

# Persönlichkeitsstörungen und affektive Störungen

## Personality Disorders and Affective Disorders

Rainer Sachse & Stefanie Kizskenow-Bäker

### Themenschwerpunkt Affektive Störungen

#### Zusammenfassung

*Persönlichkeitsstörungen und affektive Störungen können unabhängig voneinander vorliegen, können aber auch psychologisch funktional miteinander verbunden sein. Dieser Artikel beleuchtet eine entsprechende Wechselwirkung mit dem Fokus auf die unipolare Depression und die narzisstische Persönlichkeitsstörung. Ausgehend von Methoden und Erfahrungen der Klärungsorientierten Psychotherapie werden psychologische Erklärungsmodelle und psychotherapeutische Konsequenzen dargestellt.*

#### Abstract

*Personality disorders and affective disorders can exist independently from each other or they can be psychologically and functionally linked. This article examines the respective interaction focusing on unipolar depression and narcissistic personality disorder. Psychological explanation models and psychotherapeutic consequences are described using methods of and experience from Clarification-Oriented Psychotherapy.*

#### 1. Einleitung

Beschäftigt man sich mit Persönlichkeitsstörungen (abgekürzt PD für „personality disorders“) und mit affektiven Störungen, dann wird deutlich, dass es sich bei beiden Störungen um hoch komplexe Erkrankungen handelt, die unterschiedlich konzeptualisiert werden können. Daher möchten wir uns an dieser Stelle auf wenige zentrale Konzepte konzentrieren. Betrachtet man beide Störungsbereiche, dann ist auch deutlich, dass sie voneinander unabhängig existent sein können, dass sie damit parallel (im echten Sinne „ko-morbide“) existieren können. Sie können aber auch psychologisch-funktional

verbunden sein, sich also wechselseitig beeinflussen – genau mit diesen Fällen wollen wir uns näher befassen.

Da Wechselwirkungen Komplexität zusätzlich erhöhen und beide Störungen allein bereits recht komplex sind, wollen wir die Komplexität reduzieren, indem wir die Wechselwirkung ausführlich an einer einzelnen Störung exemplarisch deutlich machen: die narzisstische Persönlichkeitsstörung.

#### 2. Affektive Störungen

##### 2.1. Depressionen

Unipolare Depressionen sind sehr verbreitete Störungsbilder. Akute Depressionen haben eine Lebenszeit-Prävalenz von etwa 17% (Jacobi et al., 2004) und man geht davon aus, dass die Störung in 25 bis 30% der Fälle einen chronischen Verlauf nimmt (Arnow & Constantino, 2003). Neben angenommenen Neurotransmitter-Fehlfunktionen, die Depressionen begünstigen (Kasper et al., 1997), haben sich vor allem psychologische Erklärungsansätze als Ursachenbeschreibung für Depressionen etabliert. Diese betonen die Rolle dysfunktionaler kognitiver Schemata (Beck, 1979; Beck et al., 1981), affektiver Schemata (Greenberg et al., 1993) und Alienation im Sinne einer Entfremdung vom eigenen Bedürfnissystem (Kuhl & Beckmann, 1994). Die gängige Verstärker-Verlust-Hypothese der Depression (Hautzinger, 2010) sieht unter anderem mangelndes oder ungünstiges instrumentelles Verhalten einer Person als verantwortlich für das Zustandekommen einer niedrigen Rate positiver Verstärker, die in depressiven Zuständen münden und diese aufrecht erhält.

Es ist davon auszugehen, dass nicht nur bestehende Kompetenzdefizite, sondern auch dysfunktionale Schemata zu einem Mangel an funktionalem Verhalten beitragen. Etwa können negative Selbst- und Beziehungsüber-

zeugungen einer Person verstärkende Erfolgserlebnisse vereiteln, z.B. wenn die eigenen Schemata dysfunktionale Erwartungen wie Zurückweisung oder Scheitern nahelegen. Eine verzerrte kognitive Verarbeitung einer Person kann außerdem die Wahrnehmung von potentiell verstärkenden Aspekten einer Situation blockieren (Sachse, 2000b). Sofern eine Person wenig Zugang dazu hat, was eigene zentrale Motive überhaupt sind, kann sie auch nicht aktiv zu deren Verwirklichung beitragen.

Wie wir im Folgenden noch näher ausführen werden bilden dysfunktionale Schemata deshalb einen Ansatzpunkt für das Ursachenverständnis als auch für eine nachhaltige Therapie von Depressionen. Wenn man Persönlichkeitsstörungen im Kern als Beziehungsstörung mit dysfunktionalen Beziehungs- und Selbstschemata und resultierenden interaktionellen Handlungsmustern begreift (Sachse, 1997, 2002, 2004, 2006, 2013; Sachse et al., 2011a, 2011b), dann verwundert die hohe Komorbidität von Depressionen und Persönlichkeitsstörungen nicht im Geringsten. Komorbiditäten mit Persönlichkeitsstörungen finden sich insbesondere bei chronisch depressiven Zuständen und frühem Erkrankungsbeginn signifikant häufiger als bei episodisch verlaufenden Depressionen, etwa 50% aller chronisch depressiven Klienten haben nach Schätzungen eine komorbide Persönlichkeitsstörung (Klein & Santiago, 2003).

## 2.2. Bipolare Störungen

Auch wenn wir den Fokus in diesem Beitrag wie bereits genannt auf unipolare Depressionen und deren Verbindungen zu Persönlichkeitsstörungen legen, möchten wir der Vollständigkeit halber an dieser Stelle auch kurz auf bipolare affektive Störungen eingehen. Prävalenzschätzungen für bipolare Störungen liegen über die gesamte Lebensdauer bei 3 bis 8% (Goodwin & Jamison, 2007), wobei die Bipolar-II-Störung mit hypomanen und depressiven Episoden wesentlich häufiger anzutreffen ist als die Bipolar-I-Störung, die das Vorliegen manischer Episoden erfordert. Multifaktorielle Diathese-Stress-Modelle (z.B. Hasler et al., 2006; Meyer & Hautzinger, 2004) gehen von einer grundlegenden genetisch-biologischen Vulnerabilität für bipolare Störungen aus, die vermittelt über individuellen Stress, kritische Lebensereignisse und Aktivitätsmuster, (medikamentöse) Non-Compliance sowie gestörte Schlafrhythmen in akute Krankheitsepisoden führen. Die Bedeutung von Persönlichkeitsfaktoren für die Entstehung bipolarer Störungen wurde intensiv diskutiert, es liegen jedoch keine Belege für deren Relevanz vor (Hautzinger & Meyer, 2011).

