

---

PSYCHOANALYTISCHE  
OBJEKTBEZIEHUNGSTHEORIEN  
UND PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

EIN BEITRAG ZUR DIAGNOSTIK UND THERAPIE

---

---

*„Es gibt nichts Menschliches, was mir fremd wäre. Alles gibt es in mir.  
Ich bin ein kleines Kind, ich bin ein Erwachsener, ich bin ein Mörder und ich bin ein Heiliger.  
Ich bin narzisstisch und ich bin destruktiv.  
Es gibt nichts im Patienten, was es nicht auch in mir gibt.  
Und nur in dem Maße, als ich jene Erfahrungen, von denen mir der Patient  
indirekt oder ausdrücklich berichtet, in mir wiederfinden kann,  
so dass sie in mir entstehen und sich in mir widerspiegeln können, kann ich verstehen,  
wovon der Patient spricht und kann ich ihm das, wovon er spricht, zurückgeben.  
Dann kommt es auch zu der eigenartigen Erfahrung:  
Der Patient wird nicht das Gefühl haben, dass ich **über** ihn rede oder zu ihm herabspreche.  
Vielmehr wird er spüren, dass ich von etwas spreche, das wir beide teilen.“  
Erich Fromm (1991)*

---

## **Vorwort und Dank**

Durch die Arbeiten von Erich Fromm kam ich bereits vor dem Studium mit der Psychoanalyse in Kontakt. Meine Begeisterung dafür wurde schließlich so groß, dass sie mit ausschlaggebend für meinen Studienwunsch war. Zusammen mit meinem Interesse für Persönlichkeitspsychologie war es naheliegend, über ein Thema zu schreiben, das beide Bereiche umfasst. Psychoanalytische Objektbeziehungstheorien haben für mich besondere therapeutische Relevanz, da sie in der Lage sind, die komplexen Beziehungsgestaltungen von Persönlichkeitsstörungen zu verstehen und Implikationen für die Therapie zu entwickeln. Die Beschäftigung mit diesen Themen war sowohl von praktischem, als auch von persönlichem Nutzen. So hat für mich heute, nachdem mir die einzelnen Persönlichkeitstypen näher gekommen sind, das vorangestellte Zitat eine tiefere Bedeutung erhalten.

Danken möchte ich allen, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit mit Rat, Tat und Aufmunterung unterstützt haben. Allen voran danke ich Herrn Prof. Rogner für seine fürsorgliche und rücksichtnehmende Betreuung. Großer Dank geht auch an alle, die für diese Arbeit Fragebögen ausgefüllt und verteilt haben, insbesondere an Judith, Susanne und alle meine ArbeitskollegInnen. Für die vielen Tipps und die guten Augen beim Korrekturlesen möchte ich Sonja, Iris und Marion danken. Dank an Steffi für den Laptop. Nicht zu vergessen danke ich meinen Eltern Herbert und Christa, durch deren geduldige Unterstützung dieses Studium überhaupt erst möglich wurde.

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort und Dank.....</b>	<b>V</b>
<b>Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>X</b>
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Psychoanalytische Objektbeziehungstheorien .....</b>	<b>3</b>
2.1 Einführung .....	3
2.2 Erläuterung zentraler Begriffe.....	4
2.2.1 Das ICH .....	4
2.2.2 Das Objekt .....	4
2.2.3 Das Selbst .....	6
2.2.4 Das Selbstobjekt .....	7
2.2.5 Übertragung – Gegenübertragung .....	8
2.3 Margaret Mahlers Theorie der kindlichen Entwicklung.....	9
2.4 Modifikation von Kernbergs ICH-Organisationsstufen .....	12
<b>3. Zur Definition von Persönlichkeitsstörung .....</b>	<b>16</b>
3.1 Einführung .....	16
3.2 Diagnosestellung nach ICD-10 .....	19
<b>4. Ausgewählte Persönlichkeitsstörungen .....</b>	<b>21</b>
4.1 Borderline Entwicklungsniveau .....	21
4.1.1 Schizoide Persönlichkeitsstörung.....	21
4.1.1.1 Fallbeispiel .....	21
4.1.1.2 Diagnostik nach ICD-10 und DSM-IV .....	22
4.1.1.3 Spezielle psychodynamische Aspekte .....	25
4.1.1.3.1 Ätiologie .....	26

4.1.1.3.2	Typische Abwehrmechanismen.....	27
4.1.1.3.3	Charakteristische Gegenübertragungsgefühle.....	28
4.1.1.3.4	Therapiemotivation.....	30
4.1.1.3.5	Therapeutische Zielsetzung: Überwindung mangelhafter Bindung.....	30
4.1.2	Hysteroide Persönlichkeitsstörung.....	34
4.1.2.1	Fallbeispiel.....	34
4.1.2.2	Diagnostik nach ICD-10 und DSM-IV.....	35
4.1.2.3	Psychodynamische Aspekte.....	37
<b>4.2</b>	<b>Präneurotisches Entwicklungsniveau.....</b>	<b>39</b>
4.2.1	Narzisstische Persönlichkeitsstörung.....	39
4.2.1.1	Fallbeispiel.....	39
4.2.1.2	Diagnostik nach ICD-10 und DSM-IV.....	39
4.2.1.3	Spezielle psychodynamische Aspekte.....	41
4.2.1.3.1	Ätiologie.....	43
4.2.1.3.2	Typische Abwehrmechanismen.....	44
4.2.1.3.3	Charakteristische Gegenübertragungsgefühle.....	46
4.2.1.3.4	Therapiemotivation.....	49
4.2.1.3.5	Therapeutische Zielsetzung: Förderung des authentischen Selbst.....	50
4.2.2	Masochistische Persönlichkeitsstörung.....	53
4.2.2.1	Diagnostik und psychodynamische Aspekte.....	53
<b>4.3</b>	<b>Neurotisches Entwicklungsniveau.....</b>	<b>57</b>
4.3.1	Zwanghafte Persönlichkeitsstörung.....	57
4.3.1.1	Fallbeispiel.....	57
4.3.1.2	Diagnostik nach ICD-10 und DSM-IV.....	58
4.3.1.3	Psychodynamische Aspekte.....	59
4.3.2	Histrionische Persönlichkeitsstörung.....	61
4.3.2.1	Fallbeispiel.....	61
4.3.2.2	Diagnostik nach ICD-10 und DSM-IV.....	62
4.3.2.3	Spezielle psychodynamische Aspekte.....	63
4.3.2.3.1	Ätiologie.....	65
4.3.2.3.1.1	Weibliche Entwicklung.....	65
4.3.2.3.1.2	Männliche Entwicklung.....	68
4.3.2.3.2	Typische Abwehrmechanismen.....	71
4.3.2.3.3	Charakteristische Gegenübertragungsgefühle.....	72

---

4.3.2.3.4	Therapiemotivation.....	74
4.3.2.3.5	Therapeutische Zielsetzung: Entwicklung von Eigeninitiative und Selbstbehauptung.....	75
<b>5.</b>	<b>Methodische Grundlagen.....</b>	<b>78</b>
5.1	Zielsetzung und Fragestellung.....	78
5.2	Beschreibung der Stichprobe .....	78
5.3	Materialien und Operationalisierung .....	82
5.4	Durchführung der Untersuchung .....	83
5.4.1	Übersetzung und Revision.....	83
5.4.2	Erhebung der Stichprobe .....	85
5.4.3	Itemanalyse und verwendete Verfahren .....	85
<b>6.</b>	<b>Ergebnisse der statistischen Auswertungen .....</b>	<b>86</b>
6.1	Ergebnisse der Itemanalyse .....	86
6.2	Überprüfung der psychometrischen Kennwerte .....	87
6.3	Ergebnisse der nichtparametrischen Tests .....	88
<b>7.</b>	<b>Zusammenfassung und Diskussion .....</b>	<b>91</b>
7.1	Statistische Ergebnisse .....	91
7.2	Theoretische Grundlagen .....	93
7.3	Über den Einsatz von Fragebögen in therapeutischen Prozessen.....	96
<b>8.</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>100</b>
	<b>Anhang A: Objektbeziehungstherapie .....</b>	<b>105</b>
	<b>Anhang B: Psychodynamic Character Inventory-2 (Original) .....</b>	<b>108</b>
	<b>Anhang C: Psychodynamic Character Inventory-2 (deutsch) .....</b>	<b>113</b>

---

**Anhang D: Anschreiben .....120**

**Anhang E: Statistische Auswertungen .....121**

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Parkverhalten unterschiedlicher Persönlichkeitstypen.....	16
Abbildung 2: Gesundes (links) versus narzisstisches Identitätsgefühl (rechts) .....	42
Abbildung 3: Altersverteilung in Abhängigkeit vom Geschlecht (Angabe in Jahren)...	80
Abbildung 4: Cronbach's Alpha für Schizoid-Skala .....	121
Abbildung 5: Cronbach's Alpha für Borderline-Skala .....	121
Abbildung 6: Cronbach's Alpha für Narzissmus-Skala.....	122
Abbildung 7: Cronbach's Alpha für Masochismus-Skala .....	122
Abbildung 8: Cronbach's Alpha für Zwanghaft-Skala .....	123
Abbildung 9: Cronbach's Alpha für Hysterie-Skala.....	123
Tabelle 1: ICH- bzw. Objektbeziehungsentwicklung von Persönlichkeitsstilen und -störungen .....	10
Tabelle 2: Differenzierung fünf verschiedener ICH-Organisationsstufen .....	13
Tabelle 3: Fortsetzung von Tabelle 2 .....	15
Tabelle 4: Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen .....	18
Tabelle 5: Diagnostik der schizoiden Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 (F60.1) .....	22
Tabelle 6: Diagnostik der schizoiden Persönlichkeitsstörung gemäß DSM-IV .....	23
Tabelle 7: Merkmale schizoider Persönlichkeiten.....	25
Tabelle 8: Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach ICD-10.....	35
Tabelle 9: Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitssörung gemäß DSM-IV.....	36
Tabelle 10: Merkmale hysteroider Persönlichkeiten.....	37
Tabelle 11: Diagnostik der narzisstischen Persönlichkeitsstörung gemäß DSM-IV.....	40
Tabelle 12: Merkmale narzisstischer Persönlichkeiten .....	41
Tabelle 13: Merkmale masochistischer Persönlichkeiten .....	55
Tabelle 14: Diagnostik der anankastischen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10.....	58
Tabelle 15: Diagnostik der zwanghaften Persönlichkeitsstörung gemäß DSM-IV.....	59
Tabelle 16: Merkmale zwanghafter Persönlichkeiten .....	60
Tabelle 17: Diagnostik der histrionischen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10.....	62
Tabelle 18: Diagnostik der histrionischen Persönlichkeitsstörung gemäß DSM-IV.....	63
Tabelle 19: Merkmale histrionischer Persönlichkeiten .....	64
Tabelle 20: Altersdurchschnitt (Angabe in Jahren).....	78



---

Tabelle 21: Altersverteilung (Angaben in Jahren) .....	79
Tabelle 22: Schulabschluss.....	80
Tabelle 23: Studieninhalte bzw. Abschlüsse .....	81
Tabelle 24: Bearbeitungsdauer (Angabe in Minuten) .....	81
Tabelle 25: Häufigkeitsverteilung Bearbeitungsdauer (Angaben in Minuten) .....	82
Tabelle 26: Cronbach's Alpha der Subtests .....	86
Tabelle 27: Ergebnisse des Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstests.....	87
Tabelle 28: Levene-Test auf Varianzhomogenität .....	87
Tabelle 29: Signifikante Rangkorrelationen zwischen den Subtests.....	88
Tabelle 30: Mittelwerte der korrigierten Subtests .....	89
Tabelle 31: Mittelwerte der korrigierten Subtests nach Geschlecht.....	89
Tabelle 32: Mann-Whitney-U-Test auf Geschlechtsunterschiede.....	90
Tabelle 33: Objektbeziehungstherapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen.....	105
Tabelle 34: Objektbeziehungstherapie von präneurotischen Persönlichkeitsstörungen	106
Tabelle 35: Objektbeziehungstherapie von neurotischen Persönlichkeitsstörungen....	107
Tabelle 36: Rangkorrelationen der Subtests .....	124

## 1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit unternimmt eine Revision und Validierung des amerikanischen PCI-2 (Psychodynamic Character Inventory-2, Glickauf-Hughes & Wells (1997)). Es wurde aus objektbeziehungstheoretischer Sicht entwickelt und dient der Messung und Differenzierung von sechs Persönlichkeitsstörungen. Zum Verständnis des theoretischen Hintergrunds des Fragebogens werden die Persönlichkeitsstörungen aus diagnostischer und objektbeziehungstheoretischer Perspektive beschrieben. Zunächst möchte ich kurz eine theoretische Einordnung des Themas vornehmen.

Neben der Triebtheorie S. Freuds, der analytischen Psychologie C. G. Jungs, der Individualpsychologie A. Adlers und der Kohutschen Selbstpsychologie, zählen die *Objektbeziehungstheorien* zu den großen Schulen psychoanalytischer Theoriebildung. Sie erfreuen sich heute in Therapie und Wissenschaft großer Beliebtheit.

Im Mittelpunkt steht die Analyse vergangener Beziehungserfahrungen und deren Auswirkungen auf die gegenwärtige Beziehung zu sich selbst und den Mitmenschen. Prägende Erlebnisse mit wichtigen Bezugspersonen wie Eltern, Geschwister, PartnerInnen oder LehrerInnen bilden die Basis für die Erwartungen an uns selbst und an unsere Umwelt.

Kind und Bezugspersonen treten, in Abhängigkeit vom Lebensalter, den daraus resultierenden Bedürfnissen und Fähigkeiten des Kindes und den individuellen Reaktionen der Bezugspersonen, miteinander in Beziehung. Die so entstehenden Interaktionsmuster werden vom Kind verinnerlicht, in der Phantasie wiederholt und auf die übrige Welt generalisiert. Wir gehen daher häufig mit uns selbst bzw. mit Anderen auf dieselbe Weise um, wie mit uns umgegangen wurde und erwarten zunächst auch, dass sich die übrige Welt ebenso verhält, wie es unsere Bezugspersonen taten.

Voraussetzung für die Annahme einer Persönlichkeitsstörung ist zunächst eine Theorie der Persönlichkeit. Die Anzahl der *Persönlichkeitstheorien* ist groß. Als Hauptrichtungen werden kognitive, behavioristische, humanistische und psychodynamische Theorien unterschieden. Einen einführenden Überblick gibt Pervin (1993). Den Versuch einer metatheoretischen Integration der widersprüchlich erscheinenden Ideengebäude unternimmt Kuhl (2001). Hier wird ein neurophysiologisches und motivationspsychologi-

ches Fundament der unterscheidenden Persönlichkeitsmerkmale (z.B. Temperament, Basismotivation, kognitive Funktionen, Affektregulation) angenommen und untersucht.

Die Persönlichkeit eines Menschen entwickelt sich gemäß den Objektbeziehungstheorien durch die Art und Intensität der Beziehungserfahrungen. Sie kann als Summe der gemachten Erlebnisse und deren Verarbeitung angesehen werden. Im ungünstigen Fall kann dadurch eine pathologische Entwicklung gefördert werden, weshalb der Betroffene durch seine Art der Beziehungsgestaltung unbefriedigende Erlebnisse wiederholt.

Hintergrund der darzustellenden Behandlungsziele ist die von Cheryl Glickauf-Hughes & Marolyn Wells (1997) entwickelte Form der *Objektbeziehungstherapie*, in deren Mittelpunkt die zu erörternde *korrigierende Beziehungserfahrung* steht. Einen umfassenden Überblick über andere therapeutische Schulen und deren Entwicklung bieten Jaeggi (1997) und Kriz (1994). Sie legen die Schwerpunkte ihrer Darstellungen auf die *verbaltherapeutischen* Schulen, während Lowen (1988) seinen bioenergetischen, *körpertherapeutischen* Ansatz vorstellt, der auf Reich (1933) zurückgeht.

Das Kap. 2 führt in die objektbeziehungstheoretische Begriffswelt ein. Die dazugehörigen entwicklungstheoretischen Annahmen bilden die Voraussetzungen, sich intensiv mit ausgewählten Persönlichkeitsstörungen zu befassen. Hierzu wird in Kap. 3 der Begriff Persönlichkeitsstörung definiert. Im Anschluss daran stellt Kap. 4 eine psychodynamische Typologisierung sowie therapeutische Ziele der Behandlung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen vor.

Die Kap. 5 und 6 geben die Durchführung und Ergebnisse der Untersuchung des Fragebogens wieder. Zum Abschluss werden in Kap. 7 die statistischen Ergebnisse sowie die theoretischen Grundlagen zusammengefasst und diskutiert.

## 2. Psychoanalytische Objektbeziehungstheorien

### 2.1 Einführung

Unter den Objektbeziehungstheorien wird eine Vielzahl von unterschiedlichen TheoretikerInnen verstanden, die sich mehr oder weniger von Freuds ursprünglicher Triebtheorie entfernt haben. Zur *britischen Schule* zählen Melanie Klein, W. Ronald D. Fairbairn und Donald W. Winnicott. Margaret Mahler, Otto Kernberg und Heinz Kohut werden zur *amerikanischen Schule* gerechnet. Die *interpersonale Psychologie*, insbesondere um Harry S. Sullivan, hat ebenfalls sowohl ergänzende als auch kontroverse Beiträge geliefert.

Alle Theorien betrachten den Einfluss der Internalisierung von Objektbeziehungen auf die Entwicklung der psychischen Strukturen und der Wahrnehmung des Selbst bzw. des Objekts. Kenntnisse über die verinnerlichteten Objektbeziehungen lassen Rückschlüsse auf Verhalten und Emotionen einer Person zu. Strittige Themenbereiche innerhalb der Theorien sind:

- (1) Die Gewichtung des Bedürfnisses nach *Triebbefriedigung* gegenüber dem *Bedürfnis nach Beziehung*: Ist der Mensch eher auf der Suche nach Triebbefriedigung oder nach sozialen Beziehungen?
- (2) Die Rolle von Aggressionen in der Entwicklung des Kindes: Besteht ein natürliches *Bedürfnis nach Aggressivität* oder ist diese lediglich das *Resultat aus frustrierenden Objekterfahrungen*?
- (3) Das Vorhandensein einer *autistischen, unbezogenen Phase* eines Neugeborenen: Beginnt die soziale Bezogenheit des Kindes bereits nach (oder sogar vor) seiner Geburt oder erst nach einigen Monaten?

Im nächsten Abschnitt (Kap. 2.2) werden zum besseren Verständnis einige zentrale Begriffe (ICH, Objekt, Selbst, Selbstobjekt und Übertragung – Gegenübertragung) beschrieben, da sie im Verlaufe dieser Arbeit häufig verwendet werden.

## 2.2 Erläuterung zentraler Begriffe

### 2.2.1 Das ICH

Glickauf-Hughes & Wells (1997) definieren das ICH in Anlehnung an Freud (1923) als eine psychische Struktur mit der Funktion, eine optimale Bedürfnisbefriedigung als Resultat aus der Vermittlung von (Trieb-) Bedürfnissen (ES), Gewissen (Über-ICH) und der Realität zu ermöglichen. Dazu bedient es sich der sog. *ICH-Funktionen*:

- Abwehrmechanismen: i.S. einer Bewältigungs- bzw. Überlebensstrategie, die hilft, traumatisierende Erfahrungen und (ehemals) unpassende Gefühle und Bedürfnisse aus dem Bewusstsein zu verdrängen
- Autonome Funktionen: z.B. Intelligenz, Wahrnehmung, Absicht, Sprache, Denken
- Adaptive Funktionen: z.B. Realitätsprüfung, Impulskontrolle, Frustrationstoleranz
- Selbst- und Objektrepräsentanzen (das Bild von sich und Anderen)  
(Glickauf-Hughes & Wells (1997))

Im Verlauf dieser Arbeit werden die ICH-Funktionen in den Kap. über die typischen Abwehrmechanismen und den ich-strukturellen Therapiezielen weiter ausgeführt.

### 2.2.2 Das Objekt

Der Begriff „Objekt“ wurde erstmals von Freud (1915) als *libidinöses, triebbefriedigendes Objekt* eingeführt. Ein Objekt konnte demnach alles sein, was einen sexuellen oder aggressiven Trieb befriedigte (Freud 1926). Hamilton (1988) stellte ergänzend heraus, dass es sich bei einem Objekt sowohl um eine *Person, Sache, Phantasie oder einen Ort* handeln könne. Dadurch wird deutlich, warum der Begriff „Objekt“ auch paradoxerweise auf menschliche Subjekte angewendet wird.

Bei Objekten wird zwischen inneren oder äußeren Objekte unterschieden. *Äußere Objekte* sind reale Personen oder Gegenstände. Als *innere Objekte* werden die *mentalen Repräsentanzen* von wichtigen Bezugspersonen bezeichnet: Auf welche Weise haben wir unsere Bezugspersonen erlebt? Welche Erinnerungen sind damit verknüpft? Wie fühlen wir uns dabei (damals und heute)? Welche Erwartungen über deren Verhalten haben wir und was erwarteten sie von uns?

Innere Objekte haben emotionsregulierende, moralische und antizipatorische Funktionen, d.h. sie können uns bspw. beruhigen, Werte und Moralvorstellungen vorgeben und realistische Erwartungen über uns und unsere Umwelt verschaffen. Erleben wir z.B. Angst, so erinnern wir uns bewusst oder unbewusst daran, wie wir von unseren Eltern getröstet und geschützt wurden und regulieren darüber unsere Gefühle. Wurden wir von unseren Eltern geschätzt, so achten wir uns selbst und erwarten dies auch von Anderen. Wenn wir jedoch nicht ausreichend von unseren Bezugspersonen versorgt wurden, erleben wir übermäßige Ängste und Enttäuschungen.

