

Rainer Sachse

**Persönlichkeitsstörungen:
Theorie und Therapie**

1 Was sind „Persönlichkeitsstörungen“

Wir gehen in unserem Konzept von „Persönlichkeitsstörungen“ aufgrund der empirischen Befundlage (vgl. Hentschel, 2013) davon aus,

- dass Persönlichkeitsstörungen (PD) kein „Alles-oder-Nichts-Phänomen“ sind (wie es ICD (WHO, 2000) und DSM (APA, 2003, 2013) nahelegen), sondern dass sich die Störung kontinuierlich verteilt von einem „leichten Stil“ bis zu einer schweren Störung (Fydrich et al., 1996; Kuhl & Kazén, 1997; Markon et al., 2005);
- dass es keine klaren empirischen Kriterien dafür gibt, ab wann ein „Stil“ eine „Störung“ wird und dass daher alle Kriterien willkürlich sind (Zimmerman et al., 2012);
- dass deshalb „Persönlichkeitsstörungen“ als „Extrem-Varianten“ normalen psychologischen Funktionierens aufgefasst werden sollten (Fiedler, 1998, 2007) und daher „entpathologisiert“ werden sollten;
- dass Persönlichkeitsstörungen im Kern als Beziehungs- oder Interaktionsstörungen betrachtet werden sollten (Benjamin, 1987, 1993, 1996, 2003; Fiedler, 1998, 2000);
- dass man ein umfassendes Modell für PD entwickeln sollte, aus dem man Störungsmodelle für die einzelnen Störungen ableiten kann (Livesley, 2001; Livesley & Jackson, 1992; Livesley & Lang, 2005; Livesley et al., 1994, 1998).

2 Ein allgemeines psychologisches Modell für Persönlichkeitsstörungen

Auf der Basis dieser Überlegungen wurde ein allgemeines psychologisches Modell für Persönlichkeitsstörungen entwickelt: Das Modell der Doppelten Handlungsregulation (Sachse, 1997, 1999; Sachse, Sachse & Fasbender, 2010).

Es liefert die Basis für die Modelle für spezifische Störungen und aus ihnen können therapeutische Prinzipien und Strategien abgeleitet werden (Sachse, 2001, 2002, 2004a, 2006a, 2006b, 2008, 2013; Sachse, Fasbender & Sachse, 2014; Sachse, Sachse & Fasbender, 2011; Sachse et al., 2012).

Wir möchten zunächst das Modell und danach die therapeutischen Strategien genauer darstellen.

2.1 Das Modell der Doppelten Handlungsregulation

Es soll hier ein allgemeines psychologisches Modell für Persönlichkeitsstörungen (PD = personality disorders) vorgeschlagen werden: Dieses Modell spezifiziert, welche psychologischen Variablen für die spezifische Art der Informationsverarbeitung und für die spezifische Handlungsregulation von Personen mit PD eine Rolle spielen. Und es spezifiziert, wie diese Variablen zusammenwirken. Aus dem Modell lassen sich charakteristische Eigenheiten von Personen mit PD ableiten; es lassen sich auch prinzipielle therapeutische Vorgehensweisen ableiten.

Das Modell umfasst drei Ebenen: Die Ebene der Beziehungsmotive oder der „authentischen Handlungsregulation“, die Ebene dysfunktionaler Schemata und die Ebene der „manipulativen Handlungsregulation“, auch „Spielebene“ genannt.

2.2 Die Ebene der Beziehungsmotive

Das Modell geht davon aus, dass eine Person, schon als Kind oder Jugendlicher, eine Reihe von *zentralen Beziehungsmotiven* aufweist, wie das Motiv nach Anerkennung, Wichtigkeit, Verlässlichkeit, Solidarität, Autonomie und Grenzen/Territorialität (ausführlich dazu siehe Sachse, 1999, 2006a; Langens, 2009; Sachse, Breil & Fasbender, 2009; Sachse, Fasbender & Breil, 2009). Dabei bilden diese Motive eine Hierarchie, d.h. für eine bestimmte Person ist *ein* Motiv zentral (hoch in der Hierarchie), weitere noch wichtig und andere sind relativ unwichtig (welche Beziehungsmotive jeweils zentral sind, kennzeichnet auch eine spezifische PD). Diese Motive sind bei einer Person auf der Ebene „interaktioneller Ziele“ konkretisiert bzw. „operationalisiert“ in konkrete, situationsbezogene Ziele. So ist z.B. das Motiv „Wichtigkeit“ operationalisiert in Ziele wie:

- Ich möchte von anderen Aufmerksamkeit.
- Ich möchte von anderen wahrgenommen werden.
- Ich möchte von anderen ernst genommen werden.
- Ich möchte von anderen respektiert werden.
- Ich möchte von anderen gesehen werden.
- Ich möchte von anderen Signale der „Zugehörigkeit“ u.a.

Die Person richtet nun ihr Handeln, insbesondere ihr *interaktionelles Handeln* danach aus, die zentralen Motive bzw. die daraus abgeleiteten interaktionellen Ziele zu befriedigen oder, genauer gesagt: *Von anderen befriedigt zu bekommen* (denn es sind „Beziehungsmotive“ und

die können nur durch andere Personen befriedigt werden!). Dazu nutzt die Person beim Handeln Verarbeitungs- und Handlungskompetenzen und, je nach dem, wie effektiv sie handelt, erfährt sie positive Konsequenzen (andere verhalten sich motiv-komplementär = motiv-befriedigend) oder negative Konsequenzen (andere verhalten sich nicht motiv-komplementär oder sogar motiv-verletzend).

Um so zu handeln, dass die Handlungen zu positiven Konsequenzen führen können, benötigt eine Person *Kompetenzen*. Man kann hier zwischen Handlungskompetenzen und Verarbeitungskompetenzen unterscheiden (Sachse, 1999).

Handlungskompetenzen setzen sich zusammen aus einem Wissen über Handlungsstrategien („Was kann ich in bestimmten Situationen tun, um bestimmte Ziele zu erreichen?“) und der Fähigkeit, Strategien flexibel zu modifizieren und anzupassen. Die Handlungskompetenz einer Person ist umso höher, je größer ihr Repertoire an Handlungsstrategien ist und je flexibler (und schneller) sie diese Strategien adaptieren kann.