Trotz der vermutlich fehlenden Bedeutung bei der Entstehung bipolarer Störungen sind Persönlichkeitsaspekte aber ein wichtiger Faktor in der Diagnostik, denn vorhandene oder angenommene Persönlichkeitsstörungen können häufig zu Fehldiagnosen führen (Hautzinger & Meyer, 2011). Manische Symptome (z.B. impulsives, distanzgemindertes, egozentrisches oder grenzüberschreitendes Verhalten) können fälschlicher-

weise als Beleg für das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, histrionischen oder antisozialen Persönlichkeitsstörung gewertet werden und insbesondere eine Bipolar-II-Diagnose verzögern. Andererseits werden aus unserer Erfahrung narzisstische Klienten nicht selten fälschlicherweise als bipolar eingestuft. Das doppelte Selbstkonzept von Narzissten kann zu sehr unterschiedlichen affektiven Zuständen beitragen. Etwa kann eine Person sich in einem Moment interaktionell als extrem selbstbewusst und selbstüberschätzend präsentieren und in einem anderen Moment, etwa nach starkem Misserfolgserleben, vorübergehend in einen depressiv wirkenden, deprimierten Gemütszustand verfallen. Dabei handelt es sich aber in der Regel nicht um andauernde und klinisch relevante affektive Episoden, sondern nur um eine verständliche Begleiterscheinung der Persönlichkeitsstörung. Weitere Ausführungen zum doppelten Selbstkonzept bei narzisstischer Persönlichkeitsstörung finden sich im Folgenden.

## 3. Persönlichkeitsstörungen und das Beispiel Narzissmus

Wir wollen eine Theorie der Persönlichkeitsstörungen vorstellen und sie am Beispiel des Narzissmus illustrieren, nämlich das Modell der Doppelten Handlungsregulation (Sachse, 1997, 2002, 2004, 2006, 2013; Sachse et al., 2011a, 2011b).

Nach diesem Modell weisen Klienten mit PD immer bestimmte Beziehungsmotive weit oben in der Motiv-Hierarchie auf. Bei Narzissten (NAR) ist es Anerkennung: Klienten wollen von anderen positives Feedback über ihre Person erhalten, sie wollen hören, dass sie ok sind, liebenswert sind, hohe Fähigkeiten haben usw.

Bei anderen Störungen stehen andere Motive weit oben in der Hierarchie: Bei Histrionikern ist es Wichtigkeit, bei Dependents Verlässlichkeit, bei Passiv-Aggressiven ist es die Unverletzlichkeit von Grenzen etc.

Personen mit PD weisen immer auch dysfunktionale Schemata auf: Schemata sind „verdichtete Annahmen“, die sich in der Biographie bilden, durch Stimuli aktiviert werden und dann die Informationsverarbeitung und Handlungsregulation (stark) determinieren (Sachse et al., 2008). Dysfunktionale Schemata sind zum einen Selbst-Schemata, also Annahmen über die eigene Person: NAR weisen hier zwei parallele Schemata auf: Einerseits ein negatives Schema mit Annahmen wie:

- Ich bin nicht ok.
- Ich habe keine Fähigkeiten.
- Ich bin ein Versager etc.

Zum Anderen aber ein biographisch später entstandenes positives Schema mit Annahmen wie:

- Ich bin (hoch) intelligent.
- Ich habe (außergewöhnliche) Fähigkeiten.
- Ich bin (hoch) belastbar etc.

Ist das positive Schema aktiviert, dann ist die Person optimistisch, in einem positiven Affekt, traut sich viel zu, nimmt Herausforderungen an etc.

Ist dagegen das negative Schema aktiviert, dann ist die Person niedergeschlagen, traut sich wenig zu, vermeidet Scheitern und hält die Zukunft für problematisch.

Die Schemata hemmen sich gegenseitig: Ist das positive Schema stark aktiviert, dann hemmt es das Negative. Ist dagegen das negative Schema stark aktiviert, dann hemmt es das Positive: Die Person kann sich dann „für einen kompletten Versager“ halten. Meistens ist das positive Schema mittelmäßig aktiv. Das negative Schema ist dann nicht völlig gehemmt und sorgt für einen stetigen Strom von (mehr oder weniger starken) Selbstzweifeln (selbst bei sehr erfolgreichen NAR!).

Personen mit PD weisen auch dysfunktionale Beziehungsschemata auf, also Annahmen darüber, wie Beziehungen funktionieren oder wie man in Beziehungen behandelt wird. Schemata wie:

- In Beziehungen wird man bewertet und geprüft.
- In Beziehungen wird man kritisiert und abgewertet.
- In Beziehungen wird man eingeschränkt und kontrolliert.

Personen mit PD bilden dann kompensatorische Schemata, deren Funktion es ist, die negativen Annahmen der dysfunktionalen Schemata zu „widerlegen“: Sie bilden Norm- und Regel-Schemata.

Norm-Schemata enthalten Annahmen darüber, was die Person tun sollte oder tun muss oder was sie nicht tun sollte oder nicht tun darf. Bei NAR sind Norm-Schemata „Antreiber“, also Vorschriften, die hohen Einsatz fordern, wie:

- Leiste viel!
- Sei besser als andere!
- Sei der Beste!
- Streng Dich an!
- Sei erfolgreich!

Aber auch:

- Vermeide Kritik und Abwertung!
- Mach deutlich, wie gut Du bist!
- Gib wenig Persönliches von Dir preis!
- Bleib unabhängig!

Regel-Schemata enthalten Erwartungen an andere: Also Vorschriften an andere, was andere zu tun und zu lassen haben. NAR setzen meist Regeln wie:

- Man hat mich zu loben und anzuerkennen!
- Man hat mich nicht zu kritisieren!
- Man hat mich nicht zu behindern!
- Man hat mir Sonderrechte einzuräumen!

Ein hohes Ausmaß an Regeln führt meist dazu,

- dass sich die Betroffenen bei Interaktionspartnern unbeliebt machen: starke Regeln führen fast immer zu hohen interaktionellen Kosten;
- dass die Person sich über jeden Regelverstoß ärgert:

starke Regeln erzeugen meist ein (sehr) hohes Ausmaß von Ärger.

Personen mit PD entwickeln manipulative Strategien (Sachse et al., 2011a): Handlungen, deren tatsächliche Intentionen intransparent, getarnt sind und die dazu dienen, Interaktionspartner zu Handlungen zu veranlassen, die sie von sich aus nicht ausführen würden. In der Theorie des „impression management“ (Tedeschi et al., 1985; Tedeschi & Norman, 1985) wird manipulatives Handeln als Teil normaler Interaktion und sogar als Teil sozialer Kompetenz aufgefasst. Manipulation ist danach an sich nicht das Problem, das Problem ist die Dosierung: Ein hohes Ausmaß an Manipulation „nutzt den anderen aus“, dadurch wird das Gegenüber (über kurz oder lang) unzufrieden und verärgert.