Grundlage dieser Internalisierungen ist die *Beziehung* zu wichtigen Bezugsobjekten. Der Mensch wird daher in der Objektbeziehungstheorie, anders als in anderen Theorien, als *primär sozial orientiert* angesehen. Otto Kernberg schreibt dazu:

„Bei allen Interaktionen, die sich zwischen dem Kind und den bedeutsamen elterlichen Personen abspielen, ist das, *was das Kind internalisiert*, nicht das Bild oder die Repräsentanz des anderen, sondern *die Beziehung zwischen dem Selbst und dem anderen* – in Form von einer Interaktion zwischen Selbstrepräsentanz und Objektimago oder Objektrepräsentanz. Auf der Basis dieser inneren Struktur werden in der intrapsychischen Welt sowohl reale wie auch phantasierte Beziehungen zu bedeutsamen Anderen projiziert.“  
(Otto Kernberg in Mertens (1993), S. 97).

Nach Watzlawick (1990) ist es unmöglich, *nicht* zu kommunizieren. In Anlehnung daran könnte man also auf das Thema bezogen sagen: „Der Mensch kann nicht „nicht“ in Beziehung stehen.“ Jedes Verhalten ist immer auch ein Ausdruck von Beziehung.

Weitere wichtige Begriffe für den Untersuchungsgegenstand sind Objektpermanenz und Objekt Konstanz. Als *Objektpermanenz* betrachtet man die Fähigkeit des Kindes, sich an ein Objekt zu erinnern, auch wenn es außer Sichtweite ist. Dazu sind Kinder, bei gesunder Entwicklung, etwa ab dem 18. Lebensmonat in der Lage (Piaget 1988). Sie ist Voraussetzung für die Ausbildung der *Objekt- bzw. Selbstkonstanz*, d.h. der Fähigkeit, eine überwiegend positive Beziehung aufrechtzuerhalten, auch wenn diese durch kleine Krisen beeinflusst wird. Dazu muss das Kind neben der Objektpermanenz (1) über ein episodisches Gedächtnis verfügen, dass in der Lage ist, die im Umgang mit der Mutter

empfundene Emotionen zu speichern (2); sich selbst von Anderen unterscheiden können (3); „gute“ und „böse“ Aspekte seines Selbst und Anderer integrieren können (4). Hat das Kind diese Stufe der kognitiven Entwicklung erreicht, wird die Beziehung zur Mutter entlastet. Wenn sie abwesend ist oder nicht sofort auf das Kind eingehen kann, kann es sich jetzt an die positiven Erfahrungen mit der Mutter erinnern und sich selbst über eine gewisse Zeit beruhigen. Diese zwei ICH-Funktionen sind von großer Wichtigkeit, wenn wir uns der Ätiologie von Persönlichkeitsstörungen widmen. Im Kap. 4.1 werden Menschen vorgestellt, welche diese Fähigkeiten nicht oder nicht ausreichend entwickeln konnten.

### 2.2.3 Das Selbst

Die Definition des Terminus „Selbst“ ist, im Gegensatz zum Begriff Objekt, von stärkeren schulenspezifischen Einflüssen abhängig. Viele Autoren (u.a. Freud 1923) glauben, dass das Selbst auf die *Wahrnehmung des eigenen Körpers* zurückgeht: „Ich spüre meinen Körper, also bin ich.“ Andere Autoren (u.a. Kohut, Winnicott) sehen im Selbst eine *psychische Struktur*.

Das Selbst bei Kohut (1971, 1977) bezieht sich auf den Kern der Persönlichkeit und wird als eine bipolare Konstellation konzeptualisiert: Ambitionen und Ideale einerseits, Talente und Fertigkeiten andererseits. Das Selbst entwickelt sich als ein unabhängiges Zentrum für die Initiierung, die Organisation und Integration der Motivationssysteme und der Erfahrung. In den ersten Lebensjahren entwickelt das Kind ein *Kernselbst*, also die elementarsten Wahrnehmungen seiner selbst. Es entsteht nach Kohut durch das Gefühl von den Eltern gehört, gesehen, verstanden und wertgeschätzt zu werden.

Im Zustand von Kohärenz, Harmonie und Vitalität ist das Selbst in seiner normalen Funktion allerdings nicht erfahrbar. Lediglich in Zuständen verminderter Kohärenz des Selbst treten pathologische Manifestationen, als Zeichen der Fragmentierung, in Form von narzisstischer Wut, Suizidalität und psychosomatischen Symptomen auf.

Winnicott (1960) unterscheidet zwischen dem wahren und dem falschen Selbst. Als *wahres Selbst* werden die inhärenten Veranlagungen und sensorischen Wahrnehmungen des Kindes bezeichnet. Das *falsche Selbst* ist der Persönlichkeitsanteil, den die Eltern verzerrt wahrnehmen und der sich an deren Erwartungen anpasst. Das wahre Selbst

entwickelt sich laut Winnicott dadurch, dass die Bedürfnisse des Kindes Beachtung finden und es nicht bei seinen Tätigkeiten gestört oder gar unterbrochen wird. Er führte den Begriff der „*good-enough mother*“ ein (Winnicott 1958b, 1965a) und meint damit eine Person, der es optimal gelingt, eine beschützende („holding“) Atmosphäre zu schaffen und für die Bedürfnisse des Kindes aufmerksam zu sein. Beruhigend für alle Mütter ist dabei, dass er von einer „good-enough“ und nicht von einer perfekten Mutter spricht. Wenn sie lediglich „ausreichend gut“ auf die Bedürfnisse des Kindes eingeht, werden kurze Momente der Erschöpfung und Abwesenheit keine bleibenden Schäden hinterlassen.

#### 2.2.4 Das Selbstobjekt

Kohut (1971) beschreibt mit dem Begriff „Selbstobjekt“ einerseits eine *bestimmte Art von Beziehung* und andererseits einen *notwendigen Entwicklungsschritt*.

In den ersten Lebensmonaten lebt das Kind mit seiner Mutter in *Symbiose*, d.h. es ist noch nicht in der Lage, zwischen sich und der Mutter zu unterscheiden und sieht die Versorgung der Mutter als etwas Selbstverständliches an. Die Mutter ist also keine eigenständige Person, sondern ein *Selbstobjekt*, d.h. eine Erweiterung des Selbst. Sie muss in der Erwartung des Kindes ebenso prompt und selbstverständlich reagieren, wie der eigene Arm, wenn er bewegt werden soll. Aufgabe der Mutter ist, u.a. dem Kind seine Emotionen und Bedürfnisse zu spiegeln, sich in ihr Kind einzufühlen, es zu beruhigen und in seinen Fähigkeiten zu bestärken.

Später verschmilzt dann das Kind mit dem Selbstobjekt und internalisiert dadurch die Art und Weise der mütterlichen Versorgung. War diese ausreichend ist das Kind später in der Lage, andere Menschen als *Ganzobjekte*, also autonome Menschen mit eigenen Wünschen und Gefühlen, wahrzunehmen. Scheitert dieser Entwicklungsschritt, werden andere Menschen als *Teilobjekte* benutzt, um die mangelnde Versorgung auszugleichen (vgl. u.a. Kap. 4.2.1 zur narzisstischen Persönlichkeitsstörung). Folglich muss das Kind seine Bezugspersonen erfolgreich als Selbstobjekte gebrauchen können und dürfen, um später darauf als innere Objekte zurückgreifen zu können. Auch später im Leben werden wir zeitweilig darauf angewiesen sein, andere Menschen als Selbstobjekte zu gebrauchen: In der Psychotherapie oder z.B. während der katholischen Beichte interessieren wir uns in der Regel weniger für unser Gegenüber, sondern sind viel mehr mit unseren Sorgen verstrickt und auf Spiegelung und Trost angewiesen.



### 2.2.5 Übertragung – Gegenübertragung

Da das Konzept der Übertragung – Gegenübertragung den späteren Kapiteln zu den charakteristischen Gegenübertragungsgefühlen im Umgang mit den Persönlichkeitsstörungen zugrunde liegt, erfolgt an dieser Stelle eine kurze Einführung in die Thematik.

*Übertragung und Gegenübertragung* wurden ursprünglich von Sigmund Freud (vgl. Freud 1972) beobachtet und zur therapeutischen Technik der Übertragungsanalyse weiterentwickelt. Sie bezeichnen den zumeist unbewussten Teil des Beziehungsgeschehens im Allgemeinen sowie zwischen TherapeutIn (Th) und KlientIn (Kl) im Speziellen. Abgesehen von der realen Beziehungsebene zweier Menschen, fließen durch die Übertragung frühere Objekterfahrungen in die Interpretation der Beziehung mit ein. Dies ist ein völlig normaler Vorgang und findet immer dann statt, wenn zwei Menschen miteinander in Kontakt stehen. Mit *Übertragung* im therapeutischen Setting „werden Gefühle des Patienten dem Analytiker gegenüber gekennzeichnet, die nicht aus der realen Beziehung begründet sind, sondern von früheren Beziehungen stammen und nun in der therapeutischen Situation neu belebt werden.“ (Kriz 1994, S. 48). Der Kl sieht den Thn also durch die Brille seiner Vergangenheit.

Komplementär reagiert der Th emotional in Form einer *Gegenübertragung* auf seinen Kln. Insbesondere durch den Einfluss des ungarischen Psychoanalytikers Sándor Ferenczi schenkt die Psychoanalyse heute diesen Reaktionen mehr Aufmerksamkeit. Kriz (1994, S. 49) definiert Gegenübertragung als „[...] die nicht-neurotische Reaktion des Analytikers auf die Übertragung seiner Patienten [...].“

Die von Glickauf-Hughes & Wells (1997) entwickelte Form der *Objektbeziehungstherapie* berücksichtigt in hohem Maße die Gefühle des Thn im Umgang mit seinen Kln. Sie unterscheiden zwischen der oben definierten *objektiven* und der *subjektiven* (bzw. *Eigen-*) *Übertragung*. Letztere empfindet der Th, wenn er seinerseits mit dem Kln frühere Beziehungsmuster wiederholt, die er im Umgang mit den eigenen Bezugspersonen entwickelt hat. Manchmal ähnelt ein Kl den eigenen Eltern, weshalb die Beziehung zu diesen in einer ausführlichen Lehranalyse bewusst gemacht werden sollte, um den Kln vor den traumatisierenden Beziehungserfahrungen seines Thn zu schützen.

### 2.3 Margaret Mahlers Theorie der kindlichen Entwicklung

Wie später noch darzustellen sein wird, beanspruchen das ICD-10 und DSM-IV eine möglichst theoriefreie Betrachtung von Symptomen und Persönlichkeitsstörungen. Es sollen den Beschreibungen keine ätiologischen und therapeutischen Implikationen zugrunde liegen. Gegenstand dieser Arbeit sollen hingegen die Persönlichkeitsstörungen aus objektbeziehungstheoretischer Perspektive sein. Hierzu werden zunächst der Ätiologie von Persönlichkeitsstörungen einige objektbeziehungstheoretische Entwicklungshypothesen zugrundegelegt.

Margaret Mahler (1965), eine amerikanische Objektbeziehungsforscherin, untersuchte die *Entwicklung der Selbst-Objekt-Differenzierung* des Kindes. Sie nimmt an, dass das Kind dabei unterschiedliche Phasen auf dem Weg zur Unterscheidung zwischen sich und Anderen durchläuft.

Tabelle 1 veranschaulicht die Entwicklungsschritte von der autistischen Phase bis hin zur vollständigen Heranreifeung der Objektkonstanz und dem Eintritt in die ödipale Phase (linke Spalte der Tabelle). Glickauf-Hughes & Wells (1997) setzen die Entwicklungstheorie Mahlers mit Millons (1981) bipolarem Bindungskonzept von „over- vs. underattached“ (rechte bzw. mittlere Spalte der Tabelle) in Beziehung. Dabei wird vermutet, dass Frauen eher dem klammernden („overattached“) und Männer eher dem beziehungsvermeidenden („underattached“) Beziehungsverhalten zuzuordnen sind. Außerdem wird das primäre Verhalten der Bezugspersonen angeführt, welches zur Persönlichkeitsentwicklung beiträgt: Chronische Vernachlässigung (mittlere Spalte) oder ambivalentes, unberechenbares Verhalten (rechte Spalte). Das Ergebnis ist die in Tabelle 1 dargestellte Einteilung der Persönlichkeitsstile.

**Tabelle 1: ICH- bzw. Objektbeziehungsentwicklung von Persönlichkeitsstilen und -störungen**

“Primary environmental treatment	Chronic neglect of the child or neglect of the child's true self (conditional love and acceptance for meeting parent's selfobject need)	Inconsistent, ambivalent treatment of the child depending on parents' moods and needs (i.e., parents are capriciously and intermittently rewarding, interspersed with punishment and/or rejection)
Basic attachment style	Detached self-sufficiency: Extreme introversion or withdrawal of true self from objects	Overattached/dependent: Ambivalent attachment (acting out); anxious attachment (clinging)
Stage of developmental arrest:		
1. Autistic [ <i>bis</i> 2. Monat] and symbiotic (psychotic level) [2. – 6. Monat]	Schizoid personality	
2. Separation-individuation (borderline level) [6. – 25. Monat]	Narcissist preneurotic* personality	Hysteroid personality
3. On the way to object constancy (preneurotic level) [25. – 36. Monat]		Masochist personality
4. Oedipal (neurotic level)	Obsessive-compulsive personality	Hysterical personality

\*Table only includes the disorders described in this book. Thus, the narcissist borderline would be placed in the same category as schizoid, and antisocial and paranoid personalities would be under aggressive-sadistic.” (Glickauf-Hughes & Wells (1997), S. 90).

In der *autistischen Phase* (0 - 2. Lebensmonat) ist das Kind noch völlig desorientiert und in einem primitiv-halluzinatorischen Zustand. Es ist hauptsächlich damit beschäftigt, Grundbedürfnisse zu befriedigen und auf simple Weise Freude von Unlust zu unterscheiden.

Ab dem 2. Lebensmonat erlebt es im Besonderen die Einheit mit der Mutter. Die *symbiotische Phase* drückt das Gefühl des Kindes etwa so aus: „Mama und ich sind eins.“ In der Illusion einer Verschmelzung mit der Mutter differenziert das Kind noch nicht zwischen einem von außen herbeigeführten Zustand (z.B. wenn die Mutter das Kind füttert und es sich satt fühlt) und dem inneren Erleben, d.h. wenn es sich gut oder schlecht fühlt, kann es dies noch nicht auf das Verhalten der Mutter zurückführen. Es nimmt die Mutter noch nicht als versorgende, unabhängige Person wahr. Störungen in dieser Phase hinterlassen später eine tiefe Sehnsucht nach Verschmelzung und Symbiose bei gleichzeitiger Angst davor, wie man sie beim schizoiden Typus vorfindet (vgl. Kap. 4.1.1).

Wird die symbiotische Phase optimal durchlaufen, startet etwa mit dem 6. Lebensmonat die Phase der *Separation – Individuation*. Das Kind beginnt damit, sich schrittweise von der Mutter zu lösen und eine autonome Person zu werden. Etwa vom 6. bis 10. Lebensmonat tritt eine *Differenzierung* zwischen Selbst und Anderen sowie zwischen Mutter und Nicht-Mutter ein. Ab dem 8. Monat fremdelt daher das Kind, weil es zwischen der Mutter und anderen Personen unterscheiden kann und sich ängstigt, wenn die Mutter nicht anwesend ist. Mit der wachsenden Mobilität des Kindes kann es sich durch *Übung* (10. - 16. Monat) zunehmend von der Mutter entfernen. Es beginnt die Welt, einschließlich dem Vater, zu erforschen. Aufgabe des Vaters ist nun, das Kind aus der Symbiose mit der Mutter herauszulocken und neugierig auf die Welt zu machen. Allerdings erlebt das Kind dabei auch seine ersten Grenzen und spürt, dass es nicht omnipotent ist. Diese Verunsicherung über die eigene Verletzbarkeit und das Getrenntsein von der Mutter treibt es in der Phase der *Wiederannäherung* (16. - 25. Monat) zurück zur Mutter. Diese Phase ist typischerweise sehr ambivalent, da das Kind zwischen Anklammern und Exploration hin und her schwankt. Es erlebt den Konflikt zwischen (1) seinem Bedürfnis nach Autonomie vs. dem Wunsch nach Rückkehr zur Symbiose mit der Mutter; (2) dem Wunsch nach Omnipotenz, Grandiosität und Autonomie vs. der Illusion, weiterhin von der Mutter versorgt zu werden, ohne dass es spürt, immer noch auf ihre Hilfe angewiesen zu sein. Es macht idealerweise die Erfahrung, dass die Mutter und das zu Hause sichere Orte sind, von denen aus die Welt erforscht werden kann und zu denen es wieder zurückkehren kann. Die Mutter vermittelt die Sicherheit, sich trennen und wiederkehren zu dürfen, ohne dass sie ängstlich, traurig und/oder ärgerlich wird. Dadurch beginnt das Kind, die mütterlichen Versorgungsfunktionen zu internalisieren und wird unabhängiger. Es bildet sog. *Selbstobjekte* (vgl. Kap. 2.1.4) heraus. Zudem bringt es vermehrt seinen Widerwillen zum Ausdruck und sagt „nein“, wodurch es übt, sich als unterschiedlich von Anderen zu erleben.

Etwa ab dem 18. Monat kann es sich an die Mutter kognitiv und emotional erinnern, denn es hat Objektpermanenz entwickelt. Jedoch spaltet es die Welt noch in ausschließlich „gut“ und ausschließlich „böse“. Wird das Kind in dieser Phase nicht ausreichend unterstützt, kann es keine hilfreichen ICH-Funktionen (vgl. Kap. 2.1.1) ausbilden und bleibt auf die emotionale Regulation von außen angewiesen. Zudem überwindet das Kind die Spaltung der Welt in „nur gut“ und „nur böse“ nicht. Die pathologisierenden Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung werden in den Kapiteln 4.1.2 (hysteroide Persönlichkeit) und 4.2.1 (narzisstische Persönlichkeit) beschrieben.

In der letzten Phase der präodipalen Entwicklung (25. - 36. Lebensmonat) befindet sich das Kind *auf dem Weg zur Objektkonstanz*. Es lernt, dass Beziehungen primär „gut“ sind, aber auch einige unangenehme Qualitäten haben können. Dadurch wird es *ambivalenzfähig*, d.h. es kann gleichzeitig sowohl Liebe als auch Wut auf die Mutter empfinden. Es rückt von seiner egozentrischen Weltsicht ab und entwickelt (1) Ausdruck von Zuneigung und Vertrauen; (2) Berücksichtigung von Interessen und Gefühlen Anderer; (3) kooperatives Verhalten; (4) Toleranz gegenüber dem Alleinsein; (5) ein Kernselbst (vgl. Kap. 2.1.3); (6) reifere Realitätsprüfung. Probleme in dieser Phase begünstigen die Entwicklung der masochistischen Persönlichkeit (vgl. Kap. 4.2.2).

*Zusammenfassend* entwickeln sich Störungen der Persönlichkeit aus der Internalisierung von inadäquaten Objektbeziehungen. In Abhängigkeit vom Lebensalter des Kindes und der Qualität der Objektbeziehungen bleibt das Kind entweder übermäßig abhängig oder vermeidet Beziehungen. Diese bipolare Einteilung erinnert an Michael Balints Konzept der Oknophilie vs. Philobatie (Balint (1972)). Oknophile entgehen ihrer Trennungsangst bzw. ihrer Angst vor dem Fallengelassen werden, indem sie sich sehr an das Objekt anklammern, während sich Philobate gar nicht erst auf Beziehungen einlassen.

## 2.4 Modifikation von Kernbergs ICH-Organisationsstufen

Glickauf-Hughes & Wells (1997) haben Kernbergs Theorie der ICH-Organisationsstufen (Kernberg 1983) erweitert und in einen größeren Zusammenhang gestellt. Diese neue Sichtweise bildet die Grundlage für die spätere Differenzierung der sechs Persönlichkeitsstile. Es werden in Kap. 4 beispielhaft jeweils zwei Stile auf der borderline, präneurotischen und neurotischen Organisationsstufe beschrieben.

Tabelle 2 unterscheidet fünf ICH-Organisationsstufen (normal, neurotisch, präneurotisch, borderline und psychotisch) nach *Abwehrmechanismen* und Intensität der beobachtbaren regressiven Zustände. Die Abstufung von sog. höheren, mittleren und niedrigen Abwehrmechanismen bezieht sich auf das Ausmaß der Realitätsverzerrung. Bei höheren Abwehrmechanismen bleibt der Realitätskontakt mehr erhalten, als bei mittleren und niedrigen. Auf die Beschreibung und Funktion der Abwehrmechanismen wird in Kap. 4 näher eingegangen. Empfehlenswerte Literatur dazu stellt A. Freud (1991) und Mentzos (1992) dar.