Verarbeitungskompetenzen beinhalten die Fähigkeit, Situationen, vor allem soziale Situationen gut und schnell analysieren und verstehen zu können und sie beinhalten insbesondere die Fähigkeit zur sozialen Empathie: Die Fähigkeit, sich in andere Personen hineinversetzen zu können, (schnell) zu erkennen, was ein Interaktionspartner will, welche Einstellungen er hat, auf welche Verhaltensweisen er positiv reagiert u.a. Verarbeitungskompetenzen haben damit viel mit einer „Theory of Mind“ (Fodor, 1978; Förstl, 2007; Premack & Woodruff, 1978) zu tun: Personen, die schnell gute Rekonstruktionen von einem Interaktionspartner bilden können, können ihr Handeln (falls sie über entsprechende Strategien verfügen!) gut auf diesen einstellen und so mit hoher Wahrscheinlichkeit positive Interaktionseffekte erzielen. Personen, die das nicht können, treten dagegen ständig „ins Fettnäpfchen“.

2.3 Ebene der dysfunktionalen Schemata

Auf der zweiten Ebene des Modells nehmen wir an, dass es dysfunktionale Schemata gibt, die die Informationsverarbeitung und Handlungsregulation von Personen stark determinieren (vgl. Beck et al., 1990).

Wir gehen davon aus, dass man zwei Arten dysfunktionaler Schemata unterscheiden kann: Selbst-Schemata und Beziehungsschemata (siehe dazu Sachse, Breil & Fasbender, 2009).

Selbst-Schemata sind solche, die Annahmen der Person über sich selbst enthalten wie „ich bin ein Versager“, „ich bin nicht wichtig“ u.a. sowie Kontingenzannahmen und Bewertungen dazu.

Beziehungsschemata sind solche, die Annahmen der Person über Beziehungen enthalten, darüber, wie Beziehungen funktionieren, was man in Beziehungen zu erwarten hat sowie wiederum Kontingenzannahmen und Bewertungen dazu (z.B.: „In Beziehungen wird man abgewertet.“, „Beziehungen sind nicht verlässlich.“ u.a.).

Diese Schemata sind dysfunktional, da sie zu negativen Erwartungen führen, aber vor allem auch zu negativen Interpretationen von Situationen, negativen Affekten u.a. Sie determinieren eine schnelle, hoch automatisierte Informationsverarbeitung und führen zu etwas, was wir „hyperallergische Reaktionen“ nennen: Minimale situative Auslöser rufen schnell heftige (affektive) Reaktionen hervor. So kann z.B. jemand, der ein Schema hat „ich bin nicht wichtig“ auf eine minimale Unaufmerksamkeit eines Interaktionspartners heftig verletzt und gekränkt reagieren.

Diese Ebene der dysfunktionalen Schemata ist nun eine Ebene, die Personen mit Persönlichkeitsstörungen (PD) kennzeichnet (Beck et al., 1993): Klienten mit bestimmten Persönlichkeitsstörungen weisen *charakteristische Arten* von Schemata auf. So ist z.B. ein Schema „ich bin nicht wichtig“ kennzeichnend für Personen mit histrionischer PD; ein Schema der Art „ich bin ein Versager“ ist charakteristisch für eine Person mit narzisstischer Störung (vgl. Sachse, 2002, 2004a, 2004c, 2006c, 2006d).

2.4 Die Ebene des intransparenten Handelns

Die Entwicklung dieser Handlungsebene beginnt für Kinder/Jugendliche mit einer schwierigen, andauernden Interaktionssituation: Wichtige Interaktionspartner frustrieren andauernd wichtige Beziehungsbedürfnisse. Auf diese schwierige Situation müssen sie nun reagieren.

Kinder z.B., deren zentrales Beziehungsmotiv durchweg frustriert wird, haben im Prinzip zwei Möglichkeiten:

1. Sie können resignieren und zu Handeln aufhören, sich anpassen oder eine depressive Entwicklung durchmachen, oder
2. sie können versuchen, Handlungen zu entwickeln, mit deren Hilfe sie ihre Interaktionspartner doch dazu kriegen, ihnen zumindest Aspekte ihrer Motive zu befriedigen.

Wir nehmen an, dass nur diese zweite Strategie zur Entwicklung einer PD oder zumindest eines Persönlichkeitsstils führt. Wir nehmen auch an, dass Menschen, auch Kinder, in der Regel *aktive, problemlösende Organismen* sind: Deshalb ist dieser zweite Weg sehr viel wahrscheinlicher als der erste!

Die Personen entwickeln nun, langsam, Schritt für Schritt, Strategien, mit deren Hilfe sie wichtige Interaktionspartner doch dazu bewegen können, bestimmte interaktionelle Ziele zu befriedigen: Diese Strategien entwickeln sich, wenn (und nur wenn!) sie erfolgreich sind und damit sehen die Personen diese Strategien dann auch zwingend als „gute Lösungen“ für schwierige Situationen an: Damit werden die Strategien dann auch mit Sicherheit *ich-synton*, also als Teil der eigenen Person wahrgenommen und nicht als störend, dysfunktional oder problematisch.

Dabei können die Kinder positive oder negative Strategien einsetzen:

- *Positive Strategien* sind solche, die andere Intentionen und Motive der Interaktionspartner nutzen, um positive Effekte zu erzielen. So kann ein Kind zwar nicht als Person Aufmerksamkeit gewinnen (z.B. weil der Vater sich gar nicht für das Kind interessiert); da der Vater aber möchte, dass Mitglieder seiner Familie bei anderen einen positiven Eindruck machen, kann sich das Kind in seinem strategischen Handeln diese Intention zu Nutze machen: Es kann auf einer Familienfeier lustig und unterhaltsam sein, andere erheitern und spaßig wirken. Da dem Vater *dieses Handeln* gefällt (da es zu seinen Zielen passt), erhält das Kind nun *Aufmerksamkeit für dieses Handeln*.
- *Negative Strategien* sind solche, die Normen und Vermeidungsziele von Personen nutzen, um Effekte zu erzielen. So kann ein Kind, das als Person keine Aufmerksamkeit erhält, Aufmerksamkeit bekommen, wenn es Kopfschmerzen simuliert: Der Vater hat die Norm „um kranke Kinder kümmert man sich, sonst ist man ein schlechter Vater“ und kümmert sich *deshalb* um sein Kind. Eigentlich will er das gar nicht und es macht ihm auch keinen Spaß, aber er tut es, weil er ansonsten ein „schlechtes Gewissen“ hat oder weil er negative Kritik von anderen (z.B. seiner Frau) befürchtet und vermeiden will.