Personen mit NAR sind hoch manipulativ, sie spannen andere für sich ein: Arbeitskollegen, Freunde, Partner etc. Von Partnern „erarbeiten“ sie sich „Sonderrechte“ (Befreiung von Hausarbeit, von Kinderbetreuung, von Alltagsaufgaben etc.); Kollegen spannen sie für ihre Arbeit ein, Freunde nutzen sie als „Connections“ etc.

Zur Manipulation können die Personen positive Strategien einsetzen: NAR verwenden hier Schmeicheleien, „gefallen einander“, nutzen das „Blöd-Spiel“ u.a. Personen können aber auch negative Strategien verwenden wie z.B. die Produktion von Symptomen: Schmerzen, Ängste usw. Meist reagieren Interaktionspartner (IP) zunächst auf solche Strategien, indem sie sich manipulieren lassen. Erst wenn die IP sich ausgenutzt fühlen, fangen sie an, sich zu wehren.

## 4. Persönlichkeitsstörungen: Ein System empfindlicher Balance

Betrachtet man Persönlichkeitsstörungen auf Basis dieses Modells, dann wird deutlich, dass es sich um Systeme handelt, die sich in einer empfindlichen Balance befinden: Auf der einen Seite gibt es dysfunktionale Schemata, die der Person suggerieren, dass sie als Person unzureichend ist und dass sie in Beziehungen schlecht behandelt wird. Von diesen Schemata geht eine stark „destruktive“ Kraft aus, die zu Pessimismus führt, zu negativen Zukunftsaussichten, zu negativen Konsequenzen. Diese Schemata wirken eher demotivierend und führen zu Resignation, zu Angst oder sogar zu Verzweiflung.

Auf der anderen Seite existieren kompensatorische Schemata, die zu kompensatorischem Handeln, einschließlich manipulativem Handeln, führen: Diese Aspekte verleihen ein hohes Maß an Kontrolle und an Selbstwirksamkeit, sie erzeugen Optimismus, Hoffnung auf Erfolg. Sie führen weiters zu positiven Verstärkern und dem Wegfall negativer Konsequenzen. Damit funktioniert die Kompensation meist recht gut, auch bei NAR: Erfolgreiche NAR sind meist hoch leistungsfähig, ausdauernd, anstrengungsbereit. Wenn ihre Fähigkeiten

darüber hinaus gut sind, werden sie auch in der Realität (sehr) erfolgreich. Genau damit klappt dann auch die Kompensation: Sie können sich selbst immer wieder beweisen, dass sie nicht dumm und unfähig sind.

Die Sache hat allerdings einen Haken: Negative Schemata akkommodieren nicht – positive Erfahrungen korrigieren die negativen Annahmen offenbar in gar keiner Weise. Dysfunktionale Annahmen sind wie ein Feuer, das man zwar kontrollieren, aber nicht löschen kann. Deshalb muss man es auch immer und immer wieder kontrollieren. Tut man dies irgendwann nicht mehr, breitet es sich (schnell) aus.

Genau das passiert, wenn die Kompensation versagt: Ist Kompensation nicht mehr möglich oder nicht mehr erfolgreich, können die negativen Schemata nicht mehr gehemmt, nicht mehr kontrolliert werden und übernehmen ungehindert die Kontrolle über das System. Ein solcher Effekt tritt ein,

- wenn die Person die kompensatorischen Handlungen nicht mehr ausführen kann (z.B. durch Krankheit, Schlaganfall, Herzinfarkt etc.);
- wenn die Person den Kontext verlassen muss, in dem sie kompensieren konnte (z.B. durch Entlassung, Trennung, lebensverändernde Ereignisse etc.);
- wenn die Umgebung auf die kompensierenden Handlungen nicht mehr angemessen reagiert (z.B. weil sie sich nicht mehr manipulieren lassen will; weil die Beziehung nicht mehr funktioniert);
- wenn die kompensatorischen Handlungen in der Realität nicht mehr funktionieren und keine Wirkungen mehr hervorrufen (z.B. weil die Handlungen schlechter werden, weniger flexibel, weniger überzeugend).

Bei NAR kann die Kompensation z.B. zusammenbrechen,

- wenn sie erkranken: z.B. aufgrund eines Schlaganfalls oder eines Herzinfarkts kann der NAR sein Leistungsniveau nicht mehr halten: er kann nicht mehr „beweisen“, wie gut, ausdauernd, erfolgreich er ist und damit gewinnt das negative Schema langsam an Stärke;
- wenn die Anforderungen steigen: ein NAR kann sehr lange in seinem Job sehr gut sein, doch werden neue Technologien eingeführt, in denen jüngere Kollegen deutlich besser sind kann die Person plötzlich nicht mehr mithalten, sie hat Erlebnisse von „Scheitern“ und das negative Schema wird ständig „getriggert“;
- wenn die Person in den Ruhezustand geht: nun kann sie sich leistungsmäßig gar nichts mehr beweisen und kann ihr negatives Schema nicht mehr „im Griff halten“. Sie fühlt sich unnütz, erfolglos, das negative Schema nimmt Überhand;
- wenn die Person entlassen wird: selbst dann, wenn sie für die Entlassung nichts kann, treten zwei Effekte ein. Sie kann einerseits nichts mehr leisten und nichts tun, um das negative Schema zu kompensieren und sie wird die Entlassung als Scheitern auffassen, als grundlegende Bestätigung für das negative Schema. In diesem Fall wird das Schema sehr schnell an Stärke zunehmen.

## 5. Unter welchen Umständen bedingen Persönlichkeitsstörungen Depressionen?

Betrachtet man die Theorie der Persönlichkeitsstörungen, dann kann man allgemein sagen: So lange einer Person mit PD eine Kompensation gut gelingt, ist dies ein protektiver Faktor gegen Depressionen: Gute Kompensationen halten dysfunktionale Schemata gut unter Kontrolle, führen zu Verstärkern und zum Wegfall negativer Konsequenzen. Dies alles sind wirksame Maßnahmen gegen die Entwicklung von Depressionen.