**Tabelle 2: Differenzierung fünf verschiedener ICH-Organisationsstufen**

Normal ego organization	Neurotic ego organization	Preneurotic ego organization	Borderline ego organization	Psychotic ego organization
[Intrapsychic conflicts are delimited to certain areas, usually reality based]			[Intrapsychic conflicts are global, and affect most areas of life]	
Higher level defenses: Sublimation, altruism, intellectualization, suppression, humor (defense becomes an adaptive coping structure)	Higher level defenses: Frequent use of fantasy, repression, sublimation, intellectualization, identification	Higher level defenses: Intellectualization, rationalization, fantasy	Higher level defenses: Occasional use of intellectualization and rationalization	Higher level defenses
Middle level defenses	Middle level defenses: Rationalization, reaction formation, denial, undoing, isolation, substitution of affect, displacement	Middle level defenses: Frequent use of denial, reaction formation, undoing, substitution of affect, idealization, and devaluation	Middle level defenses: Occasional use of reaction formation and substitution of affect	Middle level defenses
Lower level defenses	Lower level defenses: Occasional acting out	Lower level defenses: Introjection and projection, masochistic splitting; very occasional use of projective identification and acting out	Lower level defenses: Frequent use of splitting, primitive idealization and devaluation, derealization and depersonalization, projection, introjection and projective identification, extreme acting out	Lower level defenses: Derealization, depersonalization, hallucination, severe dissociations, delusions
Regression: Generally in service of ego and easily reversible; interpretation improves functioning		Regression: Infrequent and temporary Selfobject functions: Improve functioning	Regression: Frequent and reversible Confrontation and clarification improve functioning	Regression: Severe decompensations, not easily reversible Interpretation furthers regression

Glickauf-Hughes & Wells (1997), S. 84.

Das Ausmaß der *regressiven Zustände* reicht von leichten (i.S.v. hilfreichen und reversiblen) Regressionen bis hin zu schweren, länger anhaltenden psychotischen Dekompensationen.

Die Tabelle 3 erweitert Tabelle 2 um die Ausdifferenzierung der ICH-Organisationsstufen nach vorherrschenden Denkprozessen, primären Ängsten, Art der Objektbeziehungen und Struktur der Identität.

Die *Denkprozesse* sind bei normaler bis präneurotischer Organisationsstufe vorwiegend sekundärprozesshafter, also rationaler und realitätsbezogener als auf der borderline und psychotischen Stufe. Die Neigung zu Einbildungen und Phantasiewelten, d.h. primärprozesshaftem Denken, wird durch die Einwirkung von Stress und Drogen auf der borderline und psychotischen Ebene erhört.

*Primäre Ängste* erstrecken sich von Über-ICH-Angst (Gewissensbisse) über Bestrafungsängste/Angst vor Liebesverlust bis hin zu massiven Vernichtungsängsten und Angst vor Objektverlust. Letztere bezeichnet das Gefühl, völlig allein auf der Welt zu sein, was auf mangelnde *Objektpermanenz* zurückzuführen ist. Dementsprechend ist es Menschen mit Angst vor Objektverlust nicht gelungen, fürsorgliche Objekte, wie Mutter oder Vater, zu internalisieren und in ihrem Inneren als stützende Funktionen zu bewahren.

Zur Entwicklung der *Identität* gehört auch die Ausbildung der *Objekt Konstanz*, also der Fähigkeit, bei sich selber und bei Anderen sowohl „gute“ als auch „böse“ Anteile gleichzeitig wahrzunehmen. Gelingt dies nicht, so leiden Objektbeziehungen darunter, dass eine Seite des Selbst und des Objekts verborgen und geleugnet werden muss. Die Beziehungen verlaufen entweder besonders ideal oder besonders negativ. Nicht umsonst heißt es m.E. im kirchlichen Ehegelübde: „In guten *und* in schlechten Zeiten.“, um das Ehepaar daran zu erinnern, dass *beides* zum Leben dazu gehört. Das Ausmaß des *Integrationserlebens* sowie die Stärke des *Urvertrauens* werden hier ebenfalls mit zur Identität als beeinflussende Faktoren hinzugezählt. Insbesondere bei den borderline und präneurotischen Störungen findet man starke Beeinträchtigungen dieser existentiell wichtigen Erfahrungen.

Tabelle 3: Fortsetzung von Tabelle 2

	Normal ego organization	Neurotic ego organization	Preneurotic ego organization	Borderline ego organization	Psychotic ego organization
Orientation of thought process	Secondary process thinking (rational thought as trial action based on reality principle; rational, logical, reality-based thinking intervenes between impulse and behavior (Kernberg 1976))		Secondary process thinking with relatively rare regressive episodes with primary others	Tendency toward primary process (immediate discharge) thinking on unstructured tests or under the influence of alcohol, drugs, or stress (Kernberg 1976)	
Primary anxiety	Fear of superego; personal conscience (appropriate guilt)	Fear of superego (inappropriate guilt), punishment or castration and impotence; fear of loss of object's love; signal anxiety	Upper level: Fear of loss of object's love and approval; fear of abandonment by object Lower level: Fear of loss of self-esteem, fear of impingement	Upper Level: Fear of object loss (total isolation from objects) Lower level: Fear of annihilation, fear of loss of self	
Object relations	Whole object relations; capacity for real object love and lasting relationships of some considerable depth; capable of reciprocity, giving, caring for objects for reasons other than the functions they can provide		Unstable whole object relations; regression to need-satisfying level can occur during threat of loss of security object that provides security or esteem	Need-satisfying level of object relations; need and dependency replace love; intense transient or superficial relations	Extremely impoverished to barely discernible relationships with others; lack of ability to empathize
Identity	Integrated identity: A stable, well-integrated (good and bad), realistically based sense of self that remains constant over time; resilient self-esteem; peripheral inconsistencies are ego-dystonic  Stable object constancy: A stable, well-integrated, and primarily good mental representation of internal objects; realistically perceived external objects; the ability to maintain a stable emotional tie with others; the ability to self-soothe when distressed  Basic trust: Able to depend on realistically perceived others, who are viewed as predominantly good until proven otherwise; able to depend on/trust (i.e., one's own perceptions, feelings)		Cohesive but fragmented identity: Differentiated, cohesive, but somewhat vulnerable sense of self; problems with integrating ego-dystonic self experience; non-resilient self-esteem; contradictions in self experience are ego-dystonic  Incomplete object constancy: Overdependent on a somewhat idealized object to maintain sense of security and self-esteem; vulnerable to anxiety and depression; ambivalence toward objects  Weaknesses of basic trust: Underlying lack of basic trust compensated for by defenses such as introjection, rationalization, denial, and idealization	Identity diffusion; a noncohesive, vague, undefined sense of self; a contradictory set of self representations that are poorly integrated and actively (though unconsciously) kept mutually exclusive; the therapist often can construct only a diffused, chaotic, inconsistent internal image of the client; contradictions in self experience are mainly ego syntonic  Object constancy defects: A contradictory, poorly integrated non-reality-based representation of others; the inability to maintain a stable emotional tie to external others; the inability to self-soothe when distressed  Lack of basic trust: Unable to really depend on others; predominately negative anticipation of others' behaviour and intentions	

Glickauf-Hughes & Wells (1997), S. 85/86.



### 3. Zur Definition von Persönlichkeitsstörung

#### 3.1 Einführung

Als erste, karikaturistische Annäherung an das Thema, soll folgende Zeichnung dienen, deren VerfasserIn unbekannt ist:

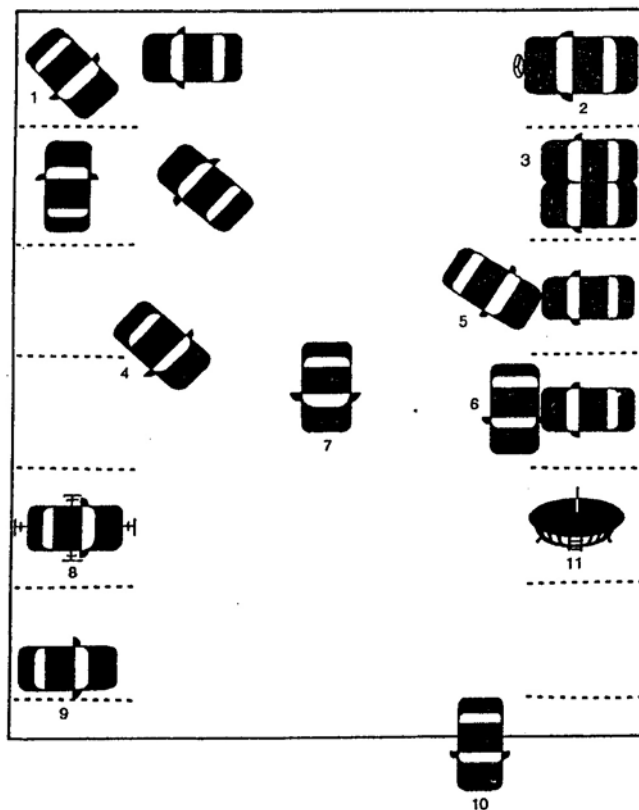


Abbildung 1: Parkverhalten unterschiedlicher Persönlichkeitstypen  
(Quelle: unbekannt)

Zu sehen ist eine Veranschaulichung des vermuteten Parkverhaltens verschiedener Personentypen:

1. *Paranoid*: Fühlt sich schnell bedroht und in die Enge getrieben.
2. *Narzisstisch*: Fährt das größte und/oder teuerste Auto; braucht Statussymbole, wie z.B. Mercedes-Stern.
3. *Abhängig*: Benötigt andere Autos, um sich sicher und beschützt zu fühlen.
4. *Passiv-Aggressiv (z.T. Masochistisch)*: Zeigt seinen unterschwelligen Ärger, indem er „schlampig“ einparkt und dadurch andere Parkflächen blockiert.

5. *Borderline*: Rammt das Auto des Ex-Liebhhabers aus Wut über das Verlassenwerden.
6. *Antisozial*: Versperrt anderen Autos rücksichtslos den Weg.
7. *Hysterisch*: Parkt im Mittelpunkt, um viel Aufmerksamkeit zu bekommen.
8. *Zwanghaft*: Versucht möglichst perfekt ausgerichtet einzuparken.
9. *Ängstlich-vermeidend*: Versteckt sich in der Ecke, aus Angst vor Peinlichkeiten oder Schaden.
10. *Schizoid*: Stellt sich Abseits, weil die Nähe zu anderen Autos kaum erträglich ist.
11. *Schizotypisch*: Interessiert sich sehr für außergewöhnliche, skurrile Ideen und landet daher mit einem Ufo.

Abgesehen von diesen pointierten Verhaltensweisen lassen sich noch weitere Merkmale herausarbeiten. Oft treten Kombination aus mehreren Typen auf, weshalb kein Mensch ausschließlich einem Typus zuzuordnen ist. Diese Vielfalt an Menschen macht das Leben erst interessant und bunt. Jeder Typus besetzt eine ökologische Nische innerhalb der Gesellschaft und trägt damit zu ihrem Überleben bei.

Viele Menschen werden beim Betrachten der Abbildung 1 feststellen, dass sie sich mit einem oder mehreren Persönlichkeitstypen identifizieren können. Sie werden sich vielleicht fragen: „Bin ich jetzt gestört?“. In den allermeisten Fällen trifft dies jedoch nicht zu, denn die Kriterien zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sind streng und müssen mit großer Sorgfalt bewertet werden. In einer *epidemiologischen Studie* von Maier et al. (1992) wurden 452 ProbandInnen mit Hilfe des SKID-II (Strukturiertes Klinisches Interview für das DSM-III-R, Achse II) auf die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen untersucht. Das DSM ist ein amerikanisches Diagnosesystem der American Psychiatric Association (vgl. Kap. 4ff). Prävalenz bezeichnet die Gesamtzahl aller Fälle einer Stichprobe in einem bestimmten Zeitraum. Ein „Fall“ ist eine Person, die das zu untersuchende Merkmal (hier: Persönlichkeitsstörung nach DSM-III-R) aufweist.

Es ergaben sich folgende Prävalenzraten (Tabelle 4):

<b>Persönlichkeitsstörung</b>	<b>Prävalenz (%-Rate)</b>
Paranoid	1,8
Schizoid	0,4
Schizotypisch	0,7
Antisozial	0,2
Borderline	1,1
Histrionisch	1,3
Narzisstisch	0
Ängstlich-vermeidend	1,1
Abhängig	1,5
Zwanghaft	2,2
Passiv-aggressiv	1,8

**Tabelle 4: Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen**

Die Prävalenzraten reichen von 0 bis 2,2%. Am Häufigsten werden die zwanghafte, passiv-aggressive und paranoide Persönlichkeitsstörung gefunden. Die narzisstische Persönlichkeitsstörung ist dagegen nicht vertreten. Leider gibt die Quelle (Fiedler (1995)) keine Auskunft über Repräsentativität und Region der Stichprobe. Zudem wird nicht deutlich, ob Komorbidität zwischen den Störungen vorliegt, d.h. ob es TeilnehmerInnen mit mehr als einer Störung gab. Sollten keine Mehrfachdiagnosen vorliegen, weist in dieser Stichprobe etwa jeder zehnte (Gesamtprävalenz = 12,1%) eine Persönlichkeitsstörung auf.

Bevor ich zur offiziellen Definition des Begriffs Persönlichkeitsstörung in Kap. 3.2 übergehe, möchte ich noch ein paar allgemeinere Überlegungen voranstellen. Es erscheint plausibel, dass ein Mensch, welcher in verschiedenen Situationen flexibel und angemessen reagieren kann, weniger schmerzliche Erfahrungen machen wird, als jemand, der immer auf die gleiche, stereotype Weise auf Beziehungs- und Interaktionsangebote reagiert. Je starrer und unangemessener ein Verhaltensrepertoire ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, in sozialen Situationen unvorteilhaft zu reagieren. Hysteri-

sche Menschen verhalten sich bspw. sexuell verführerisch, obwohl sie sich von ihrem Gegenüber gegenseitige Liebe und/oder eine tiefere Beziehung wünschen. Reagiert der Interaktionspartner auf die äußerlich gezeigte Verführung, kann es zu großen Verwirrungen, Missverständnissen und Kränkungen kommen. Ein paranoider Mensch fühlt sich andererseits von vielen Menschen angegriffen oder bedroht, weil er seinem Gesprächspartner böse Absichten unterstellt. Wenn dieser ärgerlich auf die falschen Mutmaßungen reagiert, hat sich das paranoide Weltbild gemäß einer sich selbsterfüllenden Prophezeiung bestätigt.

Treten solche *maladaptiven Interaktionsmuster* ständig auf, werden Bedürfnisse nach Nähe, Anerkennung, Sicherheit, Autonomie, Zugehörigkeit, Liebe, usw. nicht ausreichend befriedigt. Es entsteht Leidensdruck, der sich bei Persönlichkeitsstörungen u.U. erst im Erwachsenenalter manifestieren kann, da vorher häufig die eigenen Erlebens- und Verhaltensweisen als ich-synton, also zur Identität zugehörig, empfunden werden. Es ist den Betroffenen oft über lange Zeit nicht bewusst, dass sie Interaktionen fehlinterpretieren und/oder unbewusst provozieren (Fiedler 1995).

Im Anschluss soll nun geklärt werden, wo die Grenze zwischen einem gesunden Typus und einer klinisch-diagnostizierbaren Persönlichkeitsstörung zu ziehen ist.

### **3.2 Diagnosestellung nach ICD-10**

Im ICD-10 werden spezielle Persönlichkeitsstörungen unter den Ziffern F60.0-F60.9 diagnostiziert. Sie „[...] umfassen tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen.“ (ICD-10, S. 225). Die Definition einer Persönlichkeitsstörung gemäß ICD-10 lautet:

„Hier liegt eine schwere Störung der charakterlichen Konstitution und des Verhaltens vor, die mehrere Bereiche der Persönlichkeit betrifft. Sie geht meist mit persönlichen und sozialen Beeinträchtigungen einher. Persönlichkeitsstörungen treten häufig in der Kindheit oder in der Adoleszenz in Erscheinung und manifestieren sich endgültig im Erwachsenenalter. Daher ist die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vor dem Alter von 16 oder 17 Jahren wahrscheinlich unangemessen.“ (ICD-10, S. 227).

Um Fehldiagnosen auszuschließen, muss die „Einschätzung [...] auf möglichst vielen Informationen beruhen. Auch wenn ein Persönlichkeitsbild manchmal durch ein einziges Interview deutlich wird, müssen oft mehr als ein Interview durchgeführt und fremdanamnestic Angaben eingeholt werden.“ (ICD-10, S. 226). Als diagnostische Leitlinien dienen die nachfolgenden Kriterien:

1. „Deutliche *Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten* in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken sowie in den Beziehungen zu anderen.
2. Das auffällige Verhaltensmuster ist *andauernd und gleichförmig* und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt.
3. Das Verhaltensmuster ist *tiefgreifend* und in vielen persönlichen und sozialen Situationen *eindeutig unpassend*.
4. Die Störungen beginnen immer in der *Kindheit oder Jugend* und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.
5. Die Störung führt zu *deutlichem subjektiven Leiden*, manchmal jedoch erst im späteren Verlauf.
6. Die Störung ist meistens mit *deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit* verbunden.“ (ICD-10, S. 227, eigene Hervorhebungen)

Das Verhaltensmuster darf nicht durch Hirnschädigungen, –krankheiten oder andere psychiatrische Störungen (z.B. Schizophrenie) zu erklären sein. Des Weiteren müssen kulturelle Unterschiede in Bezug auf soziale Normen, Regeln und Verpflichtungen berücksichtigt werden, damit z.B. ein an Voodoo glaubender Afrikaner in diesem Lande nicht als schizotype Persönlichkeit betrachtet oder umgekehrt ein deutscher Postbeamter in Afrika als zwanghaft angesehen werden könnte.

Im nachfolgenden Kap. möchte ich mich der Beschreibung einzelner Persönlichkeitsstörungen widmen.

## 4. Ausgewählte Persönlichkeitsstörungen

In diesem Abschnitt werden einzelne Persönlichkeitsstörungen nach ihren charakteristischen Merkmalen, Ätiologien und therapeutischen Implikationen vorgestellt. Die Auswahl wurde nach den sechs Subskalen des Psychodynamic Character Inventory-2 (PCI-2) von Glickauf-Hughes & Wells (1997) getroffen, weshalb andere Störungsbilder, wie z.B. die antisoziale oder paranoide Persönlichkeit, nicht berücksichtigt werden. Ein vollständigerer Überblick findet sich bei Interesse in Fiedler (1995).

In Anlehnung an die Tabellen 2 und 3, ist dieses Kap. in die Beschreibung des borderline, präneurotischen und neurotischen Entwicklungsniveaus unterteilt. Die Reihenfolge der Abhandlung (schizoid, hysteroid, narzisstisch, masochistisch, zwanghaft, histrionisch) ist durch das Lebensalter bestimmt, in dem die jeweilige Störung ihren Ursprung hat. Es werden jeweils zwei Typologien für jedes Niveau beispielhaft angeführt, von denen eine intensiver aus psychodynamischem Blickwinkel betrachtet wird.

### 4.1 Borderline Entwicklungsniveau

#### 4.1.1 Schizoide Persönlichkeitsstörung

##### 4.1.1.1 Fallbeispiel

Lesen wir im Fallbeispiel zunächst von Marc (29), wie das Leben eines schizoiden Menschen aussah, bevor er eine Psychotherapie begann:

„Es stimmt schon, dass ich mich immer am glücklichsten fühlte, wenn ich *allein* war. Als Kind stieg ich mit Vorliebe auf den Dachboden, wo ich Stunden damit verbrachte, angeregt durch Bücher, die ich gerade las, *Geschichten* von Entdeckern und geheimnisvollen Inseln *zu erfinden*. Ich *träumte mit offenen Augen*. Die Geschichten schrieb ich in ein Schulheft, das ich niemandem zeigte. [...] Oft waren diese Inseln *ohne eine Spur menschlichen Lebens*, und meine Rolle bestand vor allem darin, die Fauna und Flora zu klassifizieren. [...] In der Schule lief es nicht besonders. Ich war ein *guter Schüler, aber nicht populär*. [...] Am unglücklichsten habe ich mich in der Jugend gefühlt. Die anderen gingen gemeinsam weg und baggerten die Mädchen an; *ich blieb für mich*. [...] Eine Unterhaltung zu führen strengte mich schrecklich an, und außerdem hatte ich immer den Eindruck, *nicht zu verstehen, was die anderen von mir erwarteten*.“ (Lelord & André 2001, S. 152/153).

Für Marc war *Alleinsein* wichtiger als der Kontakt zu seinen Mitmenschen. Selbst in seinen *Tagträumen* erlebte er sich als einsamer Forscher, der mehr an der Tier- und Pflanzenwelt als an anderen Menschen interessiert war. In der Schule halfen ihm seine *kognitiven Fähigkeiten*, um gute Leistungen zu erzielen, jedoch blieb er ein *Außenseiter*. Auch der Umgang mit dem anderen Geschlecht gelang ihm lange nicht. Das Gefühl des *Fremdseins* auf der Welt erlebte er besonders, wenn er versuchte, sich mit anderen zu unterhalten. Es gelang ihm aufgrund seiner *emotionalen Gehemmtheit* nicht, sich in andere hineinzusetzen und spontane, lockere Gespräche zu führen.

#### 4.1.1.2 Diagnostik nach ICD-10 und DSM-IV

Die schizoide Persönlichkeit ist nicht zu verwechseln mit einer schizophrenen Störung. Letztere geht u.a. mit psychotischen Symptomen wie Wahn, optischen oder akustischen Halluzinationen und kognitiven Störungen der räumlichen, zeitlichen oder personenbezogenen Orientierung einher. Ein schizoider Mensch leidet nicht unter solchen Krankheitszeichen, wobei gelegentlich einer Schizophrenie eine schizoide Persönlichkeit zugrunde liegt.

