



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

Zu diesem Buch

Persönlichkeit zu verstehen als eine mehr oder weniger gelungene Integration von (traumatisierten) Anteilen führt zu einem neuen Verständnis dessen, was eine Persönlichkeitsstörung ausmacht, und zu völlig neuen verhaltenstherapeutischen Therapietechniken. Das Buch wendet sich an den fortgeschrittenen Therapeuten, der bereits ein Therapieverfahren zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen beherrscht, aber auch an Therapeuten, die sich in Ausbildung an den verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstituten befinden.

Die Reihe »Leben Lernen« stellt auf wissenschaftlicher Grundlage Ansätze und Erfahrungen moderner Psychotherapien und Beratungsformen vor; sie wendet sich an die Fachleute aus den helfenden Berufen, an psychologisch Interessierte und an alle nach Lösung ihrer Probleme Suchenden.

Alle Bücher aus der Reihe »Leben Lernen« finden Sie unter:
www.klett-cotta.de/lebenlernen

Rolf Dieter Trautmann

Behaviorale Ego-State-Therapie bei Persönlichkeits- störungen

Klett-Cotta

Leben Lernen 295



Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2017 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung eines Fotos von © srckomkrit/Adobe Stock

Gesetzt aus der Documenta von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Kösel, Krugzell

ISBN 978-3-608-89185-0

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten

sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

Das Buch ist meinem lieben Sohn Jan Dario gewidmet.

Inhalt

Vorwort	9
Einleitung	11
1 Die Persönlichkeitstheorie von Theodore Millon	17
2 Die Ego-State-Therapie	29
2.1 Die ursprüngliche Ego-State-Therapie.....	29
2.2 Behaviorale Ego-State-Therapie	38
3 Konzeption von Persönlichkeitsstörung	53
3.1 Grundlegende Merkmale von Persönlichkeitsstörungen	53
3.2 Differentialdiagnostische Überlegungen	62
3.3 Grundsätze für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen	70
4 Plausible Erklärungsmodelle	84
5 Allgemeine Grundlagen der Behandlung	91
5.1 Beziehungsgestaltung.....	94
5.2 Grundlegendes Behandlungssetting	97
6 Spezifische Behandlung der einzelnen Störungen	107
6.1 Behandlung der narzisstischen Störung	107
6.2 Behandlung der histrionischen Störung	124
6.3 Behandlung der Borderline-Störung	142
6.4 Zwangsstörungen, hypochondrische Störungen und Sucht	152
6.5 Weitere Beispiele für das konkrete Vorgehen der BEST	161
6.6 Behandlung der schizotypen Störung	171

7	Konsequenzen des Ego-State-Modells für die Krisenintervention	177
8	Zusammenfassung	186
	Literatur	191

Vorwort

Die Veröffentlichung meines ersten Buches (Trautmann 2004) erfolgte noch aus einer Situation heraus, in der ich als leitender Oberarzt einer psychosomatischen Klinik arbeitete. Diese Publikation entstand auf der Grundlage von Fortbildungen, die ich an verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstituten zum Thema Persönlichkeitsstörungen abgehalten hatte, und von Supervisionen, die ich mit Therapeuten aus der Klinik durchgeführt hatte. In diesem Buch orientierte ich mich noch sehr an den Veröffentlichungen, die zum damaligen Zeitpunkt über Persönlichkeitsstörungen vorlagen, um meine Seminare und Supervisionen auf eine wissenschaftliche Basis zu stellen. Eigene Ideen, wie Persönlichkeitsstörungen meiner Meinung nach behandelt werden sollten, habe ich eher am Rande dargestellt. Seit 2006 arbeite ich in eigener Praxis und kann hier meine Vorstellungen, wie Therapien von persönlichkeitsgestörten Patienten durchzuführen sind, konsequent umsetzen (sofern nicht irgendwelche Gutachter meinen, das sei nicht verhaltenstherapeutisch). Für wissenschaftliche Begleituntersuchungen fehlen mir hier allerdings die zeitlichen und materiellen Kapazitäten. Deswegen habe ich lange gezögert, ein neues Buch zu schreiben. Ich halte aber nach wie vor bei mehreren VT-Ausbildungsinstituten Seminare zu diesem Thema und werde dort immer wieder gefragt, ob das, was ich vortrage, irgendwo veröffentlicht ist. Offenbar gibt es hier ein großes Bedürfnis der Ausbildungskandidaten sowohl nach guten Theorien, mit deren Hilfe sie das Verhalten ihrer Patienten besser verstehen können, vor allem aber nach konkretem Handwerkszeug, das sie in den Therapiesitzungen mit ihren Patienten unmittelbar verwenden können. Diesem Bedürfnis möchte ich mit diesem Buch gerne Rech-

nung tragen. Es enthält zudem eine Reihe von Abbildungen, die ich in der konkreten Arbeit mit den Patienten benutze und die Sie gerne für Ihre Therapiestunden verwenden können. Da mich auch meine Patienten häufig fragen, ob sie das, was ich ihnen an die Tafel male (s. Kap. 5.2), irgendwo nachlesen können, versuche ich, in einem Stil zu schreiben, den auch die meisten Patienten gut verstehen können.

Da der Schwerpunkt des Buches im praktischen, nicht im wissenschaftlichen Bereich liegt, verwende ich keinen unpersönlichen Stil, sondern schildere durchgängig meine persönliche Meinung, wie sie in den letzten über 30 Jahren Therapieerfahrung und Literaturstudium entstanden ist. Da ich in dieser Zeit sehr viel supervisorisch tätig war, habe ich viel mehr Patientenfälle mit beeinflusst, als ich Patienten selbst konkret behandelt habe. Ich schätze, dass ich die Behandlung von mindestens 30 000 Patienten mit beeinflusst habe. Zu den eigenen Erfahrungen kommt seit gut 30 Jahren die bevorzugte Lektüre zum Thema Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen, wovon ich nur einen geringen Teil im Literaturverzeichnis aufführe. Auf diesen Erfahrungen gründen sich die Aussagen in diesem Buch.

Das Thema »Persönlichkeitsstörungen« verleitet zum Polarisieren und Schwarz-Weiß-Denken, was dann auch im Sprachstil zum Ausdruck kommt. Konkret bedeutet dies, dass ich möglicherweise an vielen Stellen im Text Meinungen und Erfahrungen von mir einfach als Tatsachen darstelle und nicht im Einzelnen diskutiere, ob man es auch anders sehen könnte. Die Auseinandersetzung darüber, was eine Persönlichkeitsstörung eigentlich ist und wie man sie am besten behandelt, ist noch lange nicht beendet (was auch auf alle anderen psychischen Störungen zutrifft). Insofern ist dieses Buch als ein Diskussionsbeitrag aufzufassen, der die weitere Klärung eher anregen soll, anstatt bereits eine fertige Lösung zu bieten.

Erneut hat mich Frau Dr. Treml-Begemann vom Klett-Cotta-Verlag dazu motiviert, dieses Projekt in Angriff zu nehmen, und mich bei der Umsetzung konkret unterstützt, dafür meinen herzlichen Dank. Mein Dank gilt auch meiner Praktikantin, Frau M. sc. Teresa Weller, sowie meiner Weiterbildungsassistentin Andrea Weder, die das Manuskript Korrektur gelesen haben.

Einleitung

Die Literatur zu Persönlichkeitsstörungen – auch aus verhaltenstherapeutischer Perspektive – hat in den letzten ca. 10 Jahren enorm zugenommen, sodass ich hier auch nicht ansatzweise den Anspruch verfolgen möchte, diese zusammenfassend darzustellen. Ich werde mich beim Zitieren auf diejenigen Arbeiten beschränken, die jeweils unmittelbar mit der Theorie oder Technik zu tun haben, die ich gerade darzustellen versuche. Weiterhin gibt es außer für die Borderline-Störung (Dialektische Verhaltenstherapie, DBT) (Linehan 1993, Bohus & Wolf 2009) für die übrigen Persönlichkeitsstörungen vonseiten der Verhaltenstherapie »im engeren Sinne« weder einen spezifischen Erklärungsansatz für deren Entstehung noch eine spezifische Behandlungsform. Wenn man die Schematherapie (Young et al. 2003, Jacob & Arntz 2014, Jacob & Seebauer 2014), die schemazentrierte emotiv-behaviorale Therapie (SET) (Zorn & Roder 2011), die Acceptance und Commitment Therapie (ACT) (Hayes et al. 1999, Eifert 2014, Flaxman et al. 2014, Pleger et al. 2014) oder die klärungsorientierte Psychotherapie von Sachse (2003, Sachse et al. 2011) als Weiterentwicklungen der Verhaltenstherapie ansieht, gibt es allerdings durchaus Erklärungs- und Therapiemodelle. Diese Ansätze liefern auch komplettere Darstellungen der gesamten Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, als ich es in diesem Buch leisten kann. Es geht mir hier mehr darum, einige grundsätzliche neue Ideen zu dem hinzuzufügen, was bereits an empirisch gut fundierten Ansätzen wie beispielsweise DBT (ich möchte gar nicht den Versuch unternehmen, die Vielzahl von empirischen Untersuchungen zur DBT zu zitieren), Schematherapie (z.B. Bamelis et al. 2011), SET, ACT oder klärungsorientierter Therapie (Sachse & Sachse 2009)

vorliegt. Das Buch richtet sich daher nicht primär an den Anfänger, der eine komplette Anleitung dafür sucht, wie man Persönlichkeitsstörungen behandelt, sondern eher an den erfahrenen Therapeuten, der bereits gute Kenntnisse in einem anderen etablierten Behandlungsverfahren hat und der nach weiteren Ideen sucht, wie er/sie seine/ihre Behandlungstechnik noch verbessern kann. Andererseits profitiert aber auch vielleicht der Therapeut in Ausbildung gerade durch die vielen Abbildungen, die er/sie unmittelbar in der Arbeit mit den Patienten verwenden kann, und durch die Fallbeispiele.

DSM-IV (Saß et al. 1996, 2003) und ICD-10 (Dilling et al. 1993) behindern die weitere Entwicklung mehr, als dass sie nützen, weil in beiden Diagnosemanualen versucht wird, Persönlichkeitsstörungen auf einer Ebene zu definieren, die möglichst objektiv und reliabel sein soll. Auch DSM-5 (American Psychiatric Association 2013) stellt in dieser Hinsicht keine Weiterentwicklung dar. Dies führt aber dazu, dass hier jeweils auf der *Verhaltensebene* Prototypen beschrieben werden, die der Vielfalt, in der sich Persönlichkeitsstörungen äußern können, nicht gerecht wird. Eine grundlegende Theorie, was man unter einer Persönlichkeitsstörung verstehen sollte, wird – was explizit auch so gewünscht ist – in diesen Manualen nicht geliefert. Entsprechend lassen sich daraus auch keine Therapiestrategien ableiten. Dies wäre vergleichbar damit: Wenn man jemandem erklären wollte, was ein Hund ist, und würde dann den Deutschen Schäferhund als Prototyp beschreiben, würde man den übrigen Hunderassen nur mehr oder weniger gerecht werden (s. Abb. 1, S. 13).

Ich habe demgegenüber versucht, mir eigene Theorien zurecht-zu»basteln« zur Definition von Persönlichkeitsstörung allgemein als auch zu den einzelnen, spezifischen Persönlichkeitsstörungen, um daraus Therapiestrategien und konkrete Therapietechniken ableiten zu können. Diese Definition basiert im Wesentlichen auf der Persönlichkeitstheorie von Theodore Millon (der leider am 29.1.2014 verstorben ist); diese wird in Kapitel 1 kurz dargestellt. Millon war wesentlich daran beteiligt, die International Society for the Study of Personality Disorders zu gründen und war zusammen mit Allen Frances, der in seinem Buch »Normal« (Frances 2013) DSM-5 heftig



Abbildung 1: Der prototypische Ansatz in DSM und ICD-10, übertragen auf Hunde*

kritisiert, erster Herausgeber des Journal of Personality Disorders (Livesley & Krueger 2014, Simonsen 2014). Ich sehe die Situation im Hinblick auf die Persönlichkeitsstörungen ähnlich wie Frances bezüglich psychischer Störungen allgemein: »Was psychische Störungen angeht, leben wir in der besten und zugleich schlimmsten Zeit. Die beste Zeit ist es deshalb, weil wir so viele erfahrene Kliniker haben und weil so viele Therapien zur Verfügung stehen; die schlechteste, weil so viele Menschen behandelt werden, die es nicht brauchen, während andere, die tatsächlich krank sind, unbehandelt bleiben, und weil so viele unerfahrene Kliniker ungenaue Diagnosen stellen und unangemessene Therapien einleiten.« (Frances 2013, S. 317)

Aufgrund der Theorie und der praktischen Vorgehensweise der Ego-State-Therapy, wie sie von Watkins & Watkins (2003) entwickelt wurde, ging ich zunächst davon aus, dass meine verhaltenstherapeutische Umsetzung insbesondere für die Behandlung von histrionischen Persönlichkeitsstörungen geeignet sein müsste. Damit Sie diese Idee nachvollziehen können, werde ich die Grundaussagen

* Hunderassen, aus: Landa, Das große Kinder Lexikon, S.102; © 1996 Loewe Verlag GmbH, Bindlach; Illustrationen: Ludwig Winkler.

der ursprünglichen Ego-State-Therapie in Kapitel 2 auf knappem Raum darstellen. Mittlerweile wende ich diese Therapieform aber auch bei (fast) allen anderen Störungen an, die ich in meiner Praxis behandle – ob Persönlichkeitsstörung oder nicht. Ich werde im 2. Kapitel auch die Unterschiede zwischen der von mir entwickelten behavioralen und der ursprünglichen Ego-State-Therapie herausstellen. Ich habe sie übrigens absichtlich »behaviorale« Ego-State-Therapie genannt, damit ich sie mit BEST abkürzen kann. Das hat etwas leicht Narzisstisches, was offensichtlich besser ankommt als die bescheidenere histrionische Variante als verhaltenstheoretische Ego-State-Therapie VEST. Solange ich Seminare angeboten habe mit dem Titel »Ego-State-Therapie bei histrionischen Störungen«, gab es dafür kaum Anmeldungen, seit ich sie BEST für narzisstische Störungen nenne, funktioniert das viel besser.

Für alle Persönlichkeitsstörungen gibt es einige grundlegende Strategien, die beachtet werden sollten, damit die Behandlung insgesamt erfolgreich durchgeführt werden kann. Diese Grundsätze werden in Kapitel 3 ausführlich dargestellt, da ohne Berücksichtigung dieser Grundsätze der Einsatz der konkreten Techniken, die den Hauptschwerpunkt des Buches ausmachen, nicht sinnvoll erfolgen kann.

Ich werde in diesem Buch nicht mehr alle Persönlichkeitsstörungen besprechen, da die meisten in der Praxis kaum vorkommen – allenfalls als differentialdiagnostische Überlegungen (s. Kap. 3.2). Eine Ausnahme mache ich, weil ich in Supervisionen immer wieder erlebe, dass die schizotype Störung (die ich *nicht* als Persönlichkeitsstörung sehe) den meisten Kollegen überhaupt nicht bekannt ist und häufig mit der narzisstischen Störung verwechselt wird; sie benötigt aber ein völlig anderes therapeutisches Vorgehen. Da sie nach wie vor auch in DSM-5 (American Psychiatric Association 2013) und von vielen Kollegen (z. B. Merod 2005 b) als Persönlichkeitsstörung angesehen wird, hat es vielleicht doch eine Berechtigung, sie in diesem Buch kurz darzustellen. Den allermeisten Symptomstörungen, die in der verhaltenstherapeutischen und psychiatrischen Praxis vorkommen, liegen drei Persönlichkeitsstörungen zugrunde: die nar-

zisstische, die histrionische oder die Borderline-Störung. Die Darstellung wird sich daher im Wesentlichen auf diese drei Störungen beschränken. In Kapitel 4 werden die plausiblen Erklärungsmodelle für diese Störungen beschrieben, wie sie den Patienten dargeboten werden, einerseits als Abbildung, andererseits als kognitiv-emotionales Schema.

Der Hauptteil des Buches, Kapitel 5 und 6, beschreibt das konkrete therapeutische Vorgehen anhand der typischen Themen, die immer wieder bei den spezifischen Persönlichkeitsstörungen vorkommen, und die Techniken, die von mir eingesetzt werden, welche aus dem Ego-State-Modell abgeleitet sind. Wie bereits erwähnt, benutze ich in der Therapie dieser Störungen auch Techniken aus anderen Therapieverfahren, die ich aber nicht darstelle, weil es mir hier nur darum geht, die Techniken der behavioralen Ego-State-Therapie ausführlich zu beschreiben, sodass sie jeder Therapeut in sein übliches Vorgehen einbauen kann. Wo immer es hilfreich erscheint, werde ich konkrete (anonymisierte) Fallbeispiele darstellen. Diese sind natürlich immer aus dem Zusammenhang gerissen, d. h., Sie müssen grundsätzlich immer unterstellen, dass bereits eine tragfähige Therapeut-Patient-Beziehung vorliegt und dass sich die dargestellte Szene im Rahmen einer Gesamtbehandlungsstrategie abspielt. Ich habe dabei meist die erste Phase einer Therapie im Fokus, weil sich hier entscheidet, ob die Therapie einen guten Verlauf nimmt. Ich vergleiche Therapie gerne mit dem Schachspiel; auch hier geht es zunächst darum, eine gute Eröffnung zu spielen und nicht gleich den Blick darauf zu richten, wie man den Gegner mattsetzen kann.

Es wird überraschen, dass man auch ein Kapitel über Zwangsstörungen, hypochondrische Störungen und Sucht in diesem Buch findet. Nach meiner grundlegenden Konzeption von Persönlichkeitsstörungen, wie sie in Kapitel 3 dargestellt wird, handelt es sich bei diesen Störungen in den meisten Fällen auch um Persönlichkeitsstörungen, und ich erachte die behaviorale Ego-State-Therapie gerade bei diesen Störungen als die geeignetste Vorgehensweise.

Da ich in Kapitel 3,3 eine etwas eigenwillige Unterscheidung zwischen Krisenintervention und Therapie vorgenommen habe, möchte

ich in Kapitel 7 darauf eingehen, welche Konsequenzen sich aus der Ego-State-Theorie ergeben für das Vorgehen in Situationen, die man üblicherweise als Krisenintervention bezeichnet.

Ich stelle Ihnen in dem Buch viele Modelle* und konkrete Techniken dar, die sich für mich als hilfreich erwiesen haben in der Therapie von Patienten, denen man die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung geben könnte. Dies ist es, was ich Ihnen auf einer kognitiven Ebene vermitteln kann. Auf einer anderen Ebene stimme ich aber völlig überein mit dem, was Stefan Hammel (2014, S. 23) über Therapie schreibt: »Damit Therapie heilend wirken kann, darf ihr Mittelpunkt nicht aus Techniken bestehen. Ein Mensch ist kein Werkstück, an dem man ›Werkzeuge‹ zur Anwendung bringt. Er ist keine Sache, für die man ›Sachverstand‹ bräuchte. Die Seele ist nicht normiert, sodass man sie allein mit psychologischen Fachkenntnissen heilen könnte. Jeder Mensch ist einzigartig. Vor allem aber: Menschen können nur in Beziehung leben, sie werden in Beziehung zu anderen und anderem verwundet und können nur in Beziehung heilen.«

* Die Abbildungen dieses Buches sind auch als kostenloses Download-Material erhältlich. Sie können sie herunterladen, indem Sie das Buch auf der Website des Verlages (www.klett-cotta.de) suchen und dort dem Link zum Download-Material folgen.

KAPITEL 1

Die Persönlichkeitstheorie von Theodore Millon

Eine ausführliche Zusammenfassung von Millons Theorie findet sich in Trautmann (2004) oder in Merod (2005a) sowie in Zorn & Roder (2011). Ich möchte hier nur die Aspekte darstellen, die zu einem Verständnis der wesentlichsten Definitionsmerkmale von Persönlichkeitsstörungen relevant sind.

Nach Millons (1983) biosozialem Ansatz entwickelt sich Persönlichkeit aus dem Zusammenspiel zwischen biologischen und Umweltfaktoren. Personen mit ähnlichen biologischen Anlagen (Temperament) können unterschiedliche Persönlichkeiten entwickeln in Abhängigkeit von den Erfahrungen, die sie machen; umgekehrt können sich ähnliche Lernerfahrungen unterschiedlich auswirken, je nachdem, welche biologische »Grundausrüstung« eine Person besitzt. Eine zentrale These in Millons Theorie ist die Zirkularität dieser biosozialen Interaktion: Die biologischen Dispositionen von Kindern rufen bei ihren Interaktionspartnern in der Regel Reaktionen hervor, die wiederum genau diese Dispositionen verstärken. Kinder spielen also eine aktive Rolle in ihrer Entwicklung, indem sie letzten Endes diejenigen Umgebungsbedingungen schaffen, die ihre biologischen Tendenzen verstärken. D.h., die biologische Ausstattung des Kindes formt nicht nur *sein* Verhalten, sondern auch das seiner Eltern (oder sonstiger Erziehungspersonen). Ich bin mittlerweile der Ansicht, dass insbesondere die narzisstische und die histrionische Persönlichkeitsstruktur genetisch bedingt sind. Ich habe in der Praxis überzufällig häufig Patienten mit narzisstischen Störungen gesehen, aus deren Familienschilderung deutlich

wird, dass mindestens ein Elternteil (meistens der Vater) ebenfalls Narzisst ist. Ähnliches zeigt sich bei den histrionischen Patienten. Auch hier weisen die Berichte der Patienten über ihre Kindheit darauf hin, dass mindestens ein Elternteil (meistens die Mutter) ebenfalls histrionisch ist. Dies würde – nebenbei bemerkt – auch erklären, warum es bisher kaum Fortschritte gibt in der Erforschung der Genetik der unipolaren Depression (Maier et al. 2008). Der ganz überwiegende Prozentsatz der depressiven Patienten hat eine narzisstische oder histrionische Persönlichkeitsstörung. Es könnte also sein, dass nicht das Merkmal »Depression« vererbt wird, sondern das histrionische oder narzisstische Temperament, das unter belastenden Bedingungen depressiv dekompenziert. In diesem Fall ist es aber unwahrscheinlich, dass man bestimmte Gene findet, die zur Entwicklung einer depressiven Störung prädisponieren. In einem früheren Artikel (Trautmann-Sponsel 2005) habe ich bereits dargestellt, dass sich praktisch alle Persönlichkeitsstörungen auf der syndromalen Ebene als depressive Störung äußern können. Insofern ist »Depression« eigentlich keine Diagnose, sondern lediglich eine Syndrombeschreibung, die dazu veranlassen sollte, sich zu fragen, welche Persönlichkeitsstörung der Depression zugrunde liegt.

Es soll hier nur kurz auf die wieder aktuell gewordene Temperamentsdebatte eingegangen werden. Sowohl die ganz alten Temperamentsbegriffe von Hippokrates und Galen als auch die neueren von z.B. Cloninger (s. Boerner 2016) oder Akiskal (s. Brieger 2016) beschreiben ihre Temperamentsdimensionen z.T. schon sehr auf der Verhaltensebene. Demgegenüber sollte eine Definition von Temperament nach Boerner (2016) so aussehen,

- dass sie als Grundlage für menschliches Verhalten dient,
- in erster Linie die formalen Aspekte des Verhaltens (z.B. Geschwindigkeit, Reaktionsstärke, Verhaltensänderung) beschreibt,
- emotionale Merkmale beinhaltet,
- bereits von früher Kindheit beobachtbar ist und eine lebenslange Disposition für Verhalten darstellt,

- biologisch bzw. genetisch verankert ist
- und weitgehend veränderungsstabil, jedoch modifizierbar ist (Boerner 2016, S. 302).

Diesen Kriterien würde die einfache Unterscheidung eines histrionischen von einem narzisstischen Temperament entsprechen. Das histrionische Temperament kann man sich als Persönlichkeitsstruktur so vorstellen, wie ich es unten und in Kapitel 6.2 beschreibe: Histrionische Menschen neigen dazu, schnell und heftig emotional zu reagieren und sich in Beziehungen abhängig zu machen von anderen Menschen. Narzisstische Personen sind dagegen eher rationale Menschen, denen Beziehungen mit anderen Menschen nicht so wichtig sind.

Millon (1983) geht in seiner biosozialen Lerntheorie von drei grundlegenden Polaritäten aus, anhand derer man Persönlichkeiten charakterisieren kann:

- aktiv vs. passiv: wird die Person initiativ und verändert aktiv ihre Umgebungsbedingungen, oder reagiert sie nur auf Ereignisse?
- Lust vs. Schmerz: besteht die Motivation einer Person eher darin, positive Situationen aufzusuchen oder herzustellen, oder steht für sie ganz im Vordergrund, unangenehme Situationen zu vermeiden?
- Selbst vs. andere: glaubt die Person, dass sie eher dann angenehme Gefühle erlebt, wenn sie sich an andere wendet, oder glaubt sie, auf sich selbst vertrauen zu müssen?

Diese Grunddimensionen bestimmen nach Ansicht von Millon, welche Ereignisse als Verstärker bewertet werden und welches Bewältigungsverhalten eingesetzt wird, wenn sich die Person in einer für sie unangenehmen oder bedrohlichen Situation befindet. Darüber hinaus kann man vermuten, dass bereits die primäre Einschätzung im Sinne der Stress- und Bewältigungstheorie von R. S. Lazarus (Lazarus & Folkman 1984), welche Art von Situation als bedrohlich empfunden wird, von dem bevorzugten Pol der jeweiligen Grunddimension abhängig ist. Diese Bewältigungsmuster, die als Persön-

lichkeitsstile angesehen werden können, werden von Millon als komplexe Form instrumentellen Verhaltens gesehen, das darauf zielt, positive Verstärkung zu erhalten und/oder negative Konsequenzen zu vermeiden. Millon trifft hier aufgrund seiner dimensional-sichtweisen keine klare Unterscheidung zwischen Persönlichkeitsstilen und -störungen. Diese Grundmotivation (geht es eher darum, positive Verstärkung zu erhalten, oder darum, mögliche negative Situationen zu vermeiden?) halte ich jedoch für das entscheidende Merkmal, das Persönlichkeitsstile von -störungen unterscheidet (Trautmann 2004). Die Motivation der persönlichkeitsgestörten Anteile besteht ausschließlich aus Vermeidungsmotiven!

Nach Millon (1996, 2016) zeichnen sich Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung dadurch aus, dass sie zu unflexibel und deswegen wenig belastbar sind und dazu neigen, Bewältigungsmechanismen einzusetzen, die ihre Probleme eher vergrößern als verringern. Im Vorgriff auf das Ego-State-Modell möchte ich hier schon betonen, dass die Ego-States als Bewältigungsversuche für (existentielle) Probleme entstanden sind, dass sie sowohl damals als auch aktuell das Problem aber eher aufrechterhalten oder sogar vergrößern.

Beispiel: Ein jetzt ca. 45-jähriger Patient hat als Kind die Erfahrung gemacht, dass er von seinem Vater nur dann beachtet wurde, wenn er schulische Leistung erbrachte. Da es ihm wichtig war, vom Vater als Person geliebt zu werden, auch dann, wenn er keine Leistung brachte, hat er bereits in der Kindheit Leistung verweigert – und er tut dies auch jetzt noch im beruflichen Bereich, wenn Vorgesetzte etwas von ihm fordern. Dies führt natürlich dazu, dass ihm sowohl damals vom Vater als auch jetzt von den Chefs die Botschaft vermittelt wird »Du genügst nicht«, woraufhin in verstärkter Form sein »Bewältigungs«-Verhalten einsetzt in der Form: »Wenn du mich wirklich liebst, dann musst du es mir auch dann zeigen, wenn ich keine Leistung bringe.« Diese alten Bewältigungsmuster haben also die Tendenz, dass sie eher noch verstärkt eingesetzt werden, wenn sie nicht erfolgreich sind (mehr desselben).

Bei der Sicherung der Existenz kann man entweder darauf bedacht sein, alles zu vermeiden, was Schmerzen verursachen oder gar die Existenz bedrohen könnte, oder eher darauf zu schauen, was einem Wohlbefinden verschaffen könnte. Eine Bevorzugung des einen oder anderen Pols entwickelt sich nach Millon (1996) in einer frühen Entwicklungsphase, in der die Reifung von sensorischen Fähigkeiten und die Entwicklung von Bindungsverhalten im Vordergrund stehen. Man kann davon ausgehen, dass eine sichere Bindung im Sinne Bowlbys (s. z.B. Brisch 1999, Buchheim 2005, Kirsch et al. 2016) Voraussetzung dafür ist, dass ein Kind nicht nur aufmerksam ist gegenüber Reizen, die seine Existenz bedrohen, sondern es sich auch erlauben kann, nach Dingen Ausschau zu halten, die sein Leben bereichern könnten. Bei den meisten Menschen mit Persönlichkeitsstörungen kam es nicht zur Entwicklung einer sicheren Bindung und damit auch nicht zu einem basalen Gefühl von Sicherheit. Deswegen glauben sie, *ständig* etwas dafür tun zu müssen, um sich sicher fühlen zu können. Wenn dieses Grundgefühl von Sicherheit in der Kindheit nicht vorhanden war, hat dies zur Konsequenz, dass im Erwachsenenleben kein Vertrauen aufgebaut werden kann (s. Abb. 2).

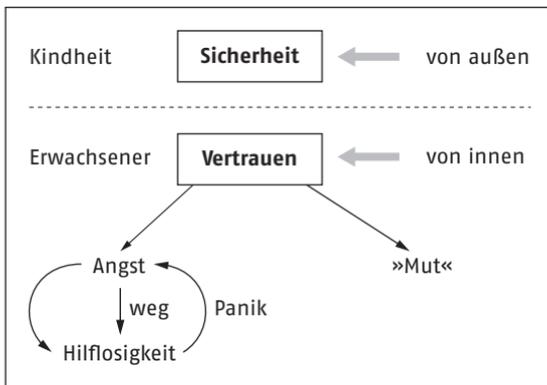


Abbildung 2: Unterschied Sicherheit – Vertrauen

Vertrauen bedeutet die Fähigkeit, Angst wahrzunehmen und ihr Mut entgegenzusetzen. Wenn aber ein Riesenbedürfnis nach echter

Sicherheit vorhanden ist, wird absolut keine Angst toleriert, bzw. jedes unangenehme Gefühl muss sofort beseitigt werden. Da dies nicht machbar ist, entsteht zusätzlich ein Gefühl von Hilflosigkeit, was das Ganze noch unangenehmer macht; weswegen der Wunsch, dieses Gefühl weghaben zu wollen, noch größer wird usw., sodass schließlich Panik entsteht. Dies ist eines der grundlegenden Schaubilder, das ich Patienten vermittele, damit sie verstehen, warum sie so ein großes Bedürfnis nach Sicherheit haben, v. a. aber, dass Vertrauen etwas ist, was sie sich selbst geben müssen – und können. Vertrauen ist nichts, was von außen kommt – so wie Sicherheit. Viele Patienten können mit dem Wort »Mut« in diesem Zusammenhang nicht allzu viel anfangen; diesen gegenüber spreche ich dann eher von einem »Gefühl der Sicherheit«. Es geht dabei letzten Endes um die Frage, wie kann ich mich für eine Situation motivieren, in der mit hoher Wahrscheinlichkeit Angst entsteht.

Beispiel: So ging bei einer meiner Patientinnen quasi nebenbei eine Flugangst weg, die nicht im Zentrum der Therapie stand, weil es aktuell wichtigere Probleme zu bearbeiten galt. Die Angst ging dadurch weg bzw. wurde dadurch aushaltbar, dass die Patientin relativ bald nach der Trennung von ihrem Ehemann einen Mann kennen und lieben lernte, der in Argentinien wohnt. Seither hat sie schon mehrmals den langen Flug auf sich genommen, weil es ihr einfach viel wichtiger ist, diesen Mann so oft wie möglich zu sehen, als auf ihre Angst Rücksicht zu nehmen. Das Eingesperrtsein in dem Flugzeug empfindet sie zwar weiterhin als unangenehm, sie kann aber jetzt ihre Aufmerksamkeit auf den Teil (Ego-State) in ihr lenken, der den Mut hat, diese unangenehme Situation in Kauf zu nehmen für die Perspektive von zwei schönen Wochen mit ihrem Freund.

Millons (1999) Ansatz ist insofern verhaltenstheoretisch, weil er davon ausgeht, dass diese unterschiedlichen Stile während der frühkindlichen Entwicklung durch die Interaktion von biologischen Anlagen mit bestimmten Erfahrungen gelernt werden. Außerdem

kommt ihm das Verdienst zu, dass die in den Klassifikationsmanua-
len beschriebenen Persönlichkeitsstörungen, die zunächst aus der
psychiatrisch-klinischen Erfahrung entstanden sind, aus einem the-
oretischen Modell abgeleitet werden können, das aus wenigen
Grundannahmen besteht (s. Abb. 3).

	passiv	aktiv
abhängig	dependente PS	histrionische PS
unabhängig	narzisstische PS	antisoziale PS
ambivalent	zwanghafte PS	passiv-aggressive PS
zurückgezogen (»detached«)	schizoide PS	vermeidende PS

Abbildung 3: Millons Ableitung der DSM-Persönlichkeitsstörungen anhand der
Grunddimensionen Interaktionsstil vs. Aktivität