Funktionieren die kompensatorischen Strategien jedoch nicht mehr, dann lassen sich die dysfunktionalen Schemata nicht mehr kontrollieren: Sie determinieren dann in zunehmendem Maße die Informationsverarbeitung und die Handlungsregulation. Die Person verliert zunehmend den Zugang zu Verstärkern: Sie kann kaum noch Verstärker erreichen, sondern sie erzeugt in hohem Maße Kosten. Ihre Selbst-Effizienz-Erwartung wird geringer, sie hat den Eindruck, nur noch wenig bewirken und die Realität kaum noch kontrollieren zu können. Damit wird sie zunehmend pessimistisch und eine kognitive Triade (Beck, 1981) bildet sich aus: Eine negative Sicht der Gegenwart, der Vergangenheit und der Zukunft. Im Extremfall kann es zur Konstruktion von „Hoffnungslosigkeit“ führen, was das Suizidrisiko stark erhöht.

Man kann dies bei NAR gut beobachten, deren Kompensation scheitert: Eine narzisstische Person, die aus dem Beruf entlassen wird, hat keine Möglichkeit mehr, sich selbst durch Leistung zu beweisen, dass sie gut und leistungsfähig ist. Außerdem wird sie die Kündigung sehr wahrscheinlich auf sich und ihre Unfähigkeit attribuieren. Dadurch ist das negative Selbst-Schema (sowie das negative Beziehungsschema) in einem Dauer-Aktivierungszustand: Die Person nimmt sich selbst als Versager wahr, sie sieht sich selbst als inkompetent, als schwach und wertlos, sie hat den Eindruck, dass sie keine effektiven Handlungen ausführen kann, die diesen Zustand beenden. Sie schafft sich keine Anlässe von Befriedigung mehr. Bisherige Quellen von Erfolg (Status-Symbole, Ansehen, Connections etc.) fallen zunehmend weg, sie hat den Eindruck, dass sie abgelehnt und abgewertet wird. Ihr Denken wird zunehmend negativ bis hin zu einer Konstruktion von Hilf- und Hoffnungslosigkeit.

Natürlich wirkt auch die sich entwickelnde Depression zurück: Der Zustand von Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, kognitiver Einengung etc. wird von der Person als Zeichen von Versagen, von Schwäche, von Inkompetenz gedeutet. Dadurch wird das negative Schema scheinbar bestätigt und noch dominanter: Ein Teufelskreis kann sich so in Gang setzen.

Neben dem beschriebenen Fall, dass eine ehemals erfolgreiche Kompensation scheitert, findet man auch häufig den Fall, dass eine Person mit Persönlichkeitsstörung erst gar nicht erfolgreiche Strategien der Kompensation angewendet hat, sie auf Verhaltensebene also stets erfolglos war. Unserer Erfahrung nach zeichnen sich erfolglose Narzissten etwa dadurch aus, dass sie

zwar über die beschriebenen dysfunktionalen Selbst-, Beziehungs- und Regelschemata verfügen, also beispielsweise besonderen Respekt von ihrem Umfeld erwarten, jedoch nicht die leistungsantreibenden Normschemata aufweisen. Ihnen fehlen etwa Normen wie „Leiste viel!“ oder „Streng Dich an und sei immer der Beste!“. Stattdessen herrscht eine Überzeugung vor, dass Leistungsverhalten sich für sie nicht lohnt, dass alle Versuche, andere durch aktive Handlungsorientierung von sich zu überzeugen, ohnehin nicht fruchten werden. Personen mit erfolgloser narzisstischer Struktur sind hierdurch noch weitaus und früher im Leben depressionsgefährdet (und suizidgefährdet!) als solche mit erfolgreichen oder zumindest ehemals erfolgreichen Kompensationsmechanismen. Der Schutzfaktor, auf aktuelle oder vergangene Leistungen und Erfolge zurückblicken zu können und sich somit auch in kritischen Situationen wieder in das Erleben eines positiven Selbstbildes (sei es angemessen oder verzerrt) versetzen zu können, fehlt ihnen. Somit kann die Selbstwahrnehmung von erfolglosen Narzissten nach Misserfolgen und in Krisen zwar mitunter realistischer sein („Ich kann Erwartungen nicht erfüllen!“) als die von erfolgreicheren Personen, die zur Selbstüberschätzung neigen können („Ich bin besser als andere!“), aber leider nicht förderlich für ihren Selbstwert.

Ebenfalls begünstigend für die Entwicklung einer Depression können sich hier auch höhere interaktionale Kosten der Person im Alltag auswirken. Jemand, der kaum greifbare Leistungsorientierung zeigt, aber trotzdem Respekt und Sonderbehandlung verlangt, wird in der Regel auf wenig Entgegenkommen seiner Mitmenschen treffen und somit wenig bis gar keine Anerkennung und Erfolgserlebnisse, sondern vielmehr Ärger und Abwertung erfahren. Das Umfeld sieht es hier häufig überhaupt nicht ein, warum es sich wohlwollend und anerkennend verhalten sollte. Somit bestätigen sich vorhandene dysfunktionale Selbst- und Beziehungsschemata und deren Aktivierung im Alltag wird wahrscheinlicher. Der resultierende Mangel an Verstärkung und gesteigertes aversives Erleben führen so in die Depression oder halten diese aufrecht.

Dysfunktionale Schemata können sich aber nicht nur vermittelt über ihre verstärkte Aktivierung nach Zusammenbruch oder bei Fehlen von Kompensationsverhalten depressionsfördernd auswirken. Wie im Modell der Doppelten Handlungsregulation beschrieben, weisen insbesondere Personen mit Persönlichkeitsstörung einzelne Beziehungsmotive auf, die in ihrer Bedürfnishierarchie im Laufe des Lebens dauerhaft ganz weit oben stehen. Bei narzisstischen Personen ist dies etwa das Motiv nach Anerkennung. Wenn ihre Schemata der Person nun ein Kompensations- und Interaktionsverhalten nahelegen, das klar auf dieses eine oder wenige Motive ausgerichtet ist („Sei immer erfolgreich!“, „Beeindrucke andere!“), dann kann der Zugang zu anderen Motiven eingeschränkt bis fehlend sein. Auch die erfolgreiche Leistungskompensation hat somit leicht den Preis der zeitweisen oder dauerhaften Vernachlässigung anderer Bedürfnisse. Die

Person ist vielleicht tatsächlich sehr erfolgreich, beeindruckt und leistet viel, setzt jedoch ihre Energie nicht ein, um zum Beispiel Freundschaften zu pflegen, eine verlässliche Partnerschaft oder Familie aufzubauen, Gemeinschaft oder Autonomie in der Freizeitgestaltung zu erleben o.ä. Vielleicht spürt sie im schlimmsten Fall diese anderen Bedürfnisse neben der Anerkennung auch gar nicht und glaubt, sie nicht für ihr Wohlbefinden zu brauchen. Trotzdem kann eine latente Unzufriedenheit entstehen, die dauerhaft über einen Mangel an breiter, motivausgewogener Verstärkung depressionsfördernd sein kann. Bei einer Depression, die über einen Zusammenbruch von Kompensationsverhalten entstanden ist, hindert ein schlechter Zugang zu den eigenen Motiven unserer Erfahrung nach den Aufbau von ausgewogenen positiven Aktivitäten in der Depressionsbehandlung und Rückfallprävention. Niedrige Alienation und ein guter Zugang zu eigenen Motiven dagegen ist ein Schutzfaktor, den es in der Therapie auf- oder auszubauen gilt.