Im ICD-10 werden, anders als im DSM-IV, keine diagnostischen Achsen verwendet. Die herausgebende Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sich darauf verständigt, jeder Störung einzelne Ziffern zuzuordnen, die dann unter Fachleuten, Kliniken und Krankenkassen ausgetauscht werden. Im Fall der schizoiden Persönlichkeitsstörung ist dies die Ziffer F60.1, deren Kriterien in Tabelle 5 aufgelistet sind.

**Tabelle 5: Diagnostik der schizoiden Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 (F60.1)**

---

**[Mindestens drei der folgenden Merkmale müssen erfüllt sein:]**

1. „Wenige oder überhaupt keine Tätigkeiten bereiten Vergnügen.
2. Emotionale Kühle, Distanziertheit oder flache Affektivität.
3. Geringe Fähigkeit, warme, zärtliche Gefühle oder auch Ärger anderen gegenüber zu zeigen.
4. Anscheinende Gleichgültigkeit gegenüber Lob oder Kritik.
5. Wenig Interesse an sexuellen Erfahrungen mit einer anderen Person (unter Berücksichtigung des Alters).
6. Übermäßige Vorliebe für einzelgängerische Beschäftigungen.
7. Übermäßige Inanspruchnahme durch Phantasie und Introspektion.

8. Mangel an engen Freunden oder vertrauensvollen Beziehungen (oder höchstens zu einer Person) und fehlender Wunsch nach solchen Beziehungen.
9. Deutlich mangelnde Sensibilität im Erkennen und Befolgen gesellschaftlicher Regeln.

*Ausschluss:*

- Asperger-Syndrom (schizoide Störung in der Kindheit) (F84.5)
- Schizophrenie (F20)
- schizotype Störung (F21)
- wahnhafte Störung (F22)“

---

ICD-10, Kap. V(F) (1999)

Die Anzeichen konzentrieren sich auf die Bereiche der flachen Affektivität, übermäßigen Phantasie und mangelnden Beziehungsfähigkeit als Folge von Kontaktarmut. Sowohl die ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (F60.6) als auch die schizoide zeichnen sich durch wenige zwischenmenschliche Beziehungen aus. Differentialdiagnostisch sind sie durch die Ursprünge der Einsamkeit zu unterscheiden: Schizoide bleiben aus Angst vor Nähe alleine, während selbstunsichere Menschen aus Angst vor Kritik oder Ablehnung Kontakt vermeiden.

Die oben erwähnte Schizophrenie wird im DSM-IV auf der Achse I diagnostiziert, welche beobachtbare Symptome zu definierten Störungsbildern wie z.B. Depressionen oder Angststörungen zusammenfasst. Störungen der Persönlichkeit sind hingegen im DSM-IV auf der Achse II zu finden. Sie stellen damit eine eigene Betrachtungsebene dar.

Im DSM-IV (Tabelle 6) hat die schizoide Persönlichkeit durchaus Ähnlichkeit mit einer chronischen depressiven Verstimmung, weshalb diese unbedingt differentialdiagnostisch auszuschließen ist. Allerdings bestehen primär keine Anzeichen von Hoffnungs- und Antriebslosigkeit, Schuldgefühlen oder Suizidimpulsen, wie sie für eine Depression charakteristisch sind.

**Tabelle 6: Diagnostik der schizoiden Persönlichkeitsstörung gemäß DSM-IV**

---

„A) Ein durchgängiges Muster der Gleichgültigkeit gegenüber sozialen Beziehungen und eine eingeschränkte emotionale Ausdrucksfähigkeit in zwischenmenschlichen Kontexten; die Störung beginnt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in vielfältigen Zusammenhängen; vier (oder mehr) der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:



- (1) hat weder den Wunsch nach noch Freude an engen Beziehungen einschließlich der Situation, selbst Teil einer Familie zu sein;
- (2) sucht fast immer Unternehmungen aus, die er oder sie allein machen kann;
- (3) zeigt, wenn überhaupt, nur wenig Interesse an sexuellen Kontakten mit anderen Personen;
- (4) findet, wenn überhaupt, nur an wenigen Tätigkeiten Gefallen;
- (5) hat keine engen Freunde und Vertrauten außer aus dem Kreis seiner Verwandten ersten Grades;
- (6) ist gleichgültig gegenüber Lob und Kritik von seiten anderer;
- (7) macht einen kalten, unnahbaren Eindruck und lässt einen eingeschränkten Affekt erkennen.

B) Tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Schizophrenie, einer Stimmungsstörung mit psychotischen Eigenarten oder einer anderen psychotischen Störung oder als grundlegende Entwicklungsstörung auf und ist nicht Folge der direkten physiologischen Wirkung einer allgemeinen medizinischen Behandlung.

**Anmerkung:** Sind die Kriterien bereits vor Entstehung einer Schizophrenie erfüllt, sollte „prämorbid“ hinzugefügt werden (z.B. „schizoide Persönlichkeitsstörung (prämorbid)“).

---

DSM-IV™ (1994, S. 637f); eigene Übersetzung.“ (Fiedler 1995, S. 170).

Bei der Erstellung des ICD-10 sowie des DSM-IV wurde besonders darauf geachtet, dass die diagnostischen Kriterien nicht theoriegeleitet erscheinen. Sie sollen für jede therapeutische Schule, egal ob Verhaltenstherapie, Psychoanalyse oder Humanistische Therapie, gleichermaßen Anwendung finden können. Gegenstand dieser Arbeit ist jedoch gerade das besondere Verständnis der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie, weshalb ich nun, exemplarisch für das borderline Entwicklungsniveau, die psychodynamischen Aspekte der schizoiden Persönlichkeit darstellen möchte.

### 4.1.1.3 Spezielle psychodynamische Aspekte

Als ersten Überblick stellen Glickauf-Hughes & Wells (1997) in Tabelle 7 diese zusammenfassenden Aspekte heraus:

**Tabelle 7: Merkmale schizoider Persönlichkeiten**

kognitiver Stil	“Overcathected” Intellekt; Mangel an Wahrnehmung v. Gefühlen.
Hauptabwehrmechanismen	Emotionaler Rückzug und Isolation: Dissoziation, Vermeidung, Depersonalisation, Derealisation.
Ziel des Patienten	Sich das Recht auf Existenz zu beweisen.
Ansprüche und Bemühungen	Allein gelassen zu werden (d.h. nicht zu ich-dystonem Verhalten überredet oder gezwungen zu werden); in Beziehungen bemüht, die eigenen Bedingungen umzusetzen.
ICH-Struktur	Selbstorganisation kann nur durch rigide Abwehr aufrechterhalten bleiben; Regressionen und Ausagieren sind selten, aber schwerwiegend; „consensual“ Realitätsprüfung ist intakt; soziale Realität ist durch ein Leben mit inneren Objekten verzerrt.
Über-ICH-Struktur	Besteht aus primitiven Introjekten, die strafend, zurückweisend und rigide sind; rigides, eigenwilliges Wertesystem, das von äußeren Objekten nicht verändert werden kann. ICH-Ideal: „Ich bin besonders autonom und einzigartig.“
Vorherrschender Mythos	Mythos der Selbstgenügsamkeit.
Abgewehrte Bereiche	Angst vor Vernichtung, Verschlungenwerden und Selbstverlust; Angst vor dem „bösen Objekt“.

Glickauf-Hughes & Wells (1997), S. 91, eigene Übersetzung

Im Anschluss werden die erwähnten Aspekte nach Ätiologie, typischen Abwehrmechanismen, charakteristischen Gegenübertragungsgefühlen, Therapiemotivationen und therapeutischen Zielsetzungen untersucht.

#### 4.1.1.3.1 Ätiologie

Die Entwicklung der schizoiden Persönlichkeit beginnt von allen hier zu erörternden Ätiologien *am frühesten*, denn sie kann bereits im Mutterleib ihren Anfang nehmen. Hauptursache ist die Ablehnung des Kindes seitens der Mutter und/oder anderer wichtiger Bezugspersonen. Ungewollte Schwangerschaft, extremes Karrieredenken und/oder negative Erfahrungen mit den eigenen kühlen, zurückhaltenden oder gar abweisenden Eltern, ermöglichten es den Bezugspersonen des schizoiden Menschen nicht, ihn in angemessener Weise auf der Welt willkommen zu heißen. Sie waren meistens nicht brutal oder missbräuchlich, sondern eher kalt, unempfänglich und/oder teilnahmslos. Der Wunsch nach körperlicher Nähe wurde zurückgewiesen und oft ließen die Eltern das Kind über lange Zeit alleine. Schizoide haben daher *nicht ausreichend das Gefühl bekommen, leben zu dürfen* (Johnson 1985).

Auch wenn körperliche Bedürfnisse befriedigt wurden, fehlte es ihnen schon sehr früh an Liebe und Zuwendung. Emotionale Wünsche wurden übersehen und blieben frustriert. Spontane Gefühlsäußerungen der Eltern gab es kaum oder gar nicht. Weinte das Kind, so wurde meist nicht darauf reagiert und es musste seine Trauer alleine bewältigen. Eine schizoide Frau erinnerte sich, wie sie ihre Mutter beim Füttern und Waschen ihres ebenfalls schizoiden Bruders beobachtete. Die Mutter nahm weder Augenkontakt mit ihrem Kind auf, noch sprach sie mit ihm (Glickauf-Hughes & Wells (1997), S. 138). Es liegt hier also ein frühes *Scheitern der symbiotischen Bindung* zwischen Mutter und Kind vor, bei dem kein ausgleichender Vater vorhanden war. Das Kind musste sich in sein Innerstes zurückziehen, um den enormen Schmerz des Abgelehntseins und die existentielle Frustration zu überleben. Nach Johnson (1985) konservieren schizoide Menschen ihr Leben lang den Schmerz und die enorme Wut über diese Art des Verlassenseins. Wegen der Negierung ihrer Gefühle bleiben sie allerdings unter der Oberfläche verborgen, sind aber für den Thn und andere aufmerksame Menschen spürbar.

Im Schizoiden bleibt der große Wunsch nach Verschmelzung und Symbiose bestehen, er verweigert sich diese allerdings aufgrund der inneren Wut und Angst. McCormack (1984) beobachtete daher, dass sich diese Menschen oft *mit einem hysteroiden, border-*

*line-ähnlichen Typus lieren*, der zunächst auf die symbiotischen Wünsche eingeht und den Schizoiden anschließend zurückweist. Dadurch entgeht der Schizoide seiner großen Angst verschlungen zu werden, wenn er sich zu tief einlassen würde.

Millon (1981) sah bei Schizoiden die Neigung, sich mit einem ihrer sozial inkompetenten Elternteile zu identifizieren, wodurch sie kein adäquates Modell für soziales Verhalten besaßen. Im *Umgang mit Gleichaltrigen* werden sie daher oft ausgegrenzt und gehänselt. Ihre spürbare Schwäche und Verletzbarkeit wird nicht selten von ihrer peer-group dazu ausgenutzt, sie auf grausame Art zu erniedrigen. Von den eigenen Eltern erfahren diese Menschen dabei keinerlei Schutz. Dieser gedemütigte Mensch fühlt sich daher noch mehr veranlasst, sich zurückzuziehen und bleibt in seinem Teufelskreis gefangen.

#### 4.1.1.3.2 Typische Abwehrmechanismen

Aufgrund der sehr frühen und massiven Störung, müssen sich schizoide Menschen gegen eine sehr bedrohlich erlebte Welt schützen. Sie brauchen Abwehrmechanismen, um die Erfahrung von schmerzlicher Deprivation, unbefriedigten elementaren Bedürfnissen, Ablehnung der eigenen Existenz und einer einsamen Welt zu bewältigen (Glickauf-Hughes & Wells (1997)).

Um nicht permanent Frustration und Enttäuschung zu erleben, *leugnen* Schizoide schließlich, überhaupt Bedürfnisse zu haben. Sie behaupten, nichts und niemanden zu brauchen und leben in dem bereits erwähnten Mythos der extremen Selbstgenügsamkeit. Dies schützt sie vor erneuter, schwerer Enttäuschung.

In einer Umgebung, die weder responsiv noch befriedigend ist, welche die eigene Anwesenheit einfach übersieht, bleibt dem Kleinkind nichts anderes übrig, als sich in seine eigene Welt zurückzuziehen. Es dissoziiert, indem es seine tiefe Frustration und seine Bedürfnisse nicht nur leugnet, sondern abspaltet. Es fantasiert sich bspw. in schwierigen Situationen einfach weg und verfällt in *Tagträume*. Die *Dissoziation* geht jedoch manchmal so weit, dass der Realitätskontakt darunter leidet.

Das eigene Drama kann auch durch eine gut ausdifferenzierte Philosophie verborgen bleiben. Beispielsweise schätzt der Zen-Buddhismus die Überwindung des eigenen Egos sowie Gier, Hass und Verblendung. Diese Ideen kann ein Schizoider in Form von *Intellektualisierung* dazu missbrauchen, Isolation und Bescheidenheit als eine philoso-

phische Notwendigkeit zu rechtfertigen, um nicht schmerzlich als Antwort des inneren Kindes auf eine kalte, ignorante Welt angesehen werden zu müssen.

Wenn Schizoide behaupten, sie seien doch gar nicht bedürftig, verängstigt oder wütend sondern *im Gegenteil* sehr autark und „immer ganz cool“, dann bedienen sie sich der *Reaktionsbildung*. Diese Überzeugung kann soweit gehen, dass behauptet wird, sie ständen Buddha schon sehr nahe und würden bald erleuchtet. Da sie aber keineswegs ihr eigenes Kindheitsdrama überwunden haben und hinter der Fassade große Wut (wie ein Atomkraftwerk, Bäurle (1988)) und Gier stecken, werden sie im Enneagramm auch als der „unerlöste Buddha“ (Palmer 1991) bezeichnet.

Manche schizoide Menschen erleben ihre Umgebung als aufdringlich, gierig oder potentiell gewalttätig. Häufig *projizieren* sie dabei lediglich ihre eigenen Anteile, weil aufgrund ihres borderline-Strukturturniveaus die Selbst-/Fremddiskrimination schwach ausgebildet ist.

*Abschweifende, verwirrende Ideen* und Gedankengänge werden benutzt, um untolerierbare, schmerzhaft Gedanken und Gefühle zu vernebeln. Hierdurch wird effektive Kommunikation unmöglich, so dass Schizoide häufig von Anderen als verwirrend und distanziert erlebt werden (vgl. Siems (1994)). Dem „zerstreuten Professor“ gelingt es dadurch, andere Menschen nicht allzu nahe an sich herankommen zu lassen. Schizoide bedienen sich auch der *Depersonalisation und Derealisation*. Indem weder sie selbst noch Andere wirklich als Mensch erlebt werden, können Nähe und Kontakt vermieden werden. Eine KI betrachtete bspw. ihre Thn mal als Möbelstück, mal als Blume oder Haustier und erst in der letzten Therapiephase als hilfreicher Mensch. Treten beide Formen der Abwehr z.B. beim Autofahren auf, können sie sehr gefährlich werden. Plötzlich kann der Eindruck entstehen, dass man nicht mehr selbst, sondern eine andere Person den Wagen steuert oder bekommt das Gefühl, das Auto hebe ab, was zu großer Panik führt.

#### 4.1.1.3.3 Charakteristische Gegenübertragungsgefühle

Aufgrund des Ausmaßes der frühen Störung bei schizoiden Menschen lösen diese eine Vielzahl von Gegenübertragungen aus, weshalb Glickauf-Hughes & Wells (1997) proklamieren, dass nicht jeder Th in der Lage sein wird, dem schizoiden KI eine korrigierende therapeutische Erfahrung zu verschaffen.

Thn erleben nach Glickauf-Hughes & Wells (1997) am Stärksten die vom KIn empfundene große *Angst vor Verlassenwerden und Trennung*. Wenn der Th diese Ängste teilt, kann er dadurch zum Beginn der Therapie zwar die wichtigen symbiotischen Wünsche seines KIn erfüllen, bekommt aber Angst, wenn der Kl in die Phase der Loslösung kommt und erste Autonomiewünsche, z.B. in Form von Reduktion der Stundenzahl, Therapiepausen, etc., äußert.

Vielen Thn fällt es auch schwer, für jemanden präsent zu sein, der es selbst nicht ist. Jedoch brauchen gerade Schizoide, wegen ihrer eigenen Beziehungslosigkeit, besonders beziehungsfähige Thn. Hatten Thn selber kühle, zurückhaltende und/oder ablehnende Eltern, laufen sie Gefahr, sich verschlossen oder auf unglaubliche Weise emotional beteiligt zu geben.

Empfindet der Th *Angst vor Abhängigkeit*, wird er den Kontakt mit schizoiden Menschen zunächst genießen, da diese scheinbar unabhängig sind. Jedoch sieht die korrigierende Erfahrung für den Schizoiden vor, zunächst eine symbiotische Beziehung eingehen zu dürfen, welche ihn in die Lage versetzt, sich mit der Welt und anderen Menschen verbunden zu fühlen. Befürchtet der Th jedoch, von einer solchen Beziehung *verschlungen zu werden*, wird er dem KIn diese wichtige Erfahrung nicht ermöglichen können. Beide begegnen sich dann auf der Basis einer schizoiden *Kollusion* (Willi 1975) und verstärken dadurch die intellektuelle Abwehr des KIn. Es wiederholt sich die ursprüngliche Zurückweisung des KIn, da er sich nicht wirklich angenommen fühlen kann.

Typisch für Schizoide ist ein Beziehungsverhalten, das Guntrip (1969) als „*in-and-out*“-Programm beschrieben hat. Sie lassen sich zunächst ganz und gar auf eine Beziehung ein, um sich dann ebenso plötzlich wieder zurückzuziehen. Dies wird sich auch im therapeutischen Geschehen wiederholen. Manche KIn kommen nach einem abrupten Therapieabbruch nur noch einmal zurück, um die Therapie erneut zu beenden. In Thn, deren Eltern zunächst stimulierend und dann zurückweisend waren, wird dieses Verhalten, solange es unreflektiert bleibt, Wut und Ablehnung auslösen. Während dieses ambivalente Schwanken bei narzisstischen KIn als ein Zeichen von „Flügge werden“ angesehen und geduldet werden sollte, testet der schizoide Mensch hingegen seine Existenzberechtigung in der Therapie und den Willen des Thn, sich wirklich auf ihn einzulassen. Lässt man also diese KIn ohne Deutung und Bemühungen gehen, wiederholt sich sein Trauma, nicht gewollt zu sein, da er dies als ein Zeichen von Ablehnung interpretieren wird: „Siehe da, er wollte mich doch nicht, sonst würde er sich ja melden!“.

#### 4.1.1.3.4 Therapiemotivation

Schizoide Menschen suchen nach Glickauf-Hughes & Wells (1997) an einem Punkt in ihrem Leben die Therapie auf, an dem ihre rigiden Abwehrmechanismen zu versagen drohen. Insbesondere sensible, früh geschädigte Schizoide stehen angesichts stressiger und/oder belastender Lebenssituationen *kurz vor der Dekompensation*. Ihr vornehmliches Ziel ist es dann, sich zu stabilisieren und ihre Abwehr wieder aufzubauen.

Ängstliche und vermeidende Schizoide stellen irgendwann fest, dass sie sich von der Welt abgeschnitten und entfremdet fühlen. Sie erleben *große Einsamkeit*, wenn die kompensatorische, autarke Lebensweise sie nicht mehr befriedigt und wünschen sich, ein Gefühl der Zugehörigkeit zu entwickeln.

Nehmen *Derealisation und Depersonalisation* zu, erleben manche KIn die Welt wie durch eine Glasscheibe oder wie fernsehen. Farben und Personen können skurril und unwirklich erscheinen. Sich derart von der Welt zu lösen, kann große Angst erzeugen, nicht wieder zurückzukommen. Solche Zustände gehören z.T. mit zur schizoiden Abwehr, um vor der bedrohlichen Außen- und Innenwelt zu flüchten. Sie können allerdings ein Ausmaß annehmen, das sehr ängstigend ist.

Die ursprüngliche Ablehnung der eigenen Existenz führt bei vielen Schizoiden zu lebenslangem *Grübeln über den Sinn des Lebens und andere existentielle Themen*. Alles um sie herum erscheint ihnen völlig bedeutungslos und ohne irgendeinen Nutzen. Sie zweifeln verständlicherweise an ihrem Recht zu Leben und können in der Therapie zum ersten Mal ein Gespür dafür entwickeln, was wahres Bezogensein auf ein anderes Individuum bedeutet.

Schizoide Menschen sind sehr scheu, da sie sich vor Nähe fürchten. Sie erleben an sie gerichtete Kontaktwünsche schnell als zudringlich und/oder fordernd. Einerseits projizieren sie dabei ihr eigenes Ausgehungertsein, andererseits ist damit die große Angst vor Selbstverlust verbunden, da es Schizoiden an Selbstwahrnehmung fehlt. Sie befürchten schnell, sich in ihrem Gegenüber zu verlieren. Ihr Wunsch kann es daher sein zu lernen, wie man *sich vor Zudringlichkeiten besser schützen* kann.

#### 4.1.1.3.5 Therapeutische Zielsetzung: Überwindung mangelhafter Bindung

Nach Glickauf-Hughes & Wells (1997) dauert die Behandlung der schizoiden Persönlichkeiten oftmals sehr lange. Die ich-strukturellen und interpersonalen Schwächen sind aufgrund der sehr frühen Störung ausgeprägter als bspw. bei

aufgrund der sehr frühen Störung ausgeprägter als bspw. bei neurotischen Menschen. Johnson (1985) glaubt, dass durch die gesellschaftliche Wertschätzung von Reserviertheit und emotionaler Unterdrückung, den Schizoiden ein besseres Leben zugetraut wird, als es tatsächlich der Fall ist. Ihr inneres Drama würde daher schnell verkannt.