Die Strategien sind manipulativ (wobei „manipulativ“ *nicht* wertend, sondern nur in einem psychologischen Sinn gemeint ist!), denn der Interaktionspartner wird im Grunde über das Handlungsziel der Person getäuscht: Das Kind, das lustig ist, ist dies nicht, um lustig sein zu wollen (was der Vater aber glaubt!), sondern um Aufmerksamkeit zu bekommen (was der Vater nicht weiß): Das Kind spiegelt also etwas vor, das nicht so ist und lässt den Interakti-

onspartner über die tatsächlichen Absichten im Unklaren. *Und genau das ist manipulativ*: Der Interaktionspartner wird zu etwas veranlasst und zwar aus Gründen, die er nicht wirklich durchschaut: Das strategische Verhalten ist damit auch *intransparent*.

2.5 Kompensatorische Schemata

Auf der Spielebene gibt es kompensatorische Schemata: Diese dienen dazu, dysfunktionale Schemata (auf der Schemaebene) zu kompensieren bzw. dafür zu sorgen, dass diese sich nicht als wahr erweisen.

Zum einen gibt es kompensatorische Selbstschemata, die positive oder (kompensatorisch) übertriebene Selbstannahmen enthalten; es gibt kompensatorische Normschemata, die (oft übertriebene) Ziele (in Form von „muss-Sätzen“) enthalten und es gibt kompensatorische Regelschemata, die (ebenfalls oft überzogene) Anweisungen an andere enthalten. Wir (Sachse, Breil & Fasbender, 2009) haben diese Schemata als „kompensatorisch“ bezeichnet, weil ihr Sinn im Wesentlichen darin besteht, die negativen Inhalte der Selbst- und Beziehungsschemata auf der Schemaebene „auszubügeln“ oder dafür zu sorgen, dass die dort spezifizierten Inhalte und Konsequenzen nicht eintreten.

2.5.1 Kompensatorische normative Schemata

Normative Schemata enthalten Anweisungen darüber, wie die Person sein sollte oder sein muss: Sie enthalten damit *Ziele* der Person (im Sinne expliziter Ziele, vgl. Püschel & Sachse, 2009). Normative Schemata sind somit interaktionelle Ziele auf der Spielebene.

Normative Schemata sind solche, die „Anweisungen“ der Person an sich selbst enthalten, wie z.B.: „Sei erfolgreich.“, „Sei der Beste.“, „Sei die Wichtigste.“, „Vermeide auf alle Fälle Blamagen.“, „Vermeide alle Situationen, in denen Du kritisiert werden könntest.“

Normative Schemata enthalten somit Ziele in der Form von Vorschriften: „Sei XY.“, „Du musst XY.“, „Du darfst nicht XY.“ u.a. Dabei können diese Anweisungen für die Person in unterschiedlich starkem Ausmaß verbindlich sein, was wiederum davon abhängt, wie die Kontingenzebene dieser Schemata definiert ist (vgl. Sachse et al., 2008).

Die Kontingenzebene normativer Schemata enthält zuerst Annahmen darüber, welche negativen Konsequenzen (die die dysfunktionalen Schemata androhen) durch die Befolgung der Anweisungen *nicht* eintreten, z.B.:

- „Wenn Du der Beste bist, dann wird Dich niemand abwerten.“
- „Wenn Du der Beste bist, wird sich niemand von Dir abwenden.“

Da die Kontingenzen somit zuerst das „Ausbleiben“ der in den dysfunktionalen Schemata angedrohten Konsequenzen spezifizieren, nennen wir diese Schemata „kompensatorisch“.

Die Kontingenzebene kann jedoch auch negative Konsequenzen für den Fall androhen, dass man die Norm *nicht* erfüllt: Und hier können einmal die gleichen Konsequenzen angedroht werden, die schon das dysfunktionale Schema spezifiziert hat, es können jedoch darüber hinaus *noch mehr* Konsequenzen spezifiziert werden.

Es ist hier sehr wichtig zu sehen, dass alle diese Normen *Ziele* definieren, die Annahmen der dysfunktionalen Schemata (vor allem der Selbstschemata) kompensieren: Sagt das Schema z.B. „ich bin ein Versager“, dann enthält das normative Schema Aussagen wie: „Sei erfolgreich.“, „Zeige Dich als intelligent.“, „Sei der Beste.“ (oder: „Vermeide Kritik.“): Dies sind alles Ziele, die die negativen Annahmen der dysfunktionalen Schemata falsifizieren oder dafür sorgen sollen, dass diese „nicht wahr werden“. Damit sind die normativen Schemata wieder sehr eng inhaltlich mit den dysfunktionalen Schemata verbunden, und, was noch wichtiger ist: Die Ziele sind per definitionem alles *Vermeidungsziele!*

Während die Erreichung von Annäherungszielen zu positiven Affekten und langfristig zu einer „Sättigung“ der Motive (und damit zu einem Absinken der Motive in der Motivhierarchie führt sowie dem Gefühl von Zufriedenheit), führt das Erreichen von Vermeidungszielen nur zu einem Verschwinden negativer Affekte oder Emotionen (von Spannung, Unwohlsein oder Angst), jedoch *nicht* zu einer Sättigung von Motiven, damit auch *nicht* zu einem Gefühl von Zufriedenheit und damit langfristig auch *nicht* zu einem Absinken des Motivs in der Motivhierarchie (Ebner & Freund, 2009; Elliot & Covington, 2001; Kuhl, 2001): Obwohl die dysfunktionalen Schemata sich aus den Beziehungsmotiven ableiten und sich die normativen Schemata aus den dysfunktionalen Schemata ableiten, ist die Person überwiegend damit beschäftigt, den normativen Zielen zu folgen und ihr Handeln danach auszurichten und damit erreicht sie zwar immer wieder die Reduktion negativer Affekte und damit auch eine ständige Bekräftigung ihres Handelns, *sie erreicht jedoch keine Befriedigung der zugrunde liegenden*

Beziehungsmotive mehr! Diese Motive bleiben weiterhin hoch in der Motivhierarchie, sie bleiben weiterhin dominant, egal wie viel die Person auch tut!