## 6. Manipulative Spielstrukturen: Ein anderer Weg in eine Depression

Bei einer Person mit Persönlichkeitsstörungen kann sich eine Depression aber auch anders entwickeln (oder beide Entwicklungen laufen parallel): Eine Depression kann als eine manipulative Strategie entstehen und kann damit ein Teil der PD werden, eine Strategie aus dem Repertoire manipulativer Strategien (Sachse et al., 2011a).

Bei erfolgreichen NAR kann dies dann entstehen, wenn die Kompensationen scheitern, die Person den Eindruck hat, nichts mehr leisten oder bewegen zu können und wenn sie anfängt, depressiv zu reagieren: Dann kann sie unter Umständen entdecken, dass die Depression auch Vorteile bringen kann. Bei erfolglosen NAR zeigt sich unserer Erfahrung nach der manipulative Umgang mit depressiven Symptomen tendenziell sogar noch häufiger und früher im Lebensverlauf.

Wenn man eine Depression gut einsetzt, so kann man diese auch als eine sehr gute Ausrede für sein „Scheitern“ benutzen: Man kann sich selbst und anderen deutlich machen, dass man aufgrund der Depression gescheitert ist, nicht wegen eigener Mängel oder Unfähigkeiten. Depression wird damit zu einer idealen exkulpierenden („entschuldigenden“) Strategie.

Man kann Depression aber auch nutzen, um sich vor unangenehmen Aufgaben „zu drücken“: Man will nicht mehr in den unangenehmen Beruf zurück und kann die Depression anführen, um zu begründen, „dass man es ja leider nicht kann“. Man will sich nicht mehr anstrengen oder keine Verantwortung mehr übernehmen und kann die Depression dafür verantwortlich machen, „dass man es leider nicht mehr kann“ usw.

In diesem Fall ist die Depression zu einer manipulativen Strategie geworden, die einer Person Verstärker oder den Wegfall negativer Konsequenzen einbringt: Die

Depression hat für die Person viele Vorteile. Und damit haben die Klienten dann wenig Motivation, die Depression loszuwerden, im Gegenteil: Sie haben sehr gute Gründe, die Depression zu behalten.

Der manipulative Umgang mit depressiven Symptomen muss dabei keineswegs bedeuten, dass eine Person nicht tatsächlich depressiv ist, depressiv war oder von einer depressiven Entwicklung gefährdet ist. Doch der Störungsgewinn durch Demonstration, Überbetonung oder Verlängerung einer depressiven Entwicklung ist nicht zu unterschätzen. In der Therapie berichten Klienten gelegentlich – aber erst, wenn eine sehr vertrauensvolle Beziehung zum Therapeuten und große Offenheit besteht – dass die Zuwendung und insbesondere der positive Zuspruch, den sie etwa während früherer depressiver Episoden erhalten haben, eine äußerst attraktive und erleichternde Erfahrung war, die man auskosten wolle. Aus dem System einer Person heraus, die in einem hohen Maße nach Anerkennung und Wertschätzung hungert, ist das ein nachvollziehbarer wenn auch äußerst ungünstiger Sachverhalt, denn auch auf teilweise oder vollständig manipulativ eingesetzten Depressionen kann man „hängen bleiben“ und den Absprung verpassen. Manipulative Tendenzen müssen der Person dabei auch keineswegs bewusst zugänglich sein, denn Verstärkung wirkt sich selbstverständlich auch implizit auf Verhalten und Erleben aus.

Bei narzisstischen Personen beobachtet man in diesem Zusammenhang auch häufig das Labeling einer Depression als „Burn-Out“, einem Modebegriff, der weniger stigmatisierend und sogar selbstwerterhöhend erlebt werden kann. Im Gegensatz zu einer klassischen Depression hat man sich ein Burn-Out durch überdurchschnittliche Leistungs- und Handlungsorientierung quasi „erarbeitet“ und das auf einem hohen Niveau, auf das andere erst einmal hinaufkommen müssen. Das fehlende negative Image führt zum noch stärkeren Überwiegen der Vorteile dieser Art von depressiver Störung.

Auch bei anderen Persönlichkeitsstörungen können Depressionen als manipulative Strategien entstehen: Bei der Dependenten, der Passiv-Aggressiven und bei erfolglos histrionischen Klienten ist dies sogar besonders wahrscheinlich (die demonstrierten depressiven Symptome können hier beispielsweise zur Vermeidung von drohenden Beziehungsabbrüchen, weniger Leistungsanforderungen an die Person oder aufmerksame Zuwendung sorgen). Da die Klienten in allen diesen Fällen etwas von der Depression haben, sind sie nicht änderungsmotiviert, sondern stabilisierungsmotiviert: Es entwickelt sich eine chronische Depression.

## 7. Psychotherapeutische Konsequenzen

Wir haben nun zwei Fälle spezifiziert, wie sich auf der Grundlage von Persönlichkeitsstörungen eine Depression bilden kann:

- Dadurch, dass die etablierten Kompensationsstrategien versagen und die negativen Schemata überhand nehmen.
- Dadurch, dass die Person Depression als manipulative Strategie einsetzt.

Beide Fälle haben unterschiedliche therapeutische Konsequenzen, mit denen wir uns nun befassen wollen.

### 7.1. Therapie von Depression aufgrund negativer Schemata

Diese depressive Entwicklung verläuft prinzipiell ähnlich wie von der kognitiven Theorie der Depression beschrieben (Beck et al., 1981). Negative Schemata, von denen die Person hochgradig überzeugt ist, lagen bereits vor Beginn der Depression vor. Das Versagen der Kompensationsstrategien bedeutet aber, dass aktuell eine problematische Situation vorliegt, die real existiert und die die negativen Schemata andauernd „triggert“ und hochgradig aktiviert. Eine nachhaltig wirksame Therapie erfordert somit die gezielte Klärung und anschließende Bearbeitung, also Umstrukturierung der dysfunktionalen Schemata. Somit lassen sich Depressionen – mit oder ohne komorbide Persönlichkeitsstörung – effektiv mit den Methoden der Klärungsorientierten Psychotherapie (KOP) behandeln (vgl. Sachse, 2003; Sachse et al., 2009, 2011a, 2011b). Da dysfunktionale Schemata vor allem in Interaktionssituationen aktiviert werden, etwa durch (wahrgenommene) Ablehnung oder Kritik, sind diese auch häufig der Ausgangspunkt von Klärungssequenzen zur Identifizierung entsprechender impliziter und expliziter Überzeugungen. Und auch in eben solchen sozialen Interaktionen behindern dysfunktionale Schemata, solange sie nicht bearbeitet werden, den depressiven Klienten an einer effektiven Motivbefriedigung.