Therapeutische Methoden, welche die schizoide Abwehr zu durchbrechen versuchen, ziehen massive, destruktive Regressionen nach sich. Bevor kein Gefühl des Urvertrauens und wenigstens basale Selbstberuhigungsfunktionen internalisiert wurden, kann die Ermunterung des schizoiden KIn, seine Gefühle wahrzunehmen und auszuleben, zu Dekompensation und Ausagieren führen. Der KI verteuftelt bspw. plötzlich den Thn und ergeht sich in Alkoholexzessen (Glickauf-Hughes & Wells (1997)).

Dieselben Autorinnen betonen zunächst auf der *interpersonalen Ebene* die Entwicklung einer *Bindung*, von der sich der KI angstfrei lösen kann. Der KI soll die Möglichkeit haben, eine symbiotische Erfahrung nachzuholen, die dann langsam aufgelöst wird (Johnson 1985). Dies ist sehr schwierig, weil Schizoide davon ausgehen, dass (1) sich der Th kalt und unresponsiv verhalten wird, (2) die eigenen Wünsche verachtenswert sind, (3) die symbiotischen Wünsche für andere schädlich und zerstörerisch sind (Glickauf-Hughes & Wells (1997)). Sie befürchten, vom Thn entweder verschlungen oder abgewiesen zu werden.

Es ist Aufgabe des Thn, die enorme *Angst des KIn auszuhalten und zu containen*, d.h. sich nicht davon anstecken zu lassen, sondern sie beim KIn wahrzunehmen, in der Gegenübertragung zu spüren, aber noch nicht anzusprechen. Es würde den KIn total überfordern und verängstigen, ihm seine massiven Ängste zu früh zu spiegeln (Johnson 1985). Durch dieses Vorgehen kann er langsam ein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit entwickeln, weil die Welt ihm weniger verwirrend, gefährlich und überwältigend erscheint. Ursprünglich wäre es Aufgabe der Mutter und des Vaters gewesen, das aufgeschreckte und verwirrte Kind „auf den Schoss zu nehmen“, ihm in aller Ruhe zuzuhören, es ernst zu nehmen und zu beruhigen.

Glickauf-Hughes & Wells (1997) sehen zwei Entwicklungsziele auf der *ich-strukturellen Ebene*. Voraussetzung für die strukturelle Arbeit ist ein Erreichen der erwähnten interpersonellen Ziele. Erst wenn eine stabile Beziehung aufgebaut ist, sollte der Th dazu übergehen, zusammen mit dem KIn an seinem extrem autarken Selbstkonzept („Ich brauche nichts und niemanden.“) zu arbeiten und langsam die Integration von



Gefühlen und Bedürfnissen zu fördern. Dies stärkt das Gespür für sich selbst und hilft, ein *Kernselbst zu entwickeln*, dass sich nicht mehr vor der bedrohlichen Außenwelt schützen muss. Hierzu kann der Th Vorschläge machen, was er in der vom Kln vorge-tragenen Situation für Bedürfnisse haben würde und dem Kln dadurch für die Wahr-nehmung eigener Wünsche Modell stehen. Vorsichtig kann er dem Kln deutlich ma-chen, wie seine eigene Rückzugsdynamik funktioniert und welchen Zweck sie erfüllt: „Es scheint, als würde es keinen sicheren Platz für Sie geben. Sie fühlen sich von den Menschen in ihrem Leben verletzt und zurückgewiesen. Wenn Sie sich in ihr Innerstes zurückziehen, hören Sie die Stimmen Ihrer Eltern, welche Sie kritisieren. Wenn Sie dissoziieren, fühlen Sie sich entfremdet, ängstlich und voller Verzweiflung.“ (Glickauf-Hughes & Wells (1997), S. 149, eigene Übersetzung). Der Vorteil, aber auch das Drama der Abwehr werden erkennbar. Spiegelung und Empathie verhelfen dem Kln zu der Erfahrung, gesehen und verstanden zu werden, woraus er schließt, dass er existiert.

Die Förderung von *Frustrationstoleranz, Selbstbeobachtung, Realitätsprüfung, Objekt-konstanz und Selbstberuhigung* sollte Hand in Hand gehen mit dem Bewusstmachen von Gefühlen und Bedürfnissen. Empfindet ein Kl zum ersten Mal seinen großen Ärger oder gar Wut auf eine Person, so ist es laut Glickauf-Hughes & Wells (1997) sehr wich-tig, diesen mit den liebevollen Gefühlen der Person gegenüber zu verknüpfen. Somit entwickeln sich *Ambivalenzfähigkeit* und Objektkonstanz, weshalb der Klient nicht so schnell Gefahr läuft, von seiner Wut überwältigt zu werden. Tauchen die ersten starken Bedürfnisse auf, so ist es für den Kln ratsam, zunächst einen Schritt zurückzutreten, zu beobachten und sie angemessen zu befriedigen, um nicht davon überschwemmt zu wer-den. Durch beides wird die *Regression im Dienste des Ichs* unterstützt, bei der regressi-ve Wünsche als solche erkannt und angemessen sublimiert werden.

Aufgrund der tiefen Frustration existentieller Bedürfnisse tauchen sie in der Therapie häufig mit großer Macht auf, was die Wahrscheinlichkeit ihrer erneuten Enttäuschung sehr erhöht. Hier die nötige *Frustrationstoleranz* zu entwickeln, ist sehr schützend für schizoide Menschen.

Durch vorsichtige *Realitätstests* können schizoide die Erfahrung machen, dass die Welt doch nicht so grausam und ablehnend ist, wie sie immer glaubten. Diese Tests bedeuten für den Kln allerdings eine große Überwindung, da im Bewusstsein tief verankert ist, dass sie vernichtet werden könnten, wenn sie sich auf andere Menschen einlassen.

Siems (1994, S. 57) schlägt eine therapeutische Haltung vor, die folgendes zum Ausdruck bringen soll:

- „Du kannst Dich hier ganz sicher fühlen.
- Wir freuen uns, dass Du da bist.
- Du hast ein Recht, da zu sein.
- Du gehörst zu uns.
- Du bist willkommen.“

Bei seiner Form der erlebnis- und körperorientierten Focusing-Therapie nutzt er diese Sätze auch in Form von Suggestionen (sog. Sonden), deren Wirkungen vom Kln exploriert werden. Im Folgenden werden diese (focusing-therapeutischen) Haltungen als Ergänzung zur Objektbeziehungstherapie dargestellt.

## 4.1.2 Hysteroide Persönlichkeitsstörung

### 4.1.2.1 Fallbeispiel

Menschen mit hysteroiden, bzw. borderline Merkmalen scheinen am meisten unter ihrem Verhalten und Gefühlen zu leiden. Helen ist ein Beispiel dafür:

„Helen *dekompensierte* im Verlauf mehrerer Jahre ... nach ständigen Streitereien mit ihrem aufgebrachten Ehemann, den sie als Teenager geheiratet hatte und der anfangs, wochenlang von zuhause fort zu bleiben, vermutlich bei einer anderen Frau. Für kurze Phasen versuchte Helen, die Zuneigung ihres Mannes zurückzugewinnen, doch diese Bemühungen waren umsonst, und sie empfand *bitteren Groll, Schuldgefühle und Selbstvorwürfe*. Ihre *unberechenbaren Stimmungsumschwünge* verstärkten nicht nur ihre psychische Unausgeglichenheit, sondern auch weitere *verbissene Bemühungen, die Aufmerksamkeit und Unterstützung* ihres Mannes zu gewinnen. Je länger sie zwischen düsterer Niedergeschlagenheit, vorwurfsvollen Angriffen und Klammerverhalten *schwankte*, desto mehr versiegten ihre Hilfsquellen, was sowohl *Trennungsangst* als auch den fehlangepassten Charakter ihres Verhaltens verschärfte. Der nächste Schritt, eine *Regression* auf die Stufe des Invalidentums, fiel ihr besonders leicht, da er sich in ihr lebenslanges passiv-abhängiges Muster einfügte. Zugleich traten jedoch *Entfremdungsgefühle* und der *Zusammenbruch jeglicher Selbstbeherrschung* ein, was sich schließlich in *infantilem Verhalten* und dem völligen Zerfall ihrer kognitiven Prozesse ausdrückte (Millon 1969, S. 360-361).“ (Comer 1995, S. 617-618).

Der typische Konflikt dieser Menschen tritt in einer Trennungssituation am deutlichsten hervor. Fast jeder Mensch reagiert auf eine *reale oder erwartete Trennungssituation* mit Schmerz, Trauer und einer gewissen Angst vor dem, was nach der Beziehung geschehen wird. Bei Helen gehen diese Gefühle so weit, dass sie eine Trennung mit ihrem *psychischen Tod* gleichsetzt, den es zu verhindern gilt. Die enorme *Trennungsangst* führt zu gleichzeitiger *großer Wut* und *Klammerverhalten*. Helens *ambivalente Gefühle* drücken den Konflikt etwa so aus: „Ich hasse dich – verlass mich nicht!“. Aufgrund der *mangelnden Impulskontrolle* werden diese Gefühle so stark, dass sie schließlich zu *Derealisations- und Depersonalisationserlebnissen* führen können. Sie sind, anders als bei psychotischen Störungen, von kürzerer Dauer und weniger intensiv, weshalb hysteroide Menschen durchaus ihren Alltag und Beruf relativ gut bewältigen können. Der lange

Leidensweg solcher Menschen, gekennzeichnet durch Aufenthalte in Psychiatrien und ambulanter Psychotherapie, beginnt meistens damit, dass zur Dekompensation noch starke *Suizid- und/oder Selbstverletzungsimpulse* hinzutreten.

#### 4.1.2.2 Diagnostik nach ICD-10 und DSM-IV

Das ICD-10 unterscheidet zwei Formen der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, von denen die Ziffer F60.31: Borderline Typus (Tabelle 8) dem hier geschilderten hysteroiden Verhalten und Erleben am nächsten kommt.

Der Begriff „borderline“ sollte ursprünglich ausdrücken, dass diese Störung sowohl neurotische also auch psychotische Symptome aufweist. Dies ging auf die Beobachtung zurück, dass diese Menschen zwar in der Lage sind, ihren Alltag und ihren Beruf (neurotisch) zu bewältigen, aber hin und wieder psychotische Episoden erlebten. Heute wird unter „borderline“ ein ganzer Symptomkomplex verstanden, weshalb auch von Borderline-Syndrom gesprochen wird. Kennzeichnend ist ein instabiles Beziehungsverhalten, Identitätsschwäche und Suiziddrohungen, deren häufiger Sinn darin besteht, eine Trennung zu vermeiden.

**Tabelle 8: Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach ICD-10**

---

#### **„F60.3 emotional instabile Persönlichkeitsstörung**

Eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, impulsiv zu handeln ohne Berücksichtigung von Konsequenzen, und mit wechselnder, instabiler Stimmung. Die Fähigkeit, vor auszuplanen, ist gering und Ausbrüche intensiven Ärgers können zu oft gewalttätigem und explosiblem Verhalten führen; dieses Verhalten wird leicht ausgelöst, wenn impulsive Handlungen von anderen kritisiert oder behindert werden. Zwei Erscheinungsformen dieser Persönlichkeitsstörung können näher beschrieben werden, bei beiden finden sich Impulsivität und mangelnde Selbstkontrolle.

[...]

##### **F60.3.1 Borderline Typus**

Einige Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele und «innere Präferenzen» (einschließlich der sexuellen) unklar und gestört. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen mit übermäßigen Anstrengungen, nicht verlassen zu werden, und mit Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen).“

---

ICD-10, Kap. V(F) (1999)

Im DSM-IV (Tabelle 9) sind die definierenden Kriterien m.E. klarer und deutlicher, als im ICD-10.

**Tabelle 9: Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitssörung gemäß DSM-IV**

---

„Ein durchgängiges Muster von Instabilität in den zwischenmenschlichen Beziehungen, des Selbstbildes und der Gefühle, sowie eine ausgeprägte Impulsivität; der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, und die Störung manifestiert sich in den verschiedensten Lebensbereichen; Fünf der folgenden (oder mehr) Kriterien müssen erfüllt sein:

- (1) verzweifeltes Bemühen, ein reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern.  
**Anmerkung:** Nicht berücksichtigt werden sollten hier die Suizidhandlungen oder Selbstverstümmelungen im Kriterium 5;
- (2) ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das sich durch einen Wechsel zwischen den beiden Extremen der Überidealisierung und Abwertung auszeichnet;
- (3) Identitätsstörung: eine ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls von sich selbst;
- (4) Impulsivität bei mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten (z.B. Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Fressanfälle), **Anmerkung:** Nicht berücksichtigt werden sollten hier die Suizidhandlungen oder Selbstverstümmelungen im Kriterium 5;
- (5) wiederholte Suiziddrohungen, -andeutungen oder –versuche oder andere selbstverstümmelnde Verhaltensweisen;
- (6) Instabilität im affektiven Bereich, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der akuten Stimmung gekennzeichnet ist (z.B. intensive episodische Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Zustände gewöhnlich einige Stunden oder, in seltenen Fällen, länger als einige Tage andauern);
- (7) chronisches Gefühl der Leere;
- (8) übermäßige, starke Wut oder Unfähigkeit, Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut oder Prügeleien);
- (9) andauernde, stress-abhängige paranoide Phantasien oder schwere dissoziative Symptome.

---

DSM-IV<sup>TM</sup> (1994, S. 654); eigene Übersetzung.“ (Fiedler 1995, S. 222).

Im nächsten Abschnitt wird kurz auf einige psychodynamische Aspekte der hysteroiden Persönlichkeit eingegangen.

### 4.1.2.3 Psychodynamische Aspekte

In Glickauf-Hughes & Wells (1997) sind die wichtigsten psychodynamischen Betrachtungen in Form der Tabelle 10 zusammengefasst.

**Tabelle 10: Merkmale hysteroider Persönlichkeiten**

kognitiver Stil	Intellekt wird häufig von intensiven Gefühlen überwältigt; während der regressiven Phase besteht Neigung zu vorübergehenden Affektausbrüchen und primärprozesshaftem Denken.
Hauptabwehrmechanismen	Ausagieren; Spaltung, Projektive Identifikation; Projektion; Externalisierung; primitive Idealisierung und Abwertung.
Ziel der Klienten	Validierung des Rechts, sich trennen und individualisieren zu dürfen, ohne verlassen zu werden.
Ansprüche und Bemühungen	Eine symbiotische Beziehung mit einer idealisierten Person einzugehen, welche exklusiv und sofort die eigenen Bedürfnisse befriedigt.
ICH-Struktur	Vorübergehende Regressionen, begleitet von unspezifischer ICH-Unreife; basale Realitätsprüfung ist intakt, aber Realitätsgefühl kann bspw. durch Derealisation, Depersonalisation und Spaltung beeinträchtigt sein.
Über-ICH-Struktur	Besteht aus primitiven Introjekten; Wertesystem kann sich abhängig von der Zustimmung des „guten“ Objektes verändern; ICH-Ideal: „Ich bin ein guter Junge/Mädchen, der von anderen versorgt wird.“
Vorherrschender Mythos	Mythos der Verschmelzung mit einem ausschließlich guten, mütterlichen Objekt.
Abgewehrte Bereiche	Angst vor Verlassenwerden, Trennung oder Verlust des guten Objekts; Angst vor dem

	Spüren der erschreckenden Leere und absoluten Isolation.
--	---

Glickauf-Hughes & Wells (1997), S. 91, eigene Übersetzung

Da die hysteroide Persönlichkeitsstörung hier nicht ausführlich behandelt werden kann, sei noch abschließend bemerkt, dass sich der Begriff „hysteroid“ aus den Gemeinsamkeiten mit der hysterischen (bzw. histrionischen) Persönlichkeit herleitet. Beide sind emotional impulsiv und können sich verführerisch geben, um Aufmerksamkeit und Trost zu bekommen. Jedoch ist, aufgrund der frühen Entwicklung der hysteroiden Persönlichkeit, die ICH-Stärke bei diesen erheblich schwächer. Ihre Gefühlsausbrüche können schwerwiegendere Konsequenzen, manchmal sogar selbstschädigende Züge haben. Häufig liegen bei Hysteroiden frühe Missbrauchserfahrungen vor, während bei der Ätiologie der hysterischen Persönlichkeit zwar mit Verführung gespielt, sie aber viel seltener ausgelebt wurde. Hysteroide erleben auch viel mehr Angst vor Trennung und Verlassenwerden. Ihre Autonomieentwicklung wurde durch eine Mutter eingeschränkt, die traurig oder ängstlich wurde, wenn das Kind entweder für sich alleine oder mit Freunden zusammen sein wollte. Die Wut über diese Form der Einschränkung durfte aber nie ausgelebt werden. Sie äußert sich dann später in Form von ungeübter, unkontrollierbarer Wut, gepaart mit abrupten Beziehungsabbrüchen und/oder Suizidimpulsen. Diese lassen Thn heftige emotionale Wechselbäder nehmen, die zwischen Mitgefühl und Hass pendeln können. Aus eigener Erinnerung heraus schaffte es ein Hysteroider, eine ganze Psychiatriestation in bemutternde Freunde einerseits und ablehnende Feinde andererseits zu spalten. Es erscheint mir heute, als wollte er durch die Spaltung sagen: „Ich muss die wenigen guten Anteile und Erfahrungen extrem beschützen und idealisieren, weil sie für mich überlebenswichtig sind. Wenn sie sich auch nur im Geringsten zum Negativen verändern, muss ich sie wie einen faulen Apfel sofort aus dem Korb entfernen, damit sie den Rest nicht anstecken.“

Der Th kann auch den Eindruck bekommen, dass es beim Hysteroiden jeden Tag aufs Neue ums pure Überleben geht, eine Erfahrung, die er oft schon sehr früh gemacht hat. Manche verlieren sehr früh einen wichtigen Angehörigen oder wachsen seit ihrer Geburt mit einer Lebensschuld auf, die es ihnen unmöglich macht, glücklich zu werden. Weitere Ausführungen zur hysteroiden Persönlichkeit sind in Tabelle 33 im Anhang A zu finden.

## 4.2 Präneurotisches Entwicklungsniveau

### 4.2.1 Narzisstische Persönlichkeitsstörung

#### 4.2.1.1 Fallbeispiel

Folgendes Beispiel soll eine typische narzisstische Reaktionsweise demonstrieren, die u.a. durch deren enorme Verletzbarkeit zu erklären ist:

„Ein besonders unter den Intellektuellen renommierter Autor [...] fand sich eines Tages im Büro eines bedeutenden Verlegers ein, mit dem er einen Gesprächstermin hatte. Unglücklicherweise hatte die frisch eingestellte junge Empfangssekretärin ihn noch nie gesehen, nicht einmal im Fernsehen [...]. Als sich der Schriftsteller mit gewichtiger Miene ihrem Schreibtisch näherte und verlangte, dass der Verleger von seiner Ankunft benachrichtigt würde, fragte sie ganz naiv: „Wen soll ich bitte ankündigen?“ Der große Mann erstarrte, wurde rot vor Zorn und schritt, ohne sie einer Antwort zu würdigen, an ihr vorbei direkt ins Büro des Verlegers.“ (Lelord & André 2001, S. 131).

Der erwähnte Autor hatte seine Bekanntheit *wie selbstverständlich* vorausgesetzt. Die Unkenntnis der Sekretärin verletzte sein *grandioses Selbstbild*, worauf er mit gekränkter, *narzisstischer Wut* und *Missachtung* ihrer Frage bzw. Person reagierte. Schließlich reparierte er sein verletztes Selbstbild, indem er sich getreu seiner *Besonderheit* für berechtigt hielt, die allgemeinen Büroregeln zu ignorieren und das Büro des Verlegers ohne Vorankündigung zu betreten.

#### 4.2.1.2 Diagnostik nach ICD-10 und DSM-IV

Das ICD-10 führt die narzisstische Persönlichkeitsstörung nicht als eigene diagnostische Kategorie auf, sondern klassifiziert sie unter Ziffer F60.8: Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen. Hierunter fallen auch die exzentrische, haltlose, passiv-aggressive, (psycho)neurotische und unreife Persönlichkeit(sstörung). Zusammen mit der passiv-aggressiven ist die narzisstische Persönlichkeit, im Gegensatz zu den anderen hierzu zählenden Störungen, ein gut ausgearbeitetes Konzept. Fiedler (1995) berichtet von Uneinigkeiten über die Validität der vorgeschlagenen Kriterien für die narzisstische Persönlichkeit. Um eine valide Diagnose zu stellen, sei es notwendig, die intrapsychischen



Vorgänge genauestens zu kennen, was unter Umständen erst im längeren Verlauf der Therapie möglich ist (Widiger, Frances, Spitzer & Williams 1988). Deshalb sei die narzisstische Persönlichkeitsstörung nicht in das ICD-10 aufgenommen worden.

Auf der Suche nach greifbaren Kennzeichen findet man im DSM-IV eine Liste von 9 Leitkriterien, die in Tabelle 11 aufgeführt sind.

**Tabelle 11: Diagnostik der narzisstischen Persönlichkeitsstörung gemäß DSM-IV**

---

„Ein durchgängiges Muster von Großartigkeit (in Phantasie oder Verhalten), ein Bedürfnis nach Bewunderung und ein Mangel an Einfühlungsvermögen; der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, und die Störung manifestiert sich in den verschiedensten Lebensbereichen; fünf (oder mehr) der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- (1) zeigt ein übertriebenes Selbstwertgefühl (übertreibt z.B. die eigenen Fähigkeiten und Talente und erwartet, selbst ohne besondere Leistung als „etwas Besonderes“ Beachtung zu finden);
- (2) beschäftigt sich ständig mit Phantasien grenzenlosen Erfolges, Macht, Glanz, Schönheit oder idealer Liebe;
- (3) ist der Ansicht, dass er oder sie besonders und einzigartig ist und dass er oder sie nur von besonderen Menschen (mit höherem Status oder in besonderen Institutionen) verstanden werden oder nur mit solchen verkehren könne;
- (4) verlangt ständig nach Bewunderung;
- (5) legt ein Anspruchsdenken an den Tag, stellt bspw. Ansprüche an eine bevorzugte Behandlung oder unmittelbare Zustimmung zu den eigenen Erwartungen;
- (6) nützt zwischenmenschliche Beziehungen aus, um mit Hilfe anderer die eigenen Ziele zu erreichen;
- (7) zeigt einen Mangel an Einfühlungsvermögen: kann z.B. nicht erkennen und nachempfinden, wie andere fühlen und welche Bedürfnisse diese haben;
- (8) ist häufig neidisch auf andere oder glaubt, dass andere auf ihn oder sie neidisch seien;
- (9) zeigt ein arrogantes, überhebliches Verhalten oder hat entsprechende Einstellungen.

---

DSM-IV™ (1994, S. 661); eigene Übersetzung.“ (Fiedler 1995, S. 283).

### 4.2.1.3 Spezielle psychodynamische Aspekte

Nach Glickauf-Hughes & Wells (1997) lassen sich aus psychodynamischer Sicht folgende Merkmale narzisstischer Persönlichkeiten zusammenfassen (Tabelle 12):

**Tabelle 12: Merkmale narzisstischer Persönlichkeiten**

kognitiver Stil	Verleugnet/verzerrt die Realität, um das Selbstwertgefühl aufrechtzuerhalten.
Hauptabwehrmechanismen	Omnipotenz, Grandiosität, Idealisierung und Abwertung, Sexualisierung des Bedürfnisses nach Nähe; Rationalisierung oder Projektion eigener Mängel.
Ziel der Klienten	Bewunderung erhalten.
Ansprüche und Bemühungen	Idealisierung, Bewunderung, Spiegelung und Verständnis der eigenen Perfektion; vermeiden von Kritik.
ICH-Struktur	Bessere Impulskontrolle und Frustrationstoleranz als Borderliner; Realitätsprüfung ist durch die massive Leugnung eigener Unvollkommenheit beeinträchtigt.
Über-ICH-Struktur	Korrumpierbares Wertesystem und Mangel an Beachtung der Bedürfnisse Anderer; unrealistisches ICH-Ideal; ICH-Ideal: „Ich stehe über anderen.“
Vorherrschender Mythos	Mythos der eigenen Perfektion; sucht Spiegelung der eigenen Perfektion.
Abgewehrte Bereiche	Abwehr von Paranoia, Depression, Trauer, Schuld, Scham (Kernberg 1975) und Abhängigkeitswünschen.

Glickauf-Hughes & Wells (1997) S. 95, eigene Übersetzung

Die Einzelheiten werden in den anschließenden Kapiteln erörtert. In Abbildung 2 habe ich versucht, das „normale“ dem narzisstischen Identitätsgefühl gegenüberzustellen.

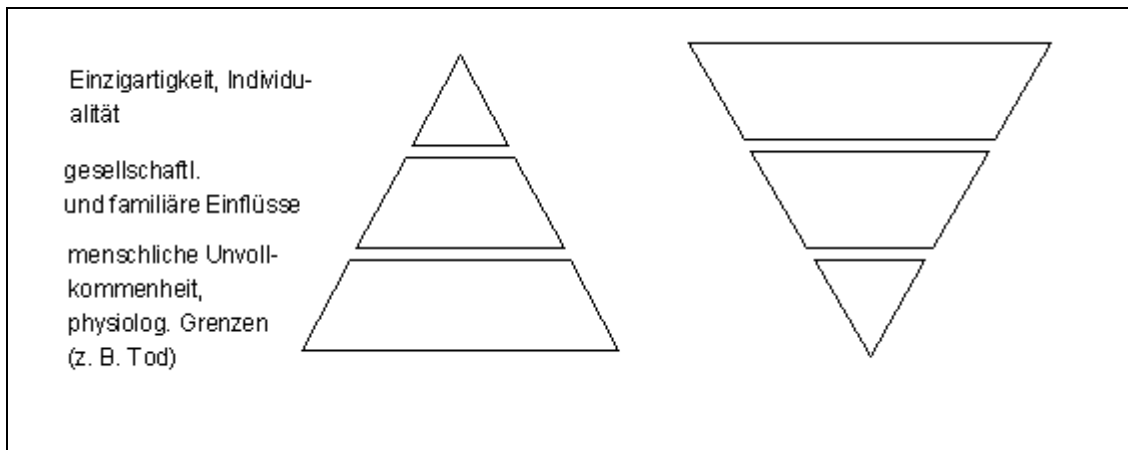


Abbildung 2: Gesundes (links) versus narzisstisches Identitätsgefühl (rechts)

Der *gesunde Mensch* ist sich m.E. seiner körperlichen und menschlichen Grenzen bewusst und hat diese akzeptiert. Er hat bspw. seine eigene Sterblichkeit, seine begrenzte körperliche und seelische Belastbarkeit sowie seine menschliche Unvollkommenheit angenommen. Diese Einsicht bildet das Basiswissen seiner Identität, was hier die unterste Stufe der *linken Pyramide* symbolisieren soll. Zudem kann er erkennen, wie sehr er durch familiäre und gesellschaftliche Einflüsse geprägt worden ist (mittlere Stufe der linken Pyramide). Es ist ihm aber trotzdem gelungen, ein befriedigendes Gefühl der Einzigartigkeit und Individualität (Spitze der Pyramide) zu entwickeln.

Die *rechte Pyramide* symbolisiert das *narzisstische Identitätsgefühl*. Hier werden die oben erwähnten Einsichten genau entgegengesetzt gewichtet, weshalb die Pyramide auf dem Kopf steht. Die Erkenntnis der eigenen Unvollkommenheit spielt fast keine Rolle oder wird sogar gänzlich geleugnet. Familiäre und gesellschaftliche Einflüsse können gerade noch akzeptiert werden, aber der Anteil, welcher den narzisstischen Menschen von anderen unterscheidet, nimmt den größten Platz ein. Wie bereits in Tabelle 12 erwähnt, gründet hier das ICH-Ideal auf der Überzeugung: „Ich stehe über anderen.“ Dies wird z.B. durch teure Kleidung, affektiertes Gehabe, abwertende Äußerungen, extravagante Besitztümer und/oder besondere Schönheitspflege zum Ausdruck gebracht. Vorwegnehmend kompensiert dies das Grundgefühl, nie wirklich als individuelle Person angesehen worden zu sein, sondern nur als Verlängerung des Selbst (Selbstobjekt) der Eltern. Die auf der Spitze stehende Pyramide macht ebenfalls deutlich, wie unsicher das narzisstische Identitätsgefühl im Grunde ist, da es keine solide Basis hat. In Kap. 4.2.1.3.4 zur Therapiemotivation sehen wir dann auch, was passieren kann, wenn der Narzisst durch die menschlichen Grenzen eingeholt wird.

### 4.2.1.3.1 Ätiologie

Die Entwicklung der narzisstischen Persönlichkeitsstörung beginnt in der *Wiederannäherungsphase*, in der das Kind Trennung und Individuation lernt (Johnson 1987). Das Erleben von Einzigartigkeit und Unabhängigkeit von den Erwartungen anderer scheitert an Bezugspersonen, die das Kind nur bei Erfüllung gewisser Bedingungen lieben und beachten. Das Kind ist somit schon in den ersten Lebensjahren stark darauf bedacht, es den Eltern recht zu machen. Es hat noch keine Möglichkeit, wirksam „nein“ zu sagen und muss sich aufgrund seiner Abhängigkeit den Erwartungen der Eltern beugen.

Winnicott (1965a) postuliert die Notwendigkeit für ein Kind, dass die Mutter zur rechten Zeit angemessen auf seine Bedürfnisse eingeht. Dadurch wird es sich seiner Bedürfnisse bewusst(er) und lernt, dass es Einfluss auf seine Umgebung ausüben kann: „Wenn ich Bedürfnisse habe, werden sie gesehen und beantwortet.“ (Glickauf-Hughes & Wells (1997) S. 245, eigene Übersetzung). Ebenso sollte ein Kind lernen, dass es bei seinen Tätigkeiten nicht gestört wird und in der Lage ist, sie zu einem befriedigenden Abschluss zu bringen. Verhält sich die Mutter dagegen störend und/oder ablenkend, wird die Fähigkeit des Kindes, mit sich allein sein zu können, geschwächt und die Aufmerksamkeit zu stark auf die Bedürfnisse anderer gelenkt. In der späteren Übertragung erlebt ein solcher Mensch den Thn schnell als ähnlich grenzüberschreitend, wie die eigenen Eltern.

Eine weitere wichtige Lernerfahrung besteht darin, wahrgenommen und gespiegelt zu werden. Kinder verinnerlichen dadurch das existentielle Gefühl: „Ich werde gesehen, also existiere ich.“ (Glickauf-Hughes & Wells (1997) S. 245, eigene Übersetzung). Werden die Bedürfnisse nach Spiegelung, Beruhigung, Zuneigung und Empathie nur unzureichend erfüllt, so fördert dies eine präneurotische Entwicklung. Bei fundamentalen Fehlern, wie z.B. körperlicher Misshandlung, sexuellem Missbrauch und/oder Deprivation, wird die ICH-Struktur noch mehr geschwächt, weshalb Borderline-Narzissten u.a. die Selbst-/Fremddiskrimination sehr schwer fällt.

Nach Masterson (1993) hatten narzisstische Menschen häufig selber narzisstisch verletzte Eltern. Anstatt es ihren Kindern zu ermöglichen, sie zeitweilig als Selbstobjekt zu gebrauchen, benutzen sie diese umgekehrt, um an die nötige Bewunderung, Spiegelung und/oder Beruhigung zu gelangen.

Projizieren Eltern das eigene ICH-Ideal auf ihr Kind, wird es gezwungen, diesem zu entsprechen. Alle Gefühle, Verhaltensweisen, Wünsche und Eigenschaften seines Selbst, die nicht zu diesem Ideal passen, muss das Kind erst leugnen und schließlich

abspalten. Es entwickelt sein Selbstkonzept auf der Basis: „Ich bin nur so, wie du mich magst.“, sowie: „Ich erfülle dir wie selbstverständlich alle deine Wünsche und Ideale.“. Im Gegenzug erhält das Kind lediglich bedingte Liebe und Bewunderung, aber niemals die Anerkennung und Beachtung seines wahren Selbst, welches im Laufe des Lebens vereinsamt und im Unbewussten verborgen bleibt (Miller 1983). In Glickauf-Hughes & Wells (1997) wird eine Mutter beschrieben, die wegen der Geburt ihrer Tochter eine vielversprechende Karriere als Tänzerin aufgeben musste. Sie projizierte ihr versagtes ICH-Ideal auf die Tochter und trainierte sie hart. Im Alter von 4 Jahren führte das Mädchen bereits die ersten Figuren vor den Freundinnen der Mutter vor.

Oftmals verfügen solche narzisstisch besetzten Kinder tatsächlich über herausragende Eigenschaften, weshalb sie gerne anderen vorgeführt werden (Kernberg 1983, Masterson 1993). Die pathologische Entwicklung des *falschen, grandiosen Selbst* (Winnicott 1960) bzw. des *progressiven Narzissmus* hat begonnen. Benötigen Eltern im Kinde ein spiegelndes, stützendes und bewunderndes Objekt, so wird es wahrscheinlich durch seine Parentifizierung sog. *passiven Narzissmus* entwickeln.

In vielen Fällen werden Kinder auf beide Weisen benutzt, wodurch die Entwicklung eines völlig integrierten, authentischen Selbstgefühls scheitert. Aufgrund der mangelhaften elterlichen ICH-Funktionen können diese nicht integriert werden, weshalb prä-neurotische narzisstische Menschen in ihrer Selbstwertregulation von anderen Menschen stark abhängig bleiben.

Zusammenfassend postuliert Kernberg (1983) die Verschmelzung von drei intrapsychischen Instanzen: Dem ICH-Ideal, den tatsächlichen Fähigkeiten und dem von den eigenen Eltern projizierten Ideal-Objekt. Ein narzisstischer Mensch muss also immer ein bestimmtes Image pflegen, weil er befürchtet, für sein wahres Selbst abgelehnt zu werden. Dieses Image ist stark durch elterliche und gesellschaftliche Erwartungen und Anforderungen geprägt. Die Angst, nicht zu genügen, ist charakteristisch für diese Menschen, auch wenn sie meist unbewusst bleibt.

#### 4.2.1.3.2 Typische Abwehrmechanismen

Nach Glickauf-Hughes & Wells (1997) bedingt die Entwicklung narzisstischer Menschen den Gebrauch von Abwehrmechanismen, mit dem Ziel das wahre, erschöpfte und entleerte Selbst, Schamgefühle und ich-dystone, abgespaltene Persönlichkeitsanteile nicht wahrzunehmen:

- *Grandiosität*: Im Erleben der eigenen Grandiosität bzw. Omnipotenz werden Schwäche, Depression, Scham und das Bedürfnis nach Abhängigkeit abgewehrt.
- *Idealisierung*: Kohut (1987) geht von einer nicht gelungenen Bewältigung der Entwicklungsphase der idealisierten Übertragung aus. Hierbei versucht das Kind an Kraft und Stärke zu gelangen, indem es sich mit idealisierten Objekten identifiziert. Dies erhöht das eigene Selbstwertgefühl, da das Kind sich ebenso stark und kompetent fühlt, wie das idealisierte Objekt. Später werden dann Popstars, Models, Sportler oder andere herausragende Menschen förmlich angebetet, um sich mit deren Ausstrahlung und Fähigkeiten eins zu fühlen. Latent bleibt im Hintergrund das Gefühl des Neids und die Kränkung, doch nicht so ideal sein zu können, wie das Objekt.
- *Abwertung*: Sie schützt das schwache Selbstwertgefühl mit Hilfe der Externalisierung unangenehmer Gefühle und unerwünschter Selbstanteile. Das Kritisieren Anderer schafft ein Gefühl der Überlegenheit und ist Ausdruck der eigenen inneren Selbstablehnung: „Eigentlich bin ich nichts wert, aber ich fühle mich wenigstens dann wertvoll, wenn ich alle anderen als noch viel wertloser betrachte.“ Im Gegenüber werden meistens die Anteile entwertet, die der narzisstische Mensch nicht in sein Selbstbild integrieren konnte und dies in dem Ausmaße, wie er diese Zurückweisung selber empfunden hat. Abwertung hat also hier eine ganz ähnliche Funktion wie *Projektion*, bei der dem Objekt eigene, ich-fremde Anteile unterstellt werden.
- *Projektive Identifizierung*: Mit Hilfe der projektiven Identifizierung gelingt es dem Klienten, im Gegenüber eigene, abgewehrte Gefühle wie Depression, Angst, Schuld oder Scham bzw. Bedürfnisse (insbesondere nach Abhängigkeit) entstehen zu lassen. Diese Form der Entlastung des Selbstbildes bietet u.a. den Vorteil, dass der KI vom Interaktionspartner lernen kann, wie man mit solchen Gefühlen umgehen kann. Dieser Abwehrmechanismus findet sich später bei den charakteristischen Gegenübertragungsgefühlen wieder.
- *Reaktionsbildung*: Manchmal werden eigene ich-dystone Selbstanteile in ihrem Gegensatz ausgelebt. So kann man z.B. beobachten, dass ein narzisstischer Mensch, der gelernt hat, sich für seine eigenen Bedürfnisse zu schämen, im Leben besonders autark auftritt (Glickauf-Hughes & Wells (1997)). Durch die Verkehrung seiner Bedürftigkeit in extreme Autarkie läuft er keine Gefahr, mit diesem Teil seiner Person in Kontakt zu kommen.

- *Rationalisierung*: Als Folge der Selbstablehnung und der daraus resultierenden kompensatorischen Grandiosität werden für eigene Schwächen und Fehler äußere Gründe gesucht, um diese vor sich selbst und anderen zu verschleiern. So kann etwa die Unfähigkeit, pünktlich zu erscheinen, durch allerlei Ausreden (rote Ampeln, Autopanne, Bus verpasst, etc.) meist unbewusst verborgen werden.
- *Somatisierung*: Johnson (1987) beobachtete die Neigung narzisstischer Menschen, seelische Konflikte körperlich auszudrücken. Er vermutet darin den Gewinn, das tiefe Gefühl der seelischen Erschöpfung und das daraus resultierende Bedürfnis nach Ruhe und Erholung auf eine sozial akzeptierte Weise zu befriedigen. Chessick (1985) sah einen Zusammenhang zwischen narzisstischen Menschen und Koronarerkrankungen sowie Essstörungen: Nicht selten findet man unter sog. Workaholics narzisstische Menschen, die wegen des Glaubens an ihre eigene Omnipotenz über ihre physiologischen Grenzen hinaus arbeiten und daher beginnen, unter körperlichen Erkrankungen zu leiden. Auch bei Essstörungen werden Selbstwertproblematiken vermutet, weil versucht wird, einem bestimmten Schönheitsideal absolutistisch zu entsprechen.
- *Leugnung*: Geleugnet wird alles, was der Erreichung ehrgeiziger Ziele und der Aufrechterhaltung des Images im Wege stehen könnte: Gesundheitstipps, Feedback durch die Umgebung, gute Ratschläge, etc. Die Verzerrung der Realität kann dabei sehr weit gehen. Ein narzisstischer Mensch kann puterrot vor Scham und mit schweißnassen Händen behaupten, das ihm das Geschehen nichts ausmache und er sich gut fühle.

Im Folgenden werden der typische Umgang narzisstischer Menschen mit ihrer Umwelt erörtert sowie die Gefühle, die der Therapeut in der Beziehung mit solchen Klienten erlebt schildert.

#### 4.2.1.3.3 Charakteristische Gegenübertragungsgefühle

Gemäß Glickauf-Hughes & Wells (1997) treten bei der Behandlung von narzisstischen Klienten häufig sowohl Eigen- als auch Gegenübertragung auf. Das Besondere an der Eigenübertragung besteht in der relativen Häufigkeit narzisstisch tendierender Therapeuten, wie auch bei Miller (1983) zu lesen ist.

Schultz & Glickauf-Hughes (1995) unterscheiden vier Gegenübertragungsmodi:

1. vom Klienten als spiegelndes Selbstobjekt benutzt zu werden
2. Idealisierungübertragung: Gefahr der narzisstischen Kollusion
3. Zwillingsübertragung
4. negative Übertragung der ungewollten Anteile auf den Therapeuten

Insbesondere präneurotische Narzissten benötigen immer wieder bewundernde Bestätigung durch ihre Umgebung. Dies wünscht sich der Kl auch vom Thn, welcher sich dann als *spiegelndes Selbstobjekt*, d.h. als bewundernder, empathischer und beruhigender Teil des Klienten erlebt. Der Th hat dabei nicht das Gefühl, dem Kln als unabhängige Person mit eigenen Fähigkeiten und Bedürfnissen gegenüberzusitzen, sondern er ist so selbstverständlich da, wie die Luft um ihn herum. Hearst (1988) glaubt, dass dies für den Thn wiederum narzisstisch kränkend sein kann. Es können *Ärger und Rachegefühle* als Antwort auf das *Gefühl des Benutztwerdens* auftauchen, wenn der Th selber Eltern hatte, welche ihn narzisstisch besetzten. Ebenso kann er *sich langweilen* und mit der Aufmerksamkeit abschweifen, gemäß der unbewussten Dynamik: „Du hörst nicht zu, was ich sage, also höre ich nicht zu, was Du sagst.“ (Schultz & Glickauf-Hughes 1995, S. 602, übersetzt v. Autor). Hat der Th selber Bereiche, in denen er in seiner beruflichen Entwicklung frustriert wurde, so können im Umgang mit sehr erfolgreichen Narzissten unbewusster *Neid, Konkurrenzdenken und Wetteifern* aufkommen.

Bewundert und verehrt ein narzisstischer Kl seinen Thn, besteht die Gefahr einer *Kollusion* (Willi 1975), bei welcher der Th aufgrund seiner eigenen Bedürftigkeit dies sehr genießt und beide sich gegenseitig bewundern. Bei einer Kollusion treffen zwei Menschen mit demselben Grundkonflikt aufeinander, wobei der eine Partner den passiven (hier: bewundern) und der andere den aktiven (hier: sich bewundert fühlen) Verarbeitungsmodus wählt. Der *Kl wird zum Liebling* und die Vorfreude auf den nächsten Termin ist groß. Negative Übertragung und Kritik werden vermieden, was der beidseitig erlebten Elternbeziehung gleich kommt, in der Negatives nicht ausgedrückt werden durfte. Andererseits kann die *Idealisierung* auch vom Thn abgelehnt werden, da er vielleicht nicht in seinem wahren Selbst gesehen wurde und dieses nun gesteigert wünscht. Der Ärger über die Verkennung ist also als Eigenübertragung zu verstehen. Idealisierungsübertragung kann auch *verunsichern*, da sich Bewunderung und Abwertung meist



abwechseln. Bestenfalls sollte diese Art der Übertragung verstanden, toleriert und, falls angemessen, interpretiert werden (Glickauf-Hughes & Wells (1997)).

Sieht ein KI im Thn seinen „Zwilling“ oder *Seelenverwandten*, so hat dies eine beruhigende Funktion, da es ihm ein Gefühl des Sinns, der Vertrautheit und Zugehörigkeit zur Welt verschafft. Der KI fühlt sich geborgener und nicht mehr alleine auf der Welt, wenn er annimmt, dass viele gemeinsame Interessen, Ansichten, Vorlieben oder Herkunft bestehen. Thn mit gleicher Neigung überbetonen die Ähnlichkeiten zwischen sich und dem KIn und vernachlässigen die Unterschiede. Dabei besteht die Gefahr, dass sich der KI unverstanden fühlt. Im Gegensatz dazu verfallen Thn der Versuchung, sich in ihrer Identität besonders abzugrenzen, wenn die eigenen Individualitätsansprüche hoch sind („Ich bin so einzigartig, das kein KI Gemeinsamkeiten zwischen sich und mir feststellen darf.“). Der KI fühlt sich dabei möglicherweise zurückgewiesen. Meiner Auffassung nach wird dieses häufig in Institutionen der Fall sein, welche stark auf der Ebene „gesunde Thn – kranke Patienten“ polarisieren.

Narzisstische Menschen können ihrem Gegenüber den Eindruck vermitteln, man sei unfähig, schwach, minderwertig, ängstlich oder hilflos. Thn erleben dies in der *negativen Übertragung*, wenn sie symbolisch für den vom KIn abgelehnten Selbstanteil stehen. *Wertlosigkeit, Scham, Frustration und Selbstabwertung* sind häufige Gefühle im Umgang mit narzisstischen KIn. All diese Gefühle hat der KI selbst in der Beziehung zu wichtigen Bezugspersonen erlebt und anschließend aus seinem Bewusstsein verdrängt. Mittels der *projektiven Identifizierung* wird dem Thn ein abgelehnter Selbstanteil zugeschrieben, welcher anschließend durch die Art der Interaktion in ihm provoziert wird. Werden Scham und Wut auf den KIn nicht reflektiert, entwickeln sich in der Interaktion unbewusste Ablehnung und subtile Abwertung des KIn. Projektive Identifizierung schafft die erwarteten Reaktionen gemäß einer sich selbsterfüllenden Prophezeiung. Wenn beispielsweise eine Frau ihrem Ehemann unterstellt, er halte sie für zu dick, dann kann sie ihn fragen: „Bin ich zu dick?“. Der Mann ist ehrlich und sagt: „Nein.“. Auf die skeptische Frage: „Wirklich nicht?!“, antwortet er etwas vehementer: „Nein!“. Verführerisch entgegnet sie: „Komm, sei ehrlich...“, woraufhin er schließlich nachgibt, um ihr nicht zu widersprechen: „Na ja, vielleicht ein bisschen...“. Prompt hört er die Antwort: „Oh, bist du gemein!!“.

Je nach Häufigkeit und Intensität der erwähnten Abwehrmechanismen führen sie irgendwann zu großem Leid. Hieraus entwickelt sich die Chance, im Leben etwas zu verändern und aus den nachfolgenden Motiven heraus eine Therapie zu beginnen.

#### 4.2.1.3.4 Therapiemotivation

Glickauf-Hughes & Wells (1997) postulieren, dass narzisstische Menschen erst dann therapeutische Hilfe aufsuchen, *wenn ihr grandioses Selbstbild versagt* oder sie widerwillig vom Lebensgefährten zu einer Paartherapie *überredet werden*. Aufgrund der omnipotenten Realitätsverzerrung scheitern sie schließlich in einem Maße, das weder rationalisiert noch projiziert werden kann. Sie wurden vielleicht vom Partner wegen eines anderen Menschen verlassen oder ihnen wurde die Arbeitsstelle gekündigt. Jetzt wollen sie in der Therapie das *Gefühl der Wertlosigkeit und Selbstabwertung* bearbeiten.

Wenn sich vorbewusst die Erkenntnis eigener innerer Leere und mangelnder Erfüllung anbahnt, oder eine wie oben erwähnte narzisstische Kränkung erlebt wurde, ist es möglich, dass ein KI wegen *Depressionen* in die Therapie kommt. Dabei ist wichtig zu berücksichtigen, dass solche Gefühle für ihn sehr erniedrigend sein können.

Hin und wieder überweisen Ärzte *hypochondrische Patienten* mit narzisstischen Konflikten. Über die *psychosomatischen Beschwerden* ist es diesen Klienten möglich, zeitweilig von ihren übersteigerten Selbstansprüchen abzulassen, sich also ein wenig Ruhe und Erholung gönnen zu dürfen. Sie bekommen dabei Zuwendung, ohne sich allzu sehr ihren unbewussten Versorgungswünschen bewusst zu werden.

Im mittleren Alter wird jeder Mensch zwangsläufig mit den natürlichen Grenzen des Lebens konfrontiert. Die ersten spürbaren Alterungsprozesse setzen ein, welche für narzisstische Menschen eine *unakzeptable Grenze* darstellen. Einbußen in Schönheit, Leistungsfähigkeit und die unabwendbare Tatsache der eigenen Sterblichkeit, lösen im Narzissten entweder panische Angst vor dem Zusammenbruch des idealisierten Selbstbildes oder große Wut im Sinne von Majestätsbeleidigung aus. Sie passen nicht in das omnipotente Selbstbild. So kann ein KI mit dem Wunsch in die Therapie kommen, dadurch entweder schöner zu werden oder mit der drohenden Verzweiflung und Erkenntnis leben zu können, dass das Leben Grenzen hat. Meines Erachtens leben große Teile der Schönheitschirurgie, der anti-aging Forschung und der Kosmetikindustrie von diesen Ängsten.

Im selben Lebensabschnitt wird therapiemotivierten Narzissten schmerzlich bewusst, dass sie zwar vielen Rollenerwartungen entsprechen und z.T. große Erfolge hatten, aber es ihnen an liebevollen Beziehungen, kleinen Alltagsfreuden, Tiefe und Authentizität fehlt. Sie werden es leid, immer nur die Erwartungen Anderer erfüllen zu müssen und lehnen sich gegen diese Fremdbestimmtheit auf. Ihnen wird deutlich, dass sie im tiefsten Inneren nicht wissen, was sie wollen und wer sie sind. *Sinnlosigkeit, Langeweile und schmerzliche Einsamkeit* lassen sie schließlich einen Thn aufsuchen.

#### 4.2.1.3.5 Therapeutische Zielsetzung: Förderung des authentischen Selbst

Glickauf-Hughes & Wells (1997) sehen folgende fünf Ziele als wichtige, *ich-strukturelle Entwicklungsaufgaben* in der Therapie mit präneurotisch-narzisstischen Menschen an:

1. Förderung des wahren, *authentischen Selbst*: Spiegelung und Empathie helfen, die eigenen Gefühle, Bedürfnisse und Ziele besser wahrzunehmen und zu integrieren. Hierbei sollte besonders darauf geachtet werden, dass das Niveau der Bearbeitungsangebote (Sachse & Maus (1991)) den KIn nicht überfordert.
2. Herausarbeiten der eigenen *Individualität*: Der Th sollte die Unterschiede zwischen sich und dem KIn betonen, damit sich ein Gefühl für die eigene Einzigartigkeit entwickeln kann. Auch nein-sagen zu üben, fördert das Gefühl der Unterschiedlichkeit gegenüber anderen Menschen. Die Grenze zwischen sich und anderen wird spürbarer.
3. Integration und Relativierung des *grandiosen Selbst*: Der KI kann lernen, eigene Grenzen und Schwächen zu akzeptieren und sich von den überzogenen Selbstanprüchen zu befreien. Dies ist jedoch potentiell narzisstisch kränkend, da die Einsicht in eigene Fehler und die eigenen Omnipotenzphantasien schmerzlich sein kann, weshalb dieser Schritt eine stabile therapeutische Beziehung voraussetzt.
4. Erhöhung der *Frustrationstoleranz*: Entgegen der narzisstischen Erfahrung, dass existentielle Bedürfnisse nach Liebe, Verständnis und Akzeptanz kompensatorisch durch Geld, Geschenke, manipulierbare Erziehungsgrenzen und/oder bedingte Liebe befriedigt wurden, kann der KI lernen, dass seine existentiellen Bedürfnisse gesehen und geschätzt werden. Jedoch muss er lernen, dass es auch hierbei natürliche Gren-

zen gibt, da seine Bedürfnisse nicht immer vollständig und sofort befriedigt werden können.

5. Internalisierung von *Selbstobjektfunktionen*: Bei erfolgreicher Durcharbeitung des Widerstandes eines KIn gegenüber Beruhigungs- und Hilfsangeboten gelingt es, dass diese in das Selbst als wichtige ICH-Funktionen integriert werden. Der Widerstand resultiert aus der ambivalenten Erfahrung des KIn mit seinen Eltern: „Irgendwie meinten sie es gut mit mir, aber ich fühlte mich nie gesehen und gemeint.“ Der KI möchte sich verständlicherweise vor der Wiederholung schützen und wehrt sich daher zunächst (unbewusst) gegen die Angebote des Thn.

Auf der *interpersonalen Ebene* leben Narzissten mit der Überzeugung, dass ihr wahres Selbst von anderen kritisiert und abgelehnt werden würde, wenn sie sich authentisch zeigen. Daraus ergeben sich nach Glickauf-Hughes & Wells (1997) folgende Zielsetzungen:

1. *Authentizität* im Umgang mit Anderen: Dies setzt beim KIn voraus, dass er bereits gelernt hat, zwischen seinem wahren Selbst und dem Image zu unterscheiden. Die ich-dystonen Anteile müssen erkannt und integriert sein. Dieses ist m.E. ein sehr hohes Ziel und stellt eine große Hürde für den KIn dar.
2. *Andere lieben lernen*, statt sie als Selbstobjekt zu gebrauchen: In der letzten Phase der Therapie fügen sich die vorangegangenen Ziele zusammen. Der KI kann seine wesentlichen Abwehrmechanismen überwinden und erlebt mit dem Thn eine authentische, taktvolle und reziproke Beziehung. Zum ersten Male ist der KI tatsächlich neugierig, wer der Th ist und stellt entsprechende Fragen. Auch anderen Menschen gegenüber kann er sich liebevoller und authentischer geben, da er aufgrund der Integration von stützenden ICH-Funktionen (Selbstberuhigung, Selbstachtung, Frustrationstoleranz, etc.) unabhängiger geworden ist.

Glickauf-Hughes & Wells (1997) betonen insbesondere die heilende Wirkung der gesprächstherapeutischen Basisvariablen: Empathie, positive Wertschätzung und Kongruenz (Rogers (1991)). Die Herausforderung für den Thn ist es, sich durch die aufgeblähte, abwertende und fordernde Fassade des KIn nicht abschrecken zu lassen. Er sollte stattdessen den dahinterstehenden, vereinsamten, ängstlichen Menschen erkennen, dessen tiefster Wunsch es ist, so geliebt zu werden, wie er tatsächlich ist. Er sollte es zulassen

sen können, über weite Strecken der Therapie nicht als eigenständige Person angesehen zu werden und dem Kln ermöglichen, diese normale Entwicklungsphase nachzuholen und darüber hinauszuwachsen.

Bei Siems (1994, S. 66) bestehen Ähnlichkeiten zwischen dem von ihm skizzierten rigiden Charakter, dessen Lebensthema Leistung und Angst vor dem Versagen ist, und dem Narzissten. Er empfiehlt als therapeutische Grundhaltung:

- „[...] Du brauchst nichts zu tun, damit ich dich mag.
- Du bist vollkommen in Ordnung, so wie du bist.
- Du brauchst Dich nicht mehr anzustrengen.“

## 4.2.2 Masochistische Persönlichkeitsstörung

### 4.2.2.1 Diagnostik und psychodynamische Aspekte

Im Gegensatz zu den anderen hier erwähnten Persönlichkeitsstörungen wird die masochistische nicht als eigene Kategorie im ICD-10 oder DSM-IV geführt. Erste Konzeptualisierungen ergaben, dass eine passiv-aggressive Störung ins ICD-10 aufgenommen wurde und zwar unter derselben Ziffer, wie auch die narzisstische Persönlichkeitsstörung: F60.8: Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen. Jedoch geht das hier beschriebene Konzept über das der passiv-aggressiven oder auch negativistischen Persönlichkeit, wie sie im DSM-IV genannt wird, hinaus. Anstelle einer offiziellen Diagnostik werde ich daher die Beschreibungen aus Glickauf-Hughes & Wells (1997) darstellen.

Im Gegensatz zum allgemeinen Sprachgebrauch ist hier nicht eine Persönlichkeit gemeint, deren sexuelle Präferenzen im sado-masochistischen Bereich liegen. Es handelt sich vielmehr um eine Form der *Selbstaufopferung*, die zur chronischen Erschöpfung führen kann. Die Wünsche anderer werden extrem überbewertet, weshalb es diesen Menschen besonders schwer fällt, „nein“ zu sagen. Eigene Bedürfnisse werden zwar wahrgenommen, aber denen Anderer sofort untergeordnet. Masochisten haben gelernt, für das, was sie tun, geliebt zu werden und weniger für das, was sie sind. Zu Geben wird als eine Möglichkeit benutzt, um Zuwendung zu erhalten.

Da masochistische Menschen, ebenso wie narzisstische, nicht für ihr wahres Selbst geliebt wurden, bleiben sie ihr Leben lang auf der Suche nach jemandem, der sie so sieht, wie sie wirklich sind und dem sie sich *völlig ausliefern und hingeben* können. Gleichzeitig befürchten sie allerdings, dass ihre Grenzen überschritten und sie von anderen verletzt, gedemütigt und verlassen werden könnten, so wie sie es von ihren Eltern erfahren haben.

In ihrer Vergangenheit wurden Masochisten chronisch abgewertet, verbal misshandelt, gedemütigt und kontrolliert. Obwohl sie sich danach sehnen, fällt es ihnen sehr schwer, anderen Menschen zu vertrauen. Ihr *Urvertrauen* ist so gering entwickelt, dass sie Liebe wie ein „Trojanisches Pferd“ betrachten: Zunächst lieben sie ihren Partner, der sich aber dann im Verlaufe der Beziehung als abwertend oder missbräuchlich herausstellen kann, weil er z.B. Alkoholiker ist oder seinen Partner finanziell ausbeutet.

Ein weiteres kennzeichnendes Element ist das *passiv-aggressive Verhalten*, als Resultat eines Autonomie vs. Unterwerfungs-Konfliktes. Masochisten sind äußerlich ausgesprochen gefällig, freundlich, entgegenkommend und gehorsam. Sie bitten andere oft um Hilfe und übernehmen viele Aufgaben. Da sie aus Angst vor Objekt- und Liebesverlust nicht „nein“ sagen können, wahren sie ihre Autonomie, indem sie trödeln, vergessen oder schlampig arbeiten. Dadurch erlangen sie ein wenig Kontrolle zurück, die sie als Kind nie hatten.

Masochisten mussten sich ein sehr „*dickes Fell*“ zulegen, um vor den verbalen und körperlichen Angriffen ihrer Bezugspersonen geschützt zu sein. Die Kehrseite dieser Abwehrhaltung ist, von ihren Mitmenschen emotional abgeschnitten zu sein. Da ihre Reizschwelle sehr hoch ist, fordern sie manchmal ihre Umgebung auf, sie härter anzugehen, damit sie überhaupt etwas spüren. In einer Gruppentherapie können sie bspw. wünschen, dass man sie stärker konfrontiere, um sich emotional besser wahrzunehmen und zugehöriger zu fühlen. Auch Komplimente dringen nur schwer hindurch, da sie, aufgrund des negativen Selbstbildes, stark angezweifelt werden.

Oftmals sind sie in der *depressiven Position* und geben sich übermäßig die Schuld an interpersonalen Konflikten. Sie leugnen bzw. introjizieren sogar die negativen, sadistischen Anteile ihrer Bezugspersonen und wenden dadurch die Aggressionen gegen sich selbst. Dies dient dem Schutze der Beziehung, weil somit einerseits Konflikte gemieden werden und andererseits ein Kontrollerleben entsteht: „Wenn ich allein an allem Schuld bin, brauche ich mich nur zu ändern, damit alles besser wird.“

Auf den ersten Blick scheinen Masochisten Schmerz und Leiden aktiv aufzusuchen. Jedoch glaubt Avery (1977), dass die größte Angst des Masochisten der *Verlust der Bezugsperson* ist. Zwar ist sie hier nicht völlig mit dem psychischen Tod gleichbedeutend, wie beim Hysteroiden, jedoch ist es in der Vorstellung des Masochisten das Schlimmste, was ihm zustoßen kann. Dafür nimmt er alle Schwierigkeiten in seinen Beziehungen in Kauf und erträgt sie beharrlichst, nur um noch größeres Leiden zu vermeiden.

Bindungstheoretisch betrachtet (Bowlby 1973) ist der masochistische Mensch *unsicher-ambivalent* an seine Bezugspersonen gebunden. Ebenso wie hysterioide Menschen, erlebten sie ihre frühesten Bezugspersonen als nicht zuverlässig und unberechenbar. Sie konnten keine Sicherheit entwickeln, dass jemand für sie da war, wenn sie Hilfe benötigten. Anders als die Hysteroiden, agieren Masochisten ihre Wut und Enttäuschung

darüber allerdings nicht aus, sondern konservieren sie aus Angst vor endgültigem Objektverlust.

Die Tabelle 13 fasst die oben erwähnten Aspekte zusammen und erweitert sie um einige neue psychodynamische Betrachtungen, bevor ich zur Beschreibung den neurotischen Entwicklungsstörungen übergehen möchte.

**Tabelle 13: Merkmale masochistischer Persönlichkeiten**

Kognitiver Stil	Negative Verzerrung der Selbstwahrnehmung; positive Verzerrung der Fremdwahrnehmung (Glickauf-Hughes and Wells 1991a).
Hauptabwehrmechanismen	Reaktionsbildung, Introjektion der Schwächen des Objekts, Leugnung, Idealisierung und Abwertung, Rationalisierung vom Verhalten des Objekts; glaubt, dass man durch Selbstlosigkeit geliebt wird.
Ziel des Patienten	Liebe und Sicherheit erlangen.
Ansprüche und Bemühungen	Versucht, kritisierende, ablehnende Objekte durch gebendes, aufopferndes Verhalten in liebevolle Objekte zu verwandeln; vermeidet seine Angst vor Verlassenwerden und Liebesverlust durch Unterwürfigkeit.
ICH-Modus	Gute Impulskontrolle; das ICH schafft es nur schwer, gegen das strenge Über-ICH anzugehen; Realitätsprüfung ist durch leugnen und rationalisieren der negativen Charaktereigenschaften des idealisierten, haltgebenden Objekts und durch die Introjektion der auf ihn gerichteten negativen Projektionen verzerrt.
Über-ICH Modus	Extrem hartes, strafendes Gewissen; unrealistische ICH-Ideale; ICH-Ideal: „Ich bin gut und gebend.“
Vorherrschender Mythos	Mythos der Fairness und Re-



	ziprozität (wünscht sich, mit dem Objekt immer quitt zu sein und es dadurch zu kontrollieren).
Abgewehrte Bereiche	Abwehr von Objektverlust (Avery 1977), Liebesverlust sowie von Ärger und negativer Fremdwahrnehmung durch idealisierte Objekte.

Glickauf-Hughes & Wells (1997), S. 95, eigene Übersetzung

Nach Siems (1994) gelingt es dem Masochisten, sein Gegenüber ärgerlich zu machen. Es geschieht im vielleicht ein kleines Missgeschick, wofür er sich anschließend weinerlich und unterwürfig entschuldigt. In einem therapeutischen Setting empfindet der Th dabei eine *Mischung aus Ärger und Schuldgefühlen*, da ein so netter und leidender Mensch eigentlich keinen Ärger auslösen dürfe. Lowen (1988) vermutet beim Masochisten einen heimlichen Stolz darauf, wie viel er aushalten und ertragen kann. Im Stillen fühlt er sich dadurch seiner Umgebung, einschließlich dem Thn, überlegen, was zu Widerständen in der Therapie führen kann, falls dieses Gefühl nicht reflektiert wird.

Der Masochist benötigt eine Atmosphäre (Siems 1994, S. 64), die ihm vermittelt:

- „Dein Leben gehört Dir.
- Du bist frei, dass zu tun, was du möchtest.
- Ich mag dich auch, wenn du frech (ärgerlich) bist.
- Du darfst glücklich sein.“

Im Anhang A (Tabelle 34) sind zusätzliche Ausführungen über die masochistische Persönlichkeit zusammengefasst.

## 4.3 Neurotisches Entwicklungsniveau

### 4.3.1 Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

#### 4.3.1.1 Fallbeispiel

In dieser Kasuistik lesen wir von Daniel (38), wie er versuchte, zusammen mit seinem Schwager Jean-Marc ein eigenes Geschäft zu führen:

„Er [Jean-Marc] war *ernsthaft und schuftete oft* so sehr, dass meine Schwester sich beklage, weil sie fand, er sei zu selten zu Hause. Jean-Marc war *eher zurückhaltend, bescheiden* und sehr um die Erziehung seiner Kinder besorgt [...].

Von meiner Schwester hatte ich erfahren, dass auch er meinte, in seinem Unternehmen nicht genug Anerkennung für seine Arbeit zu finden und so schlug ich ihm ein Zusammengehen vor. Er wirkte überrascht und ein wenig beunruhigt, *dann bat er um Bedenkzeit*. Während der nächsten Wochen rief er mich regelmäßig an, um immer neue *Detailinformationen* über das Projekt [...] einzuholen. [...] Kurz darauf rief mich meine Schwester an. Sie erklärte mir, dass es hier nicht um mangelndes Vertrauen ginge, Jean-Marc zweifle nicht an meiner Ehrlichkeit, er *brauche nur immer ein Maximum an Informationen, ehe er eine Entscheidung treffe*, egal ob es sich um die Anschaffung einer Waschmaschine oder die Planung des nächsten Urlaubs handelt. Als ich den Hörer auflegte, dachte ich, dass Jean-Marc und ich uns gut ergänzten und dass er auf Details achten würde, die mich nur langweilten. [...]

Jean-Marc arbeitete hart an der Einrichtung der *Verfahren und Normen*; er machte seine Sache gut, selbst wenn ich den Eindruck hatte, dass er zuviel Zeit damit verbrachte. [...]

Ich versuchte, mit Jean-Marc darüber zu reden, und bat ihn, ein bisschen kürzer zu treten und sich nicht so sehr *in jede Einzelheit* zu versenken. Aber ich habe es bald aufgegeben, denn jedes Mal, wenn ich bei ihm vorbeikam, erklärte er mir lang und breit das *Wie* und *Warum* seines Tuns, ich kam überhaupt nicht mehr zu Wort. [...]

Ich ärgerte mich ein wenig über Jean-Marc, weil er, statt begeistert [von einem neuen, wichtigen Auftrag] zu sein, den Vertrag x-mal durchlas und mir dann sagte, das ich diese oder jene Eventualität (*von der Sorte, wie sie nie wirklich passieren*) nicht bedacht hatte. [...]

Am Ende habe ich Jean-Marc mit seinem Einverständnis von allen Verantwortlichkeiten in Produktion und Vermarktung befreit. Jetzt kümmert er sich nur noch um die Buchhaltung und die Verwaltung, und ich versichere ihnen, dass dort *alles in bester Ordnung* ist! Neuerdings spricht meine Schwester von Scheidung. Nicht nur, dass Jean-Marc pausenlos arbeitet – wenn er nach Hause kommt, fällt ihm die eine oder andere *Kleinigkeit* auf, und er meint, dass sie den Haushalt nicht im Griff hätte!“ (Lelord & André 2001, S. 105-107, eigene Hervorhebungen).

Der Erzählung nach handelt es sich bei Jean-Marc um einen Menschen, der ausgesprochen stark auf *Details und Kleinigkeiten* achtet. Er kann sich sogar in solche Einzelheiten verlieren, die üblicherweise uninteressant sind. Darauf verwendet er viel Zeit, die ihm für andere Aufgaben fehlt. Sein *Pflichtbewusstsein* ist hoch, denn er arbeitet hart und *leistungsorientiert*. Typischerweise wertet er die Arbeit höher, als sein persönliches Vergnügen und sein Privatleben. Häufig beobachtet man bei ihm auch *unbegründete Ängste*, wie sie Daniel bei dem Abschluss eines neuen Vertrages bemerkt. Jede Eventualität muss durchdacht werden, weshalb Jean-Marc immer sehr viele

tualität muss durchdacht werden, weshalb Jean-Marc immer sehr viele Informationen benötigt, um zu einer Entscheidung zu kommen. Dieses *Zögern* kann manchmal sogar zum Verpassen einer günstigen Gelegenheit führen. Seine *Rigidität* und sein *Eigensinn* zeigen sich, als Daniel versucht, ihm sein *pedantisches Verhalten* auszureden, denn Jean-Marc befasst sich gerne mit *Normen und Regeln*.

### 4.3.1.2 Diagnostik nach ICD-10 und DSM-IV

Im ICD-10 wird die zwanghafte Persönlichkeit unter der Ziffer F60.5 als anankastische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Tabelle 14 listet Merkmale wie Gewissenhaftigkeit, Befolgung von Konventionen und Gründlichkeit auf, die bis zu einem gewissen Grade im Berufsleben durchaus erwünscht sind. Jedoch führen sie hier zu rigidem Verhalten, das dem Arbeitgeber aufgrund der Zögerlichkeit des Zwanghaften und dem daraus entstehenden Zeitverlust Schaden verursacht. Im Privatleben fühlen sich die Angehörigen schnell wegen Kleinigkeiten kritisiert und aufgrund seines hohen Pflichtbewusstseins vernachlässigt.

**Tabelle 14: Diagnostik der anankastischen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10**

**[Mindestens drei der folgenden Merkmale müssen erfüllt sein:]**

1. „Übermäßiger Zweifel und Vorsicht.
2. Ständige Beschäftigung mit Details, Regeln, Listen, Ordnung oder Plänen.
3. Perfektionismus, der die Fertigstellung von Aufgaben behindert.
4. Übermäßige Gewissenhaftigkeit, Skrupelhaftigkeit und unverhältnismäßige Leistungsbezogenheit unter Vernachlässigung von Vergnügen und zwischenmenschlichen Beziehungen.
5. Übermäßige Pedanterie und Befolgung von Konventionen.
6. Rigidität und Eigensinn.
7. Unbegründetes Bestehen auf der Unterordnung anderer unter eigene Gewohnheiten oder unbegründetes Zögern, Aufgaben zu delegieren.
8. Andrängen beharrlicher und unerwünschter Gedanken oder Impulse.

[...]

*Ausschluss:*

- Zwangsstörung (F42)“

---

ICD-10, Kap. V(F) (1999)

Im DSM-IV (Tabelle 15) wird noch das übermäßige Horten von wertlosen Dingen, sowie die Neigung zu emotionalem und materiellem Geiz als Leitkriterium angesehen.

**Tabelle 15: Diagnostik der zwanghaften Persönlichkeitsstörung gemäß DSM-IV**

---

„Ein durchgängiges Muster des Beschäftigtseins mit Ordentlichkeit, Perfektionismus sowie geistiger und interpersoneller Kontrolle, auf Kosten persönlicher Flexibilität, Aufgeschlossenheit und Effizienz; der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, und die Störung manifestiert sich in den verschiedensten Lebensbereichen; fünf (oder mehr) der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- (1) Übermäßige Beschäftigung mit Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Plänen, so dass die Hauptsache dabei verloren geht;
- (2) Nichterfüllung von Aufgaben durch Streben nach Perfektion (z.B. können Vorhaben aufgrund der übermäßig strengen eigenen Normen häufig nicht realisiert werden);
- (3) Arbeit und Produktivität werden über Vergnügen und zwischenmenschliche Beziehungen gestellt (nicht bei offensichtlicher finanzieller Notwendigkeit);
- (4) übermäßige Gewissenhaftigkeit, Besorgtheit oder Starrheit gegenüber allem, was Moral, Ethik oder Wertvorstellungen betrifft (nicht zu berücksichtigen sind kulturelle oder religiöse Identifikationen);
- (5) Unfähigkeit, sich von verschlissenen oder wertlosen Dingen zu trennen, selbst wenn diese keinen Gefühlswert besitzen;
- (6) ein Widerwille dagegen, anderen Tätigkeiten zu überlassen oder mit anderen zusammenzuarbeiten, es sei denn, das jene bereit sind, sich exakt auf ihre Art, Dinge zu tun, einlassen;
- (7) Neigung zu Geiz und mangelnde Großzügigkeit gegenüber sich selbst und anderen; Geld wird als etwas betrachtet, das für zukünftige Katastrophen gehortet werden muss;
- (8) gibt sich streng und unnachgiebig.

---

DSM-IV™ (1994, S. 672f); eigene Übersetzung.“ (Fiedler 1995, S. 312).

### 4.3.1.3 Psychodynamische Aspekte

Aus psychodynamischer Sicht wird das besondere *Kontrollbedürfnis* der zwanghaften Menschen betont. Die Welt erscheint ihnen ohne ihre ordnende Einwirkung chaotisch und beängstigend. Spontanen Gefühlen und Impulsen wird misstraut, daher müssen sie aus Schutz vor vermeintlichen Gefahren unter Kontrolle gebracht werden. Dabei werden Zwanghafte schnell *übergriffig*, weil sie anderen ihre Werte und Normen aufdrängen und ihre Ansichten absolutistisch durchsetzen wollen. Sie können auch *keine Auf-*

*gaben an Andere delegieren*, da sie der Überzeugung sind, dass niemand außer ihnen die Aufgabe perfekt erfüllen kann.

Die Tabelle 16 beschreibt außerdem noch die *Angst vor Fehlern*, sowie die große Loyalität gegenüber den *introjierten Werten und Normen* der Eltern. Zwanghafte sind üblicherweise konservativ und sehr an die elterlichen und gesellschaftlichen Erwartungen angepasst.

**Tabelle 16: Merkmale zwanghafter Persönlichkeiten**

Kognitiver Stil	Detailliert, wiederkäuend (Shapiro 1965); schwarz-weiss-denken in Kategorien von richtig und falsch.
Hauptabwehrmechanismen	Isolation d. Affekts, Intellektualisierung; Rationalisierung, Reaktionsbildung, Ungeschehenmachen, Zweifeln.
Ziel des Patienten	Etwas richtig oder perfekt zu machen (Wells et al. 1990).
Ansprüche und Bemühungen	Selbst- und Fremdkontrolle.
ICH-Modus	Grübeln bzw. Konflikte extrem durchdenkend (Shapiro 1965).
Über-ICH Modus	Integriert, aber extrem streng; endures beyond expectations of the immediate personal or cultural milieu; Loyalität gegenüber dem Introjekt.
ICH-Ideal	„Ich bin ehrenwert und gerecht.“
Vorherrschender Mythos	Mythos der Kontrolle; glaubt, es sei besser im recht zu sein, als geliebt zu werden.
Abgewehrte Bereiche	Gefühle von Kontrollverlust, im Unrecht sein; Fehler machen.

Glickauf-Hughes & Wells (1997), S. 97, eigene Übersetzung

Da sie extrem in ihrer *Autonomieentwicklung gehemmt* wurden, fühlen sie sich in ihrem Inneren sehr ohnmächtig. Kompensatorisch sieht man Zwanghafte deshalb häufig in *Machtkämpfe* verstrickt, in denen sie ihre verlorengegangene Autonomie zurückerobern wollen. Im Anhang A (Tabelle 35) finden sich weiterführende ätiologische und therapeutische Aspekte.

## 4.3.2 Histrionische Persönlichkeitsstörung

### 4.3.2.1 Fallbeispiel

In diesem Fallbeispiel berichtet Bruno (28), leitender Angestellter, über die Erlebnisse mit seiner Arbeitskollegin Caroline, einer Person mit einigen typisch histrionischen Zügen:

„Caroline kann man nicht leicht übersehen: als ich sie zum ersten Mal auf dem Flur traf, trug sie ein graues Kostüm, das obenherum sehr klassisch geschnitten war, aber zu dem ein eindrucksvoller Minirock gehörte, der niemandem im Unklaren über ihre tollen Beine ließ. Gleichzeitig nahm sie, sobald sie angesprochen wurde, eine sehr kühle und dienstliche Art an, richtiggehend „business-like“. Das stach von ihrer sehr erotischen Ausstrahlung ab, *ganz als ob sie nicht merkte, wie aufreizend sie war.* [...]

Caroline trank meine Worte, umschlang mich mit heißen Blicken, lachte über meine Späße. Ich konnte ihr das nicht abnehmen, es war zu schön, um wahr zu sein. Im übrigen bestätigte sich mein Verdacht sofort: als Alex, unser Chef, sich zu uns gesellte, *zog Caroline mit ihm das gleiche Schauspiel ab.* Ziemlich enttäuscht und ein bisschen wütend, habe ich sie in den nächsten Tagen kaum angesprochen. [...]

Ich hatte es eilig, sie fragte aber mit *kläglicher Kinderstimme*, weshalb ich nicht mehr mit ihr redete. [...] Ich gestehe, dass sie ziemlich rührend wirkte, als sie dort mit Tränen im Gesicht auf ihrem Stuhl saß und tragisch dreinblickte *wie ein verlassenes Mädchen.* [...]

Wochenlang machte ich ihr den Hof, ohne dass sie aufhörte, mir solche Wechselbäder zu bereiten. Sobald ich ihre *ständig schwankende Haltung* satt hatte, machte sie sich wieder daran, mich herauszufordern. [...]

Schließlich verbrachten wir eine Nacht miteinander. Aber nachdem wir uns geliebt hatten [...] *berichtete sie mir ihre Bettgeheimnisse* und erzählte mir, dass sie die Geliebte eines verheirateten Mannes sei. Die Augen träumerisch in die Ferne gerichtet, beschrieb sie mir euphorisch, was für ein guter, starker und geheimnisvoller Mann er wäre. Da hatte ich wirklich meine Dosis! Ich beschloss, die Beziehung zu beenden. [...] In den nächsten Tagen war sie schrecklich sauer auf mich, aber ich merkte bald, *wie sie sich einem Neuankömmling zu widmen begann.* [...]

Wir kennen uns jetzt zwei Jahre, aber irgendwie habe ich noch immer den Eindruck, dass sie *niemals authentisch* ist, dass sie sogar, wenn wir uns nur kurz unterhalten, *eine Rolle spielt, um meine Aufmerksamkeit zu fesseln*, und dass sie es nie schafft, natürlich zu sein.“ (Lelord & André 2001, S. 86/87, eigene Hervorhebungen).

Konzeptionell gesehen geht die histrionische Persönlichkeit auf den von Freud beschriebenen hysterischen Charakter zurück. Um theoriegeleitetes Denken zu vermeiden, haben sich ICD-10 und DSM-IV auf die Bezeichnung „histrionisch“ verständigt. Niemand glaubt m.E. heute mehr daran, dass das Verhalten dieser Menschen auf Einflüsse der Gebärmutter (lat. *hystera*) zurückgeht, so wie man es in der Antike zunächst glaubte.

Wie bereits erwähnt, würden histrionische Menschen in der Mitte eines Parkplatzes ihr Auto abstellen, um von allen gesehen zu werden. Das *Aufmerksamkeitsbedürfnis* ist sehr groß. Dabei gehen sie oftmals manipulativ vor, indem sie sich *kindlich und/oder sexuell verführerisch zeigen*. Sie locken ihr Gegenüber zunächst an, um es dann zurückzuweisen. Ihre Theatralik kann einerseits sehr unterhaltsam sein, aber auch einen *Mangel an*

*Authentizität* bedeuten. Gerne sorgen sie in ihrer Umgebung unbewusst für *Rivalität*, ein Thema mit dem sie selbst große Schwierigkeiten haben.

Laut König (1995) wird diese Form des Verhaltens bei Frauen häufiger diagnostiziert als bei Männern. Freud selbst habe zunächst Unglauben geerntet, als er seinen Kollegen von dem ersten männlichen Fall berichtete. Jedoch fallen auch Männer unter diese Kategorie, die man früher vielleicht eher als narzisstische Persönlichkeiten bezeichnet hätte. Er berichtet auch, dass zu Beginn seiner analytischen Ausbildung 1968 die hysterische Struktur am Geschätztesten war, da man sie für die Reifste hielt. Tatsächlich entwickelt sie sich auch von allen hier bereits erwähnten am Spätesten, wie im Kap. 4.3.2.3.1 über die Ätiologie noch zu erörtern sein wird.

#### 4.3.2.2 Diagnostik nach ICD-10 und DSM-IV

Gemäß ICD-10 wurden die in Tabelle 17 dargelegten Kriterien zur Diagnostik einer histrionischen Persönlichkeitsstörung festgelegt.

**Tabelle 17: Diagnostik der histrionischen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10**

---

**[Mindestens drei der folgenden Merkmale müssen erfüllt sein:]**

1. „Dramatisierung bezüglich der eigenen Person, theatralisches Verhalten, übertriebener Ausdruck von Gefühlen.
2. Suggestibilität, leichte Beeinflussbarkeit durch andere Personen oder Umstände.
3. Oberflächliche und labile Affektivität.
4. Andauerndes Verlangen nach Aufregung, Anerkennung durch andere und Aktivitäten, bei denen die betreffende Person im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht.
5. Unangemessen verführerisch in Erscheinung und Verhalten.
6. Übermäßiges Interesse an körperlicher Attraktivität.

Egozentrik, Selbstbezogenheit, anhaltendes Verlangen nach Anerkennung, erhöhte Krankbarkeit und andauernd manipulatives Verhalten zur Befriedigung eigener Bedürfnisse können zusätzliche Merkmale sein.“

---

ICD-10, Kap. V(F) (1999)

Im DSM-IV kommen, wie in Tabelle 18 beschrieben, zu den oben genannten Aspekten noch der typische, impressionistische Sprachstil und die Überschätzung von Intimität in Beziehungen hinzu.

**Tabelle 18: Diagnostik der histrionischen Persönlichkeitsstörung gemäß DSM-IV**

---

„Ein durchgängiges Muster übermäßiger Emotionalität oder eines übermäßigen Verlangens nach Aufmerksamkeit; der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, und die Störung manifestiert sich in den verschiedensten Lebensbereichen; mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- (1) fühlt sich unwohl in Situationen, in denen er/sie nicht im Mittelpunkt steht;
- (2) die Interaktion mit anderen ist häufig bestimmt durch ein übertrieben sexuell-verführerisches oder provokantes Verhalten;
- (3) zeigt schnell wechselnde und oberflächlich wirkende Emotionen;
- (4) nutzt durchgängig die eigene äußere Erscheinung, um die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken;
- (5) hat einen übertrieben impressionistischen Sprachstil, der keine Details kennt;
- (6) liebt Selbstdarstellung und Theatralik sowie einen übertriebenen Ausdruck von Gefühlen;
- (7) ist suggestibel, d.h. leicht durch andere Personen oder Umstände zu beeinflussen;
- (8) hält Beziehungen gewöhnlich für intimer, als sie in Wirklichkeit sind.

---

DSM-IV™ (1994, S. 657f); eigene Übersetzung.“ (Fiedler 1995, S. 272).

Bei Anwendung dieser Leitkriterien dürfte m.E. halb Hollywood unter einer histrionischen Persönlichkeitsstörung leiden. Dieser Gedanke soll deutlich machen, dass auch an Pathologie grenzendes Verhalten durchaus gesellschaftliche Wertschätzung erfährt und nicht notwendigerweise zu Leidensdruck führen muss.

### 4.3.2.3 Spezielle psychodynamische Aspekte

Glickauf-Hughes & Wells (1997) stufen diese Persönlichkeitsstruktur, ebenso wie die zwanghafte, auf der Ebene des neurotischen Entwicklungsniveaus ein. Objektpermanenz und -konstanz sind entwickelt und die Konflikte zeigen sich meist in Mehrpersonenbeziehungen, während vor der neurotischen Stufe die meisten Schwierigkeiten in dyadischen Beziehungen auftreten (König 1995).



Wie in den vorangegangenen Kapiteln beginne ich hier wieder mit einer kurzen Zusammenfassung der wichtigsten Merkmale nach Glickauf-Hughes & Wells (1997) in Tabelle 19.

**Tabelle 19: Merkmale histrionischer Persönlichkeiten**

Kognitiver Stil	Globales, impressionistisches Denken (Shapiro 1965).
Hauptabwehrmechanismen	Verdrängung, Verschiebung, kognitiver Nebel, Affektaus-tauschung und Dissoziation.
Ziel des Patienten	Von einem inzestuösen, nicht verfügbaren, verbotenen Objekt bzw. Elternersatz geliebt zu werden (Krohn 1978).
Ansprüche und Bemühungen	Liebe und Aufmerksamkeit von einem inzestuösen Ob- jekt zu erhalten.
ICH-Modus	Exzessives Verhalten gemäß Versuch und Irrtum oder Neigung, Konflikte auszu- agieren (Shapiro 1965).
Über-ICH Modus	Verkaufsfördernd; trendge- mäß, modisch orientiert; in- terpersonal ausgerichtet; be- tont alles, was Akzeptanz, Lob und Liebe von Anderen; als „Richtig“ wird empfunden, was die meiste Zustim- mung erhält.
ICH-Ideal	„Ich bin attraktiv, begeh- renswert und liebenswürdig.“
Vorherrschender Mythos	Mythos von Passivität und Hilflosigkeit (Krohn 1978); glaubt, dass es besser ist, gemocht zu werden, als kompetent zu sein.
Abgewehrte Bereiche	Abwehr von inzestuösen sexuellen Wünschen und Gefühlen von Konkurrenz.

Glickauf-Hughes & Wells 1997, S. 97, eigene Übersetzung

Nach dieser ersten Einführung möchte ich mich dem ätiologischen Hintergrund zuwen- den.

### 4.3.2.3.1 Ätiologie

Lazare (1971) beobachtete, dass die meisten histrionischen Menschen aus intakten Familien mit guter mütterlicher Versorgung und relativ undramatischen Vergangenheiten stammen. Das primäre Problem ist es daher nicht, dass Histrioniker keine guten ICH-Funktionen hätten, sondern gelernt haben, diese nicht einzusetzen. Oft sieht man auch viele unbewusste (z.B. sexuelle) Konflikte, die sich als Reaktion auf spezifische Verhaltensweisen der Eltern entwickelten. Im Anschluss ist es erforderlich, die weibliche von der männlichen Ätiologie differenziert zu betrachten, da sie vor dem Hintergrund einer anderen Dynamik entstehen.

#### 4.3.2.3.1.1 Weibliche Entