psychotherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Reimer, C. (2007). Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. Berlin: Springer.

Dittmann, V., Stieglitz, R.D. (1996). Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen Erwachsener. In: Freyberger, J.H., Stieglitz, R.D. (Hrsg): Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie. Karger: Basel

Eckert, Jochen (1987). Zur Diagnose von Borderline-Störungen. GwG-Zeitschrift 68, 46.

Eckert, J., Grieb G. & Wuchner M. (1990). Behandlungsziele und Ergebnisse bei Borderline-Patienten. In: Behr, M., Esser U., Petermann F., Sachse R., Tausch R. (1994). Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie (S. 199-215). Köln: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie.

Eckert, J. (1997). Welcher Klient mit welcher Störung profitiert von einer Gesprächspsychotherapie? Entwicklung und Stand der Indikationsfrage in der Klientenzentrierten Psychotherapie. Person 1, 40-47.

Eckert, J., Dulz, B., Makowski C. (2000). Die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 45 (5), 271-285.

Eckert, Jochen (2004). Zur Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie. In: *Forum der Psychoanalyse*, 20, Nr. 2, S. 244-247.

Eckert, J., Biermann-Ratjen, E. & Höger, D. (2006). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. Berlin: Springer.

Fehringer, C. (2005). Brauchen wir Störungswissen, um personenzentriert arbeiten zu können? *Person*, 9 (1), 42-49.

Fiedler, P. (2003). Persönlichkeitsstörungen. In: Reinecker, H. (2003). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Modelle psychischer Störungen* (S. 275 – 301). Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verlag für Psychologie.

Finke, J. (1991). Die Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie am Beispiel der Depression. In: Finke J. & Teusch L. (Hrsg), *Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen* (S. 73-82). Heidelberg: Asanger.

Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart (u.a.): Thieme.

Finke, J. (1996). Störungsspezifische Behandlung als Voraussetzung stationärer Gesprächspsychotherapie bei schweren psychischen Störungen. In: Friedlingsdorf-Appelt C., Pabst H. und Speierer G.-W. (Hrsg), *Gesprächspsychotherapie: Theorie, Krankheitsbehandlung, Forschung* (S. 105-115). Köln: GwG-Verlag.

Finke, J. (1999). Das Verhältnis von Krankheitslehre und Therapietheorie in der Gesprächspsychotherapie. *Person* 2, 131-138.

Finke J. & Teusch L. (2001). Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Damman G. & Jannsen P.-L. (Hrsg), *Psychotherapie der Borderline-Störungen* (S. 134-143). Stuttgart: Thieme.

Finke, J. & Teusch, L. (2002a). Die störungsspezifische Perspektive in der Personenzentrierten Psychotherapie. In: Keil W., & Stumm G. (Hrsg), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 147-162). Wien, New York: Springer.

Finke, J. & Teusch, L. (2002b). Personenzentrierte Psychotherapie in der Psychiatrie. In: Keil W., & Stumm G. (Hrsg), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 477-498). Wien, New York: Springer.

Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie – Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.

Finke, J. (2005). Beziehung und Technik. Beziehungskonzepte und störungsbezogene Behandlungspraxis der Personenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 9 (1), 51-63.

Haas, O. de (1988). Strukturierte Gesprächstherapie bei Borderline- Klienten. *GwG-Zeitschrift* 71, 64-69.

Heinerth, K. (1997). Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Eckert, J., Höger D. und Linster, H.-W. (Hrsg) (1997). Praxis der Gesprächspsychotherapie - Störungsbezogene Falldarstellungen (S. 50-72). Stuttgart: Kohlhammer.

Heinerth, K. (2002). Versperrte und verzerrte Symbolisierungen. Zum differentiellen Verständnis von Persönlichkeits- und neurotischen Störungen in Theorie und Praxis. In: Iseli, C., Keil, W.W., Korbei, L., Nemeskeri, N., Rasch-Owald, S., Schmid, P.F. und Wacker, P.G. (Hrsg.) (2002). Identität – Begegnung- Kooperation. Person-/ Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende. Köln: GwG-Verlag.

Heinerth, K. (2007). Differenzielles Verstehen bei verzerrter und versperrter Symbolisierung. In: Kriz J. & Slunecko T. (Hrsg). Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Henning, H. (1989). Bemerkungen zum Borderline-Syndrom. GwG-Zeitschrift 76, 348-349

Höger, D. (2006). Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In: Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M., Höger, D. (Hrsg.): Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis (S. 37-72). Springer: Heidelberg.

Humphreys, M.-P. & Finke, J. (1994). Gesprächspsychotherapie bei Patienten mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen. In: Teusch, L. Finke J. und Gastpar M. (Hrsg), Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Störungen (S. 53-60). Heidelberg: Asanger.

Hutterer, R. (1996). Rogerianische Psychotherapie schwerer Störungen. In: Hutterer-Krisch R. (Hrsg), Psychotherapie mit psychotischen Menschen (S. 504-516). Wien New York: Springer.

Hutterer, R. (2005). Eine Methode für alle Fälle. Differentielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Klärungen und Problematisierungen. Person, 9 (1), 21-38.

Keil, Wolfgang W. (1998). Der Stellenwert von Methoden und Techniken in der Klientenzentrierten Psychotherapie. Person 1, 32-44.

Keil, Wolfgang W. (2002). Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie. Wien: Springer.

Kernberg, Otto F. (1988): Innere Welt und äußere Realität. Anwendungen der Objektbeziehungstheorie. Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse.

Kernberg, Otto F. (1996a). Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien. Stuttgart: Klett-Cotta.

Kernberg, Otto F. (1996b): Ein psychoanalytisches Modell der Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapeut 41, 288-296.

Kernberg, Otto F. (2000). Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer.

- Kouwenhoven, M., Klitz, R., Elbing, U. (2002). Schwere Persönlichkeitsstörungen. Transaktionsanalytische Behandlung nach dem Cathexis-Ansatz. Wien [u.a.]: Springer.
- Kretschmer, E. (1977). Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten. Berlin [u.a.]: Springer.
- Kritz, J. (2007). Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Pervin, L.A., Cervone, D. & John O.P. (2005). Persönlichkeitstheorien. München [u.a.]: Reinhardt.
- Petrilowitsch, N. (1960). Abnorme Persönlichkeiten. Basel [u.a.]: Karger.
- Reimer, C. (2007). Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. Berlin: Springer.
- Reinecker, H. (1999). Fallbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Reinecker, H. (2003). Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Modelle psychischer Störungen. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Rogers, C. R. (1984). Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung. Das personenzentrierte Konzept in Psychotherapie, Erziehung und Wissenschaft. Wien: Österreichischer Bundes-Verlag.
- Rogers, C. R. (1997). Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Rogers, C.R. (1998). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehung. Köln: GwG-Verlag.
- Rogers, C. R. (2000). Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C.R. (2002). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln: GwG-Verlag.
- Rogers, C. R. (2004). Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. München: Kindler Verlag GmbH.
- Sachse, R. & Maus C. (1991). Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachse, R. (1992). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. Eine grundlegende Neukonzeption. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Sachse, R. (1997). Persönlichkeitsstörungen: Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile. Göttingen: Hogrefe.

- Sachse, R. (1999). Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie. Göttingen: Hogrefe
- Sachse, R. (2001). Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Sachse, R. (2001). Persönlichkeitsstörung als Interaktionsstörung: Der Beitrag der Gesprächspsychotherapie zur Modellbildung und Intervention. In: Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie, 6 (2): 282-292
- Sachse, R. (2002). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. In: Keil, W.W. & Stumm G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie (S. 265-284). Wien, New York: Springer.
- Sachse, R. (2004). Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie. Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
- Sachse, R. (2006). Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Saß, H. (2001). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Sauer, J. (1993). Zur Wirksamkeit klientenzentrierter Psychotherapie. Psychotherapie Forum, 1 (2), 67-78.
- Schmid, P.F. (2002). Anspruch und Antwort: Personzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In: Keil W.W. & Stumm G. (Hrsg), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie (S. 75-105). Wien, New York: Springer.
- Schmid, P.-F. (2005). Kreatives Nicht-Wissen. Zu Diagnose, störungsspezifischem Vorgehen und zum gesellschaftskritischen Anspruch des Personzentrierten Ansatzes. Person, 9 (1), 45-49.
- Speierer, G.-W. (1989). Die Krankheitslehre der klientenzentrierten Psychotherapie. In: Sachse, R. und Howe, J. (Hrsg), Die Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie (S. 37-53). Heidelberg: Asanger.
- Speierer, G.-W. (1994). Das Differentielle Inkongruenzmodell. Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung. Heidelberg: Asanger
- Speierer, G.-W. (2000). Neue Ergebnisse der ambulanten und stationären Gesprächspsychotherapie. Köln: GwG-Verlag.
- Speierer, G. W. (2002a). Das differenzielle Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie. In: Keil W., & Stumm G. (Hrsg). Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie (S. 163-187). Wien, New York: Springer.
- Speierer, G. W. (2002b). Diagnose und Indikationsstellung im differenziellen Inkongruenzmodell (DIM). In: Kriz J. & Slunecko T. (Hrsg). Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes (S. 191-206). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Spielhofer H. (1999). Empathie, hermeneutisches Verstehen oder Konstruktion? Das Erkenntnisverfahren in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Person* 2, 122-130.

Spielhofer H. (2005). Selbststrukturen bei narzisstischen Störungen und Borderline-Persönlichkeiten. *Person*, 9 (1), 65-79.

Swildens, Hans (1991). Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Eine Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen. Köln: GWG-Verlag. Darin Kapitel VI: Borderline, Narzißmus

Swildens, Hans (1989). Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung des Borderline-Syndroms. *GwG-Zeitschrift* 75, 205-211.

Swildens, Hans. Gesprächspsychotherapie bei Borderline Patienten. In: Teusch et al. 1994, S. 49-52.

Swildens, H. (2002). Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. In: Keil W.W. & Stumm G. (Hrsg.). *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie*. Wien: Springer, (S. 187-206)

Teusch, L. (1993). *Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung*. Heidelberg: Asanger.

Teusch, L. (1994). *Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Störungen. Neue Konzepte und Anwendungsfelder*. Heidelberg: Asanger.

Tscheulin, D. (1983). *Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie. Zur Diskussion um eine differentielle Gesprächspsychotherapie*. Weinheim [u.a.]: Beltz.

Tscheulin, D. (1994). *Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention*. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verlag für Psychologie.

Zusammenfassung/ Abstract

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der personenzentrierten Sichtweise von Persönlichkeitsstörungen. Es wird der Frage nachgegangen, ob sich die Behandlung von Klienten mit einer Persönlichkeitsstörung von Klienten mit einer anderen Störung unterscheidet. Dazu werden Psychotherapeut/innen aus dem personenzentrierten Ansatz mit der Methode des „persönlichen Gesprächs“ von Inghard Langer befragt. Der Focus liegt hier bei der Fragestellung, ob bei dieser Klientengruppe ein störungsspezifisches Vorgehen sinnvoll ist. Schließlich werden die Ergebnisse aus dem empirischen Teil mit dem Forschungsstand der Literatur verglichen.

The current paper deals with the personcentered perspective of personality disorders. The question is raised whether there is a difference between the therapy of clients with personality disorders and clients with other mental disorders.. Therefore psychotherapists will be questionend about this topic using Inghard Langer's „one-on-one interview“ method. The focus lies on the question if a disorder- specific procedure makes sense for this client group. Finally the results oft the empirical section will be compared with the research of literatur.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Andrea Martinovsky
Geburtsdatum	26. Dezember 1983
E-Mail:	andrea.martinovsky@gmail.com

Ausbildung

1990 -1994	Volksschule Weinburg
1994 - 1998	Öko-Hauptschule Ober-Grafendorf
1998 - 2002	Bundesoberstufenrealgymnasium St. Pölten
2002 - 2012	Universität Wien (Diplomstudium Pädagogik)

Studienbezogene Praktika

Juli 2003	Betreuerin in einem Ferienlager bei den NÖ Kinderfreunden (2 Wochen)
Aug. 2007	Praktikum im Neurologischen Zentrum am Rosenhügel in der neuropsychiatrischen Abteilung für Kinder und Jugendliche mit Behindertenzentrum
Okt. 2007 – Juni 2008	Praktikum bei e.motion – Verein für Equotherapie
Juli 2008	Betreuerin in einem Kinderzeltlager mit österreichischen Kindern und Tschernobyl-Opfern bzw. ukrainischen Waisenkindern in Zusammenarbeit mit Global 2000
Nov-Dez 2008	Praktikum im Krisenzentrum Hammerschmidtgasse (Einzelbetreuung einer Jugendlichen)

Berufliche Tätigkeiten

2008 – heute	Sozialpädagogin im Verein Oase
--------------	--------------------------------