Schemabearbeitung ist ebenfalls für die Rückfallprophylaxe depressiver Störungen relevant. Solange dysfunktionale Schemata (z.B. das Normschema „Ich darf keine Fehler machen!“) zur Tendenz führen, jeglichen beruflichen und privaten Misserfolg entweder leugnen zu müssen oder als Beweis für persönliches Scheitern und die Bestätigung des negativen Selbstkonzepts aufzunehmen („z.B. „Ich bin ein Versager!“), kann deren unvermeidliches Eintreten im Leben rückfallgefährdend sein.

### 7.2. Störungsspezifische Besonderheiten

Es ergeben sich in der Klärungsorientierten Psychotherapie der Depression einige störungsspezifische Besonderheiten und Empfehlungen aus unserer Sicht (siehe dazu auch Kizskenow, 2014).

Im Gegensatz zur klassischen Kognitiven Therapie ist die Schemaklärung und Schemabearbeitung (Sachse et al., 2008) mit dem KOP-Ansatz stärker situationsaktualisierend und stellt somit mitunter höhere Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit des Klienten. Nur

aktuell aktivierte Schemata sind nachhaltig klärbar und veränderbar (siehe Grawe, 1998), deshalb wollen wir mit der KOP Kognitionen und Affekte nicht nur „gedanklich rekonstruieren“, sondern erlebbar machen. Sofern sich ein Klient jedoch in einer schweren depressiven Episode befindet, die noch nicht beginnend entaktualisiert ist, er akute psychotische Symptome oder Suizidalität zeigt, ist derzeit von einer Kontraindikation einer stark erlebnisorientierten Methodik auszugehen. Hier sollte mit lösungsorientiertem Vorgehen (z.B. Aufbau positiver Aktivitäten, distanzierenden kognitiven Methoden oder ggf. pharmakologischer Mitbehandlung) zunächst eine Stabilisierung erfolgen. Weiterhin zu beachten ist außerdem die hohe Komorbidität von Depressionen und Persönlichkeitsstörungen mit Substanzabhängigkeit, der in vielen Fällen zeitlicher Vorrang im Ablauf der Behandlung eingeräumt werden sollte (siehe Kiszkenow, 2014; Schlebusch & Kiszkenow, 2011). Denn tieferreichende Schemaklärung und Schemabearbeitung erfordert in aller Regel die zunächst hergestellte Substanzabstinenz auf Seiten des Klienten.

Generell ist die flexible Kombination aus lösungs- und klärungsorientiertem Vorgehen therapeutisch besonders bei schweren depressiven Episoden empfehlenswert anstatt eine einzelne Methodik zu stark auszureizen. Lösungsorientierte (Verhaltens-)Therapie kann insbesondere zu Beginn der Behandlung der ersten Stimmungsaufhellung und Stabilisierung dienen als auch im Anschluss an eine klärungsorientierte Schemabearbeitung für den konkreten Alltagstransfer. Bei einem Klienten mit einer ausgeprägten Persönlichkeitsstörung kann das salient Machen und Verändern dysfunktionaler Schemata zur nachhaltigen Verhaltensveränderung mitunter nicht genügen. Wenn resultierende Handlungsmuster stark automatisiert sind und alternatives Verhalten nie ausreichend trainiert wurde, kann hier ein gezieltes Training sozialer Kompetenz (z.B. Hinsch & Pfingsten, 2007) in späteren Therapiephasen hilfreich sein. Ohne die vorherige Veränderung der Schemata, also solange die Persönlichkeitsstörung noch vollständig ich-synton ist, sollte die Person nur wenig motiviert sein, neue Verhaltensmuster zu trainieren.

### 7.3. Therapeutische Beziehungsgestaltung

Um die beschriebenen therapeutischen Methoden überhaupt effektiv anwenden zu können, ist aus unserer Sicht eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung und spezielle Aufmerksamkeit unerlässlich. Vertrauen und Bereitschaft zur Selbstöffnung ist in keiner Weise eine Voraussetzung für Psychotherapie, sondern vielmehr ein zu erreichendes Ziel. Depressive Klienten machen häufig die Erfahrung, von ihrem sozialen Umfeld auf Dauer unverstanden, ausgegrenzt und mit Ratschlägen bevormundet zu werden oder sie erleben sich einfach als lästig und unzumutbar. Eine komorbide Persönlichkeitsstörung, die ja im Kern eine Beziehungsstörung mit dysfunktionalen Selbst- und Beziehungsschemata ist,

potenziert die Bedeutung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung.

Dass klassische Kognitive Therapie hier zu kurz greifen kann und die interaktionelle Komponente zwischen Therapeut und Klient in der Behandlung einen stärkeren Fokus verdient, spiegelt sich auch in anderen therapeutischen Ansätzen wie dem CBASP (McCullough, 2000) wieder, einem kognitiv-behavioralen Ansatz, der speziell für die Behandlung chronischer Depressionen entwickelt wurde. McCullough bezeichnet die heilsame Generierung durch eine gezielte Beziehungsgestaltung des Therapeuten (etwa durch eine positive Reaktion auf Äußerung von Bedürfnissen, keine Abwertung oder direkte Dominanz im Prozess) als interpersonelles Diskriminationslernen. Dieses Ziel verfolgt in sehr spezifischer Weise auch die komplementäre, passgenaue Beziehungsgestaltung des Klärungsorientierten Ansatzes (Sachse et al., 2011a, 2011b): Der Therapeut hebt sich gezielt von anderen Interaktionspartnern ab und ermöglicht so eine neue Beziehungserfahrung, die Rückwirkung auf dysfunktionale Schemata hat. Dies erscheint uns insbesondere bei Klienten mit komorbider Persönlichkeitsstörung unverzichtbar, denn eine Persönlichkeitsstörung ist im Kern eine Beziehungsstörung.

Am Beispiel der narzisstischen Persönlichkeitsstörung bedeutet Komplementarität zum Anerkennungsmotiv vor allem die Vermeidung von allem, was als Abwertung interpretiert werden könnte und somit dysfunktionale Schemata und manipulative Spielebene aktiviert: Der Therapeut darf den Klienten nicht einmal ansatzweise defizitär definieren. Statt der Defizitperspektive gilt hier der Optimierungsgrundsatz. Durchgängige Komplementarität ermöglicht Vertrauensaufbau, Selbstöffnung und authentischeres Verhalten dem Therapeuten gegenüber. Die Person kann so die Erfahrung machen, dass strategisch manipulatives Handeln (z.B. narzisstische Selbstdarstellung, Abwertung anderer, Leugnen von offensichtlichen Defiziten) gar nicht notwendig ist, um anerkannt zu werden. Authentische Motivumsetzung führt langfristig zu mehr Zufriedenheit, Motivbefriedigung und wirkt Depressionen entgegen, sie reduziert das bereits beschriebene Risiko einseitiger Spielebene zur Vernachlässigung anderer Motive, eigener Überlastung und interaktionellem Ärger.

### 7.4. Therapie von Depression als manipulatives Spiel

Der zweite Fall ist deutlich komplexer: Hier erhält die Depression aus der Sicht der Person eine Funktion: Sie schützt vor unliebsamen Aufgaben und Verantwortung (Wegfall negativer Konsequenzen) und führt zu Aufmerksamkeit, Zuwendung etc. (erzeugt Verstärker). Hier ergeben sich therapeutisch mehrere Probleme:

- Die Depression erzeugt aus Sicht der Person mehr Gewinne als Kosten: Damit ist die Person nicht motiviert, die Depression „los“ zu werden und damit ist

sie zunächst auch nicht motiviert, sie therapeutisch zu bearbeiten.

- Im Gegenteil: Die Person ist motiviert, sie zu behalten und sie zu stabilisieren.
- Sie möchte sich aber auch nicht den Gewinnen stellen und sie nicht analysieren. Denn dies würde die Konstruktion grundsätzlich in Frage stellen. Daher wird die Auseinandersetzung mit entsprechenden Inhalten stark vermieden.

Zunächst muss der manipulative Einsatz bzw. Umgang mit depressiven Symptomen vom Therapeuten überhaupt als solcher erkannt werden. Der Umgang des Klienten mit der Symptomatik (z.B. Betonung der Schwere der Symptomatik, starke Beanspruchung des Versorgungssystems) und Images und Appelle in der therapeutischen Interaktion können Hinweise liefern. Klienten sollten dabei nicht unter den Generalverdacht der Manipulation geraten, aber häufig anzutreffen sind hier:

- Hartnäckige Unlösbarkeitskonstruktionen, z.B.: „Ohne die Depression wäre ich niemals arbeitslos geworden, aber solange ich depressiv bin, kann ich natürlich auch keinen neuen Job finden“.
- Mangelnde Motivation beim aktiven Mitwirken an der Behandlung z.B.: Mangelndes Einlassen auf therapeutische Fragestellungen, Blockierung von Übungen und Lösungsansätzen.
- Exkulperendes Verhalten und „Opfer der Umstände“, z.B.: „Diese Gesellschaft gibt mir keine Chance.“, „Das System ist unfair und sabotiert meine Bemühungen.“
- „Heldenhaftes armes Schwein“: Die Person vermittelt das Image, sich unter den gegebenen Umständen heldenhaft zu behaupten (aber leider nichts ändern zu können).

## 7.5. Beziehungsgestaltung und behutsame Konfrontationen

Beim Verdacht auf manipulativen Einsatz oder Umgang mit Symptomen ist die komplementäre Beziehungsgestaltung aus unserer Erfahrung extrem wichtig. Nur auf der Grundlage einer tragfähigen therapeutischen Beziehung wird der Klient bereit sein, oben genannte Images abzulegen und Krankheitsgewinne ansatzweise einzuräumen. Da die manipulative Spielebene Personen nur selten voll bewusst ist, sondern vielmehr ich-synton und automatisiert abläuft, sind in späteren Therapiephasen behutsame therapeutische Konfrontationen unerlässlich. Konfrontiert werden kann mit:

- Kurzfristigen Gewinnen durch die Symptomatik (Verantwortungsabgabe, Selbstwertschutz, Zuwendung etc.);
- Langfristigen Kosten der Manipulation (mangelnde Perspektive, Verlust an Kompetenzen, resultierender Ärger von Beziehungspartnern, eigene Unzufriedenheit etc.).

Ziel ist ein individuelles salient Machen der Problemaspekte. Die Person erhält erst dadurch die Möglichkeit, sich aktiv zu entscheiden, ob sie beim Status Quo bleiben oder den Zustand ändern möchte (Beides ist legitim). Personen werden nur dann bereit sein, sich mit dem Inhalt der Konfrontationen konstruktiv auseinander zu setzen, wenn diese vom Therapeuten empathisch, normalisierend und ohne moralischen Druck umgesetzt werden. Die jeweiligen Aspekte sollten dem Klienten nicht bildlich „um die Ohren gehauen werden“, er sollte auch nicht durch Nachdruck zum Einverständnis gedrängt werden. Vielmehr bietet man entsprechende Sichtweisen schrittweise, wohlwollend und verständnisvoll an.

Motivation des Klienten zur Aufgabe des manipulativen Charakters der Depression ist ein notwendiger Zwischenschritt in der Therapie. Im weiteren Vorgehen brauchen Personen meist aktive Unterstützung beim Ablegen automatisierter Verhaltensweisen, beim Aufbau funktionaler Strategien und bei der Aufarbeitung bereits etablierter Kosten der ungünstigen Strategien. Die Klärung und Veränderung dysfunktionaler Schemata, also die Bearbeitung der Persönlichkeitsstörung an sich, ist auch hier unumgänglich damit die bisherige Grundlage der Manipulationstendenzen langfristig wegfällt und die Person vor depressiven Entwicklungen geschützt ist.

## Literatur

- ARNOW, B. A. & CONSTANTINO, M. J. (2003). Effectiveness of psychotherapy and combination treatment for chronic depression. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 893-905.
- BACKENSTRASS, M. & MUNDT, C. (2008). Affektive Störungen. In S. C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 369-411). München: Urban & Fischer.
- BECK, A. T. (1979). *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose*. München: Pfeiffer.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F. & EMERY, G. (1981). *Kognitive Therapie der Depression*. München: Urban & Schwarzenberg.
- GOODWIN, F. K. & JAMISON, K. R. (2007). *Manic-Depressive Illness. Bipolar Disorders and recurrent Depression*. Oxford University Press.
- GREENBERG, L. S., RICE, L. N. & ELLIOTT R. (1993). *Facilitating Emotional Change: The Moment-by-Moment Process*. New York: Guilford.
- GRAWE, K. (1995). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- JACOBI, F., WITTCHEN, H.-U., HÖLTING, C., HÖFLER, M., PFISTER, H., MÜLLER, N. et al. (2004). Prevalenz, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population. Results from the German Health Interview and Examination Survey. *Psychological Medicine*, 34, 597-611.
- HASLER, G., DREVETS, W. C., GOULD, T. D., GOTTESMAN, I. I. & MANJI, H. K. (2006). Toward constructing an endophenotype strategy for bipolar disorders. *Biological Psychiatry*, 60, 93-105.
- HAUTZINGER, M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Behandlungsanleitungen und Materialien*, 6. Auflage. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- HAUTZINGER, M. (2006). Affektive Störungen. In H. Förstl, M. Hautzinger & G. Roth (Hrsg.), *Neurobiologie psychischer Störungen*. Heidelberg: Springer.
- HAUTZINGER, M. (2009). Depression. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Band 2 (S. 125-139). Heidelberg: Springer.
- HAUTZINGER, M. (2010). *Akute Depression. Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.



- HAUTZINGER, M. & DeJONG-MEYER, R. (1996). Wirksamkeit psychologischer Behandlungen bei Depressionen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25(2), 79-160.
- HAUTZINGER, M. & MEYER, T. D. (2011). *Bipolar affektive Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- HINSCH, R. & PFINGSTEN, U. (2007). *Gruppentraining Sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele*. Weinheim: PVU.
- KASPER, S., MÖLLER, H. J. & MÜLLER-SPAHN, F. (1997). *Depression. Diagnose und Pharmakotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- KISZKENOW, S. (2014). Klärungsorientierte Psychotherapie bei Depressionen. In R. Sachse, S. Schirm & S. Kiszkenow (Hrsg.), *Klärungsorientierte Psychotherapie in der Praxis*. Lengerich: Pabst, im Druck.
- KLEIN, D. N. & SANTIAGO, N. J. (2003). Dysthymia and chronic depression: Introduction, classification, risk factors and course. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 807-816.
- KUHL, J. & BECKMANN, J. (1994). Alienation: Ignoring one's preferences. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Volition and Personality: Action versus state orientation* (pp. 375-390). Göttingen: Hogrefe.
- MEYER, T. D. & HAUTZINGER, M. (2004). *Manisch-depressive Störungen. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- McCULLOUGH, J. P. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy – CBASP*. New York: Guilford Press.
- SACHSE, R. (2002). *Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- SACHSE, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- SACHSE, R. (2004). *Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. In R. Merod (Hrsg.), *Behandlung von Persönlichkeitsstörungen* (S. 357-404). Tübingen: DGVT-Verlag.
- SACHSE, R. (2005). *Psychologische Psychotherapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen*. Göttingen: Hogrefe.
- SACHSE, R. (2006). *Persönlichkeitsstörungen verstehen – Zum Umgang mit schwierigen Klienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- SACHSE, R. (2013). *Persönlichkeitsstörungen: Leitfaden für eine psychologische Psychotherapie* (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- SACHSE, R., FASBENDER, J., BREIL J. & PÜSCHEL, O. (2009). *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- SACHSE, R., PÜSCHEL, O., FASBENDER, J. & BREIL, J. (2008). *Klärungsorientierte Schema-Bearbeitung – Dysfunktionale Schemata effektiv verändern*. Göttingen: Hogrefe.
- SACHSE, R., SACHSE, M. & FASBENDER, J. (2011a). *Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- SACHSE, R., SACHSE, M. & FASBENDER, J. (2011b). *Klärungsorientierte Psychotherapie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- SCHLEBUSCH, P. & KISZKENOW, S. (2011). *Klärungsorientierte Aspekte und spezielle Probleme in der Psychotherapie der Alkoholabhängigkeit*. In R. Sachse. (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie 2*. Lengerich: Pabst.
- TEDESCHI, J. T., LINDSKOLD, S. & ROSENFELD, P. (1985). *Introduction to social psychology*. St. Paul, MN: West Publishing Company.
- TEDESCHI, J. T. & NORMAN, N. (1985). Social power, self-presentation, and the self. In B. R. Schlenker (Ed.), *The self and social life* (pp. 293-322). New York: McGraw-Hill.

## AutorIn

### Prof. Dr. Rainer Sachse

geb. 1948. 1969 bis 1978 Studium der Psychologie an der Ruhr-Universität Bochum. Seit 1980 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Ruhr-Universität Bochum. 1985 Promotion; 1991 Habilitation. Privatdozent an der Ruhr-Universität Bochum. Seit 1998 außerplanmäßiger Professor. Leiter des Instituts für Psychologische Psychotherapie. Arbeitsschwerpunkte: Klinische Psychologie, Klärungsorientierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie.



Institut für Psychologische Psychotherapie (IPP Bochum)  
Prümerstraße 4  
D-44787 Bochum  
Telefon: +49 (0) 234 6405775  
Fax: +49 (0) 234 18848  
info@ipp-bochum.de

### Stefanie Kiszkenow-Bäker

Diplom-Psychologin, Stellvertretende Leitung des Instituts für Suchttherapie am IPP Bochum, Psychologische Psychotherapeutin (Klärungsorientierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie), Dozentin und Psychotherapeutin am IPP Bochum, Freiberuflich tätig als Referentin, Coach und Supervisorin



Institut für Psychologische Psychotherapie (IPP Bochum)  
Prümerstraße 4  
D-44787 Bochum  
ippsucht@freenet.de



## 1- und 3-jährige Weiterbildung im ÖAGG

Erweitern Sie Ihre persönliche und berufliche Kompetenz durch die Integration kreativer Medien in Ihr Arbeitsfeld. Die Methode arbeitet mit Übergängen von einem Medium zum Anderen, aktiviert durch ihre Vielfältigkeit alle Sinne und eröffnet somit neue Zugänge zu persönlichen Problem- und Konfliktlösungen. Unser Curriculum im ÖAGG basiert auf Ansätzen der Kunsttherapie, der Kreativitäts-, Kognitions- und Synästhesie-, sowie der neueren Säuglingsforschung von Daniel Stern und den Erfahrungen der humanistischen und psychoanalytischen Psychotherapie.

### Nähere Informationen:

**Einführungsseminar:** 04.-05.10.2014  
Thomas Mayr, Tel.: 06991/033 58 20  
**Kosten:** EUR 220,00  
E-Mail: [Thomas-Mayr@chello.at](mailto:Thomas-Mayr@chello.at)  
**Anmeldeschluss:** 14 Tage vor Seminarbeginn

[www.multimediale-kunsttherapie.at](http://www.multimediale-kunsttherapie.at)