Das strategische Handeln der Person, das darauf angelegt ist, die Ziele auf dieser Ebene zu befriedigen, schafft damit zwar ständig Effekte, führt aber nie zu einer wirklichen Motivbefriedigung. Und damit ist dieses Handeln auch *unstillbar* (im Sinne von Gollwitzer, 1987, 1999): Da die Anregung dysfunktionaler Schemata immer wieder zu negativen Affekten und Effekten führt, muss man immer wieder von Neuem handeln, um die Vermeidungsziele zu erreichen: Die damit erreichten Effekte erzeugen immer wieder Erleichterung und „Linderung“, verändern das System als solches aber in gar keiner Weise.

2.6 Kompensatorische Regel-Schemata

Neben selbst- und normativen Schemata gibt es auf der Spielebene jedoch noch eine Art kompensatorischer Schemata: Regel-Schemata (vgl. Sachse, Breil & Fasbender, 2009).

Regel-Schemata enthalten keine Regeln, die die Person selbst befolgen soll, *sondern Regeln, die andere, die Interaktionspartner befolgen sollen!* Regel-Schemata enthalten somit *interaktionelle Erwartungen*, wie z.B.: „Andere haben mich respektvoll zu behandeln.“ Oder: „Ein Partner hat mir rund um die Uhr Aufmerksamkeit zu geben.“

Auf der Kontingenzebene solcher Schemata stehen dann auch keine Katastrophen, die für die Person selbst eintreten könnten, sondern Konsequenzen, die dem Interaktionspartner von der regelsetzenden Person drohen, z.B.: „Wenn mich jemand nicht respektvoll behandelt, darf ich wütend reagieren.“ Oder: „Wenn mein Partner mir keine Aufmerksamkeit gibt, mache ich ihm eine Szene.“

Regel-Schemata kompensieren insbesondere die negativen Beziehungserwartungen der dysfunktionalen Beziehungsschemata: Hat eine Person das Schema „in Beziehungen wird man nicht respektiert“, dann entwickelt sie auf der Spielebene eine (mehr oder weniger starke) Erwartung an Interaktionspartner, die genau dieser Annahme widerspricht: „Dein Partner hat mich respektvoll zu behandeln – und wehe nicht!“

Die Reaktion bei der Aktivierung von Regel-Schemata ist somit nicht Kränkung, sondern Ärger: Was bedeutet, dass eine Person hier bei geringfügigem „Vergehen“ von Interaktionspartnern maximal heftig wütend reagieren kann.

Es sind vor allem diese Regel-Schemata und das daraus resultierende Handeln, das Personen mit PD *massive interaktionelle Probleme einbringt*: Denn Interaktionspartner sehen über kurz oder lang nicht wirklich ein, dass sie sich nach den Regeln ihres Partners verhalten müssen (vor allem dann nicht, wenn dieser sich auch sonst wenig reziprok verhält!) und sie sehen nicht ein, dass sie sich, oft wegen Kleinigkeiten, massive Vorwürfe gefallen lassen sollten.

2.7 Interaktionstests

Tests sind Handlungen, mit deren Hilfe eine Person etwas Bestimmtes über einen Interaktionspartner herausfinden will; sie will dies, weil sie hofft, dass der Interaktionspartner bestimmte positive Eigenschaften hat, weil sie aber gleichzeitig fürchtet, dass er sie nicht hat. Tests dienen somit zentral dazu, „Sicherheit“ zu schaffen an Stellen, an denen die Person misstrauisch ist.

Dabei sind die Testsituationen meist für die Interaktionspartner recht schwierig, denn nur durch schwierige, anspruchsvolle Tests kann man feststellen, ob ein Interaktionspartner sich „wirklich bewährt“.

Tests sind immer *Prüfungen der Beziehung*, sie beziehen sich immer darauf, Einstellungen oder Eigenschaften des Interaktionspartners im Hinblick auf die Gestaltung von Beziehung zu testen. Dabei kann der Interaktionspartner auf ganz Verschiedenes hin getestet werden, z.B.:

- Ob er auch in kritischen Situationen zugewandt bleibt.
- Ob er wirklich verlässlich ist.
- Ob er solidarisch ist.
- Ob er kompetent ist.
- Ob er stark genug ist.
- Ob er sich durchsetzen kann. Usw.

Tests können für einen Interaktionspartner unterschiedlich „hart“ ausfallen. „*Weiche Tests*“ bringen die Interaktionspartner kaum in Probleme: Man stellt vielleicht eine persönliche Frage und guckt, wie der Gefragte reagiert. Antwortet er offen (dann hat er Vertrauen) oder weicht er aus (dann hat er kein Vertrauen)? Damit erbringen „weiche Tests“ für den Testenden aber auch nur wenig an Sicherheit.

3 Therapeutische Strategien

Aus dem Modell der Doppelten Handlungsregulation können nun prinzipielle therapeutische Strategien für Personen mit PD abgeleitet werden.

3.1 Komplementäre Beziehungsgestaltung

Das Modell der doppelten Handlungsregulation geht davon aus, dass Klienten mit Persönlichkeitsstörungen hochgradig *beziehungsmotiviert* in die Therapie kommen, also einen starken Wunsch aufweisen, dass der Therapeut eine bestimmte Art von Beziehung realisiert.

Dieser Wunsch ist bei Klienten mit Persönlichkeitsstörung *primär*: Sie wollen, dass sich Therapeuten in bestimmter Weise verhalten, ihnen in bestimmter Weise entgegen kommen, sie „in bestimmter Weise abholen“. Alle anderen Intentionen (z.B. Bearbeitungen komorbider Achse-I-Störungen o.a.) sind sekundär. *Persönlichkeitsstörungen sind Beziehungsstörungen* und dies wird therapeutisch primär dadurch deutlich, dass Klienten bestimmte Beziehungswünsche haben, nicht nur an den Therapeuten, aber auch an den Therapeuten.

Verhalten sich Therapeuten zu diesen Beziehungswünschen komplementär, dann schaffen sie ein hohes Ausmaß von Beziehungskredit (vor allem im Sinne von personalem Vertrauen, aber auch im Sinne von Kompetenzvertrauen, vgl. Sachse, 2006a): Sie gehen davon aus, dass der Therapeut „ihnen nichts will“, dass der Therapeut „nicht bedrohlich“ ist, dass der Therapeut „auf ihrer Seite ist“ und ihnen „wirklich helfen will“. Dies ist die Voraussetzung für jede Art von therapeutischer Mitarbeit, von Compliance: Klienten lassen sich nur dann auf Klärung, auf therapeutische Strategien, auf Veränderungsprozesse und vor allem auf Konfrontationen ein, wenn sie diese Art von personalem Vertrauen zum Therapeuten entwickelt haben.

Realisiert ein Therapeut keine Komplementarität oder zu wenig, dann entwickeln die Klienten dieses Vertrauen nicht: Infolgedessen lassen sie sich auch auf keine therapeutische Strategie ein: Sie arbeiten nicht mit, vermeiden, sabotieren, meist auf indirekt, intransparente Weise.

Unsere Erfahrungen bestätigen diese Annahmen sehr weitgehend.

Die Klienten vertrauen dem Therapeuten und lassen sich auf Klärungsprozesse mit dem Therapeuten ein. Der Therapeut schafft auch so viel Beziehungskredit, dass er sich schließlich „konfrontative Interventionen leisten“ kann.

Das primäre Ziel dieser Phase, das durch diese Art der Beziehungsgestaltung erreicht werden soll, ist dass der Klient Vertrauen zum Therapeuten aufbaut und zwar im Wesentlichen personales Vertrauen (aber auch Kompetenzvertrauen). Der Klient soll bezüglich des Therapeuten bestimmte Überzeugungen aufbauen:

- Die Überzeugung, dass der Therapeut ihm gegenüber *loyal* ist und dass er sich darauf verlassen kann, dass der Therapeut auf seiner Seite ist und auf seiner Seite bleibt.
- Die Überzeugung, dass der Therapeut nichts tun wird, um ihm zu schaden, ihn abzuwerten, defizitär zu definieren, zu kritisieren oder ihn überhaupt zu bewerten.
- Die Überzeugung, dass der Therapeut ihn *ernst nimmt*, annimmt, respektiert, sich für ihn interessiert und ihn versteht.
- Die Überzeugung, dass der Therapeut ihn nicht bevormunden will, seine Autonomie wahrt, seine Grenzen respektiert und nicht intrusiv ist.

Diese Überzeugungen können schon in gewissem Ausmaß durch allgemeine Beziehungsgestaltung realisiert werden, also durch eine Realisierung von Empathie, Akzeptierung, Respekt u.ä.

Sie können jedoch in sehr hohem Maße durch komplementäre Beziehungsgestaltung realisiert werden (vgl. Sachse, 2004b, 2006a, 2006c).

Komplementäre Beziehungsgestaltung bedeutet, dass ein Therapeut im Therapieprozess rekonstruiert, welches der sechs Beziehungsmotive

- Anerkennung
- Wichtigkeit
- Verlässlichkeit
- Solidarität
- Autonomie
- Grenzen/Territorialität

bei dem jeweiligen Klienten hoch in der Motivhierarchie steht, also für den Klienten von zentraler Bedeutung ist und dass er, sobald er dies weiß, so handelt, dass dieses Motiv (im Rahmen therapeutischer Regeln!) angemessen befriedigt wird (Sachse, 2006a, 2006c). Macht der Klient die Erfahrung, dass sein Motiv befriedigt wird, dann wird er mit hoher Wahrscheinlichkeit eine oder mehrere der oben genannten Überzeugungen entwickeln.

3.2 Keine Komplementarität zur Spielebene

Folgt ein Klient kompensatorischen Zielen und hat er damit Erfolg, dann wird sein kompensatorisches Handeln bekräftigt: Ansonsten hat dies aber, wie wir bei den Ausführungen vom Modell gesehen haben, keine positiven Auswirkungen, es stabilisiert vielmehr das dysfunktionale System.

Aus dieser Erkenntnis folgt dann schlüssig, dass ein Therapeut durch sein Handeln möglichst nichts tun sollte, was das dysfunktionale System des Klienten ebenfalls stabilisiert oder gar verfestigt. Und deshalb wurde die These aufgestellt, dass sich ein Therapeut nicht komplementär zur Spielebene verhalten soll (Sachse, 2004b).

Genauere Analysen seitdem haben aber deutlich gemacht, dass eine allgemeine Regel „nicht zur Spielebene komplementär verhalten“ so einfach nicht realisierbar ist und daher soll die Regel hier neu formuliert werden.

Ganz allgemein kann man noch immer sagen, dass ein Therapeut sich möglichst nicht zur Spielebene komplementär verhalten sollte: Sollte es jedoch in einem Einzelfall wichtig sein, sich zu einem Spielaspekt komplementär zu verhalten, dann sollte man als Therapeut dies nur tun, wenn folgende Bedingungen gegeben sind:

- 1 Es gibt im Augenblick dazu keine gute Alternative.*
- 2 Der Therapeut entscheidet sich bewusst und strategisch dazu.*
- 3 Er geht mit seinem kompensatorischen Handeln nur so weit, wie dies unbedingt nötig ist.*
- 4 Er verhält sich so kurz wie möglich zur Spielebene komplementär, und vor allem:*
- 5 Diese Komplementarität widerspricht nicht therapeutischen Regeln und sabotiert keine anderen therapeutischen Ziele.*

3.3 Steuern und Internalisieren

Obwohl die Beziehungsgestaltung in der ersten Phase zentral im Vordergrund steht, sollte ein Therapeut aber noch mehr tun, als nur Interventionen auf der Beziehungsebene zu realisieren. Er sollte schon von Anfang der Therapie an vorsichtig versuchen, die Bearbeitungsprozesse des Klienten zu *steuern*, d.h. er sollte Interventionen auf der Bearbeitungsebene realisieren.

Steuern bedeutet hier, dass *ein Therapeut dem Klienten deutlich macht, was der Klient nun als nächstes im Therapieprozess tun sollte*: Der Therapeut realisiert Bearbeitungsangebote (Sachse & Maus, 1991).

Zu Therapiebeginn geht ein Therapeut jedoch davon aus, dass der Klient den Bearbeitungsangeboten des Therapeuten noch nicht folgt, sondern dass der Therapeut diese Interventionen

realisieren muss, um *Marker* zu setzen: Durch die *immer und immer wieder* vom Therapeuten realisierten, steuernden Interventionen wird dem Klienten Schritt für Schritt deutlich gemacht,

- was er konkret im Therapieprozess jeweils tun könnte, wie er konkret weiterarbeiten könnte,
- was er nach Ansicht des Therapeuten nun auch sinnvollerweise tun sollte.

In dieser Phase geht der Therapeut nicht nur davon aus, dass der Klient den Angeboten folgt, sondern er geht davon aus, dass er diese Angebote sehr häufig machen muss,

- bevor der Klient überhaupt bemerkt, dass der Therapeut Angebote gemacht hat;
- bevor der Klient überhaupt versteht, dass der Therapeut diese ernst meint;
- bevor der Klient versteht, dass diese Angebote wichtig sind;
- bevor der Klient versteht, dass er diesen Angeboten folgen könnte;
- bevor der Klient sich schließlich dazu entscheidet, diesen Angeboten zu folgen.

Steuernde Interventionen wirken *kumulativ*: Nur dann, wenn ein Therapeut sie sehr häufig macht, entfalten sie irgendwann ihre Wirkung; damit bewirken sie nicht unmittelbar, sondern verzögert und nur durch ihre ständige Wiederholung!

Daher sollte der Therapeut von Anfang an dem Klienten konstruktive Bearbeitungsangebote machen (vgl. Sachse, 1992, 2003), z.B.

- den Klienten bitten, problematische *Situationen* zu schildern,
- den Klienten bitten, Situationen *konkret* zu schildern,
- den Klienten bei langen Schilderungen unterbrechen und Einzelaspekte vertiefen,
- den Klienten dazu bringen, deutlich zu machen, welche Aspekte *für ihn* relevant sind, was *ihn* stört usw.

Vor allem, wenn Klienten stark dysfunktionale Bearbeitungen aufweisen, sollte ein Therapeut deutlich steuern: Steuern sollte ein Therapeut z.B. dann, wenn ein Klient dazu neigt, starke Intellektualisierungen seines Problems darzustellen: Dann versucht der Therapeut den Klienten vorsichtig, immer und immer wieder, dazu zu bewegen, Probleme an ganz konkreten Beispielen festzumachen, damit man von da aus interne Prozesse initiieren und klären kann:

- Neigt ein Klient zu Unkonkretheit, dann steuert ein Therapeut immer wieder konkretere Darstellungen an.

- Neigt ein Klient dazu, einen „Wochenspiegel“ zu erzählen, dann greift ein Therapeut ein aktuelles, konkretes Ereignis heraus und versucht, den Klienten daran zu halten und von dort aus weiter zu klären.

Ein zentraler Aspekt von Steuerung ist *Internalisierung*.

Dabei regt ein Therapeut den Klienten dazu an, seine Perspektive nach innen zu lenken, auf das, was er denkt, fühlt, möchte, will. Dies kann er durch Fragen tun wie:

- Was löst die Situation in Ihnen aus?
- Was geht Ihnen in Situation X durch den Kopf?
- Was empfinden Sie in Situation X?
- Was hätten Sie in Situation X gerne getan? Usw.

Auch hier regt der Therapeut Internalisierungen als Angebote wieder und wieder an, bis der Klient irgendwann darauf eingeht und der Therapeut *dann* einen Klärungsprozess initiieren kann.

Internalisierungen verwendet der Therapeut somit auch als *Marker*: Mit ihnen *markiert* der Therapeut, auch dann, wenn der Klient nicht auf diese Fragen eingeht,

- dass der Klient sich mit internalen Prozessen beschäftigen sollte;
- dass der Therapeut die Beachtung dieser Prozesse für wichtig hält, und auch,
- dass der Klient bemerkt, dass er auf diese Fragen keine Antwort weiß und dass das ein Hinweis auf unklare Probleme sein könnte.

3.4 Bestehen von Tests

Interaktionelle Tests werden von Klienten meist zu Beginn der Therapie realisiert. Und deshalb gehört es auch zu den Aufgaben von Therapeuten in dieser Phase, Tests zu bestehen.

Der Therapeut muss sich dabei immer klar machen,

- dass Tests, selbst wenn sie provokatives oder aggressives Verhalten auf Klientenseite beinhalten, nicht dazu dienen, den Therapeuten zu ärgern;
- dass Tests lediglich dazu dienen festzustellen, ob Therapeuten auch bei solchen Provokationen freundlich, zugewandt und verlässlich bleiben.

Daher sollte der Therapeut bei Tests

- immer freundlich zugewandt bleiben, sich klarmachen, dass er nicht persönlich gemeint ist, sondern dass es nun darum geht, weiterhin eine gute Beziehung anzubieten;

- sich bemühen zu verstehen, worum es dem Klienten wirklich geht, also den Klienten ernst nehmen, anbieten, mit dem Klienten zu klären, was jetzt gerade passiert;
- versuchen, mit dem Klienten zu erarbeiten, warum der Klient jetzt dieses Verhalten realisiert.

3.5 Entwicklung eines Arbeitsauftrages

Persönlichkeitsstörungen müssen als *ich-syntone Störungen* aufgefasst werden (und das Modell der doppelten Handlungsregulation macht auch deutlich, warum); damit sind sie Störungen, die die Person, die sie hat, nicht stören, die von der Person nicht als problematisch oder als zu ändern eingeschätzt werden. Damit sind die Klienten, die mit Persönlichkeitsstörungen in Therapie kommen, aber im Hinblick auf ihre Persönlichkeitsstörung auch nicht änderungsmotiviert und sie haben infolgedessen im Hinblick auf diese Störung *auch keinen Arbeitsauftrag*: Sie wollen nicht an der Veränderung der Persönlichkeitsstörung arbeiten und sie weisen bei entsprechenden Interventionen des Therapeuten auch keine Compliance auf. Ohne Arbeitsauftrag kann ein Therapeut aber gar nicht an der Veränderung einer Störung arbeiten: *Ohne Arbeitsauftrag gibt es keine sinnvolle Therapie.*

Wenn Klienten sich der Mühe (und es ist eine!) unterziehen wollen und sollen, ihr System zu klären und zu modifizieren, dann müssen sie dringend einen Arbeitsauftrag entwickeln, d.h. *sie müssen eine Änderungsmotivation im Hinblick auf Aspekte der Persönlichkeitsstörung aufbauen.*

Dies können sie aber nur, wenn sie erkennen,

- dass sie hohe Kosten haben, insbesondere hohe interaktionelle Kosten;
- dass sie diese Kosten wirklich nicht wollen, dass sie wichtigen Motiven massiv widersprechen; und wenn sie erkennen,
- dass sie diese Kosten durch ihr Handeln und letztlich durch eigene Ziele, Annahmen und Strategien *selbst erzeugen*; und wenn sie erkennen,
- dass sie ihre Kosten massiv senken können, wenn sie diese Ziele, Annahmen und Strategien ändern; und
- dass sie dies mit Hilfe des Therapeuten tun können.

Genau dies erkennen Klienten mit Persönlichkeitsstörungen aber nicht von sich aus (wie das Modell der doppelten Handlungsregulation völlig klarmacht), sondern *diese Erkenntnis muss*

ihnen aktiv durch den Therapeuten vermittelt werden: Damit ist ein Arbeitsauftrag auch keine Voraussetzung für eine Therapie, sondern es ist das zweite Therapieziel (das erste ist Aufbau von Beziehungskredit). Und zur Erreichung dieses zweiten Therapieziels dient die zweite Phase der Therapie.

Der Klient muss somit in dieser Phase durch Interventionen des Therapeuten eine Änderungsmotivation aufbauen und einen Arbeitsauftrag entwickeln.

Dazu muss der Therapeut dem Klienten durch entsprechende Interventionen *deutlich machen*,

- dass er Kosten *hat*;
- dass er diese Kosten *nicht will*;
- dass er diese Kosten durch Schemata usw. *selbst erzeugt*;
- dass er die Kosten reduzieren kann, wenn er diese Schemata usw. verändert,
- und dass er dies in der Therapie mit dem Therapeuten tun kann.

Damit wird aber sehr deutlich, *dass es die Aufgabe des Therapeuten ist, dem Klienten diese Einsichten zu vermitteln*, dass es somit von den Interventionen des Therapeuten entscheidend abhängt, ob ein Klient eine Änderungsmotivation und einen Arbeitsauftrag entwickelt oder nicht! Der Therapeut muss somit den Klienten *darauf aufmerksam machen*, dass er Kosten hat, dass er diese Kosten nicht will, dass er die Kosten selbst verursacht und dass er durch Veränderung seines Systems die Kosten wirksam reduzieren will.

Schon den Klienten auf Kosten aufmerksam zu machen, kann konfrontativ sein; dem Klienten aber klar zu machen, dass er durch eigenes Handeln, insbesondere durch eigenes *manipulatives* Handeln Kosten erzeugt, ist sehr wahrscheinlich hoch konfrontativ: Denn Klienten wollen in der Regel gerade an diesem Punkt auf keinen Fall durchschaut werden und reagieren meist hoch allergisch darauf, wenn jemand das thematisiert!

3.6 Klären von Schemata

In dieser Phase ist die *Klärung von Schemata zentral: Es geht darum, dass Therapeut und Klient eine valide Repräsentation der problemrelevanten, dysfunktionalen Schemata erarbeiten.*

Das Klären (von Schemata und Motiven) ist der dritte zentrale Aspekt der Therapie mit PD-Klienten. Diese Klärung dysfunktionaler Schemata geschieht dabei nach den Regeln und Stra-

tegien der *Klärungsorientierten Psychotherapie* (siehe zu den Details der Vorgehensweisen: Sachse, Breil & Fasbender, 2009).

Bei dieser Klärung arbeiten Therapeuten mit dem Klienten systematisch heraus,

- welche aktuellen Verarbeitungsprozesse (Kognitionen, Interpretationen, Affekte, Emotionen, Wünsche, Handlungsimpulse) der Klient in problemrelevanten Situationen (aufgrund seiner Schemata) vollzieht
- und anhand dieses Materials rekonstruieren sie Schritt für Schritt die zugrundeliegenden Schemata.

Dabei realisieren die Therapeuten Interventionen,

- die relevante Schemata aktivieren, wodurch die aktuellen Verarbeitungsprozesse überhaupt erst ausgelöst werden,
- die dazu führen, dass Klienten ihre Perspektive internalisieren und so diese Prozesse repräsentieren können,
- die Fragestellungen aufwerfen und verfolgen, die auf relevante Schemata hinführen,
- die Klienten am Klärungsprozess halten,
- die Klienten aktiv bei der kognitiven Repräsentation, also der Umsetzung der Schemata in Kognitionen bzw. in Sprache helfen.

Da die Aspekte der Schemaklärung in anderen Publikationen schon explizit und ausführlich herausgearbeitet worden sind, soll dies hier nicht wiederholt werden (vgl. Sachse, Breil & Fasbender, 2009).

3.7 Bearbeiten von Schemata

Sind die relevanten Schemata valide kognitiv repräsentiert, dann kann ein systematischer Prozess der Schemabearbeitung erfolgen: Die problemrelevanten Schemata werden hinterfragt, widerlegt und es werden alternative Schemata bzw. bei affektiven, dysfunktionalen Schemata alternative Affekte entwickelt (Sachse, 1983, 2000, 2006e). Die Aspekte der Schemabearbeitung im Ein-Personen-Rollenspiel sind ausführlich dargestellt bei Sachse, Püschel, Fasbender und Breil (2008) sowie Breil & Sachse (2009).

Literatur

- APA (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR) Textrevision*, 4. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Beck, A.T., Freeman, A. & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press. [dt. (1993). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Peltz PVU].
- Beck, A.T., Freeman, A. & Pretzer, J. (1993). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Benjamin, L.S. (1987). Use of the SASB dimensional model to develop treatment plans for personality disorders: Narcissism. *Journal of Personality Disorders*, 1, 43-70.
- Benjamin, L.S. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of DSM personality disorders*. New York: Guilford.
- Benjamin, L.S. (1996). Ein interpersonaler Behandlungsansatz für Persönlichkeitsstörungen. In: B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie*, 136-148. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Benjamin, L.S. (2003). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*, 2nd edition. New York: Guilford Press.
- Breil, J. & Sachse, R. (2009). Ein-Personen-Rollenspiel (EPR). In: S. Fliegel & A. Kämmerer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Schätze II*, 49-53. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Ebner, M.C. & Freund, A.M. (2009). Annäherungs- und Vermeidungsmotivation. In: V. Brandstätter & J. Otto (Hrsg.), *Handbuch der Allgemeinen Psychologie – Motivation und Emotion*, 22-28. Göttingen: Hogrefe.
- Elliot, A.J. & Covington, M.V. (2001). Approach and avoidance motivation. *Educational Psychology Review*, 13, 73-92.
- Fiedler, P. (1998). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fiedler, P. (2000). *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (2007). *Persönlichkeitsstörungen*, 6. Auflage. Weinheim: Beltz.
- Fodor, J.A. (1978). Propositional attitudes. *Monist*, 61, 501-523.
- Förstl, H. (2007). *Theory of Mind – Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens*. Heidelberg: Springer.

- Fydrich, T., Schmitz, B., Hennch, C. & Bodem, M. (1996), Zuverlässigkeit und Gültigkeit diagnostischer Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen. In: B. Schmitz, H. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie*, 91-116. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Gollwitzer, P.M. (1987). Suchen, Finden und Festigen der eigenen Identität: Unstillbare Zielintentionen. In: H. Heckhausen, P. Gollwitzer & F. Weinert (Hrsg.), *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften*, 176-190. Berlin: Springer.
- Gollwitzer, P.M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54: 493-503.
- Hentschel, A. (2013). *Die Validierung der Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung Selbstpathologie und interpersonale Pathologie des alternativen DSM-5 Modells anhand des General Assessment of Personality Disorder (GAPD)*. Dissertation, TU Dresden.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit: Interaktionen psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. & Kazén, M. (1997). *Das Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI): Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Langens, T. (2009). Das Motivkonzept: Ein Vergleich zwischen Klärungsorientierter Psychotherapie und allgemeiner Motivationspsychologie. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & O. Püschel (Hrsg.), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*, 117-141. Göttingen: Hogrefe.
- Livesley, W.J. (2001). Conceptual and taxonomic issues. In: W.J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*, 3-38. New York: Guilford.
- Livesley, W.J. & Jackson, D.N. (1992). Guidelines for developing, evaluating, and revising the classification of personality disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 609-618.
- Livesley, W.J., Jang, K.J. & Vernon, P.A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55, 941-948.
- Livesley, W.J. & Lang, K.L. (2005). Differentiating normal, abnormal, and disordered personality. *European Journal of Personality*, 19, 257-268.
- Livesley, W.J., Schroeder, M.L., Jackson, D.N. & Jang, K.L. (1994). Categorical distinctions in the study of personality disorder: Implications for classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 6-17.

- Markon, K.E., Krueger, R.F. & Watson, D. (2005). Delineating the Structure of Normal and Abnormal Personality: An Integrative Hierarchical Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88 (1), 139-157.
- Premack, D. & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral Brain Sciences*, 1, 515-226.
- Püschel, O. & Sachse, R. (2009). Eine motivationstheoretische Fundierung Klärungsorientierter Psychotherapie. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & O. Püschel (Hrsg.), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*, 89-116.
- Sachse, R. (1983). Das Ein-Personen-Rollenspiel: Ein integratives Therapieverfahren. *Partnerberatung*, 4, 187-200.
- Sachse, R. (1992). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie – Eine grundlegende Neukonzeption*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1997). *Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1999). *Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*. Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Sachse, R. (2000). Klärungsorientierte Psychotherapie bei depressiven Störungen. In: Lasar, M. & Trenkmann, U. (Hrsg.), *Depressionen – Neue Befunde aus Klinik und Wissenschaft*, 21-36. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. (2001). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2002). *Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2004a). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für eine Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2004b). Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen. In: R. Merod (Hrsg.), *Behandlung von Persönlichkeitsstörungen*, 357-404. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Sachse, R. (2004c). *Selbstverliebt – aber richtig*. Klett-Cotta.
- Sachse, R. (2006a). *Persönlichkeitsstörungen verstehen – Zum Umgang mit schwierigen Klienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sachse, R. (2006b). Narzisstische Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapie*, 11 (2): 241-246.
- Sachse, R. (2006c). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.

- Sachse, R. (2006d). Psychotherapie-Ausbildung aus der Sicht der Expertise-Forschung. In: R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*, 306-324. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. (2006e). Die Bearbeitung dysfunktionaler Schemata im Ein-Personen-Rollenspiel. In: R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*, 255-280. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. (2008). Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörung. In: M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung*, Bd. 2, 1105-1125. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Sachse, R. (2013). *Persönlichkeitsstörungen: Leitfaden für eine psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Sachse, R., Breil, J. & Fasbender, J. (2009). Beziehungsmotive und Schemata: Eine Heuristik. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & O. Püschel (Hrsg.), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*, 66-88. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Fasbender, J. & Breil, J. (2009). Klärungsprozesse: Was soll im Therapieprozess geklärt werden? In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & O. Püschel (Hrsg.), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*, 36-65. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Fasbender, J., Breil, J. & Sachse, M. (2012). *Klärungsorientierte Psychotherapie der histrionischen Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Fasbender, J. & Sachse, M. (2014). *Klärungsorientierte Psychotherapie der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. & Maus, C. (1991). *Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachse, R., Püschel, O., Fasbender, J. & Breil, J. (2008). *Klärungsorientierte Schema-Bearbeitung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Sachse, M. & Fasbender, J. (2010). *Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Sachse, M. & Fasbender, J. (2011). *Klärungsorientierte Psychotherapie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- WHO (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*. 2. Korrigierte und ergänzte Auflage. Bern: Hans Huber.

Zimmerman, M., Chelminski, I., Young, D., Kalrymple, K. & Martinez, J. (2012). Is dimensional scoring of boderline personality disorder important only for subtreshold levels of severity? *Journal of Personality Disorder*, 27 (2), 244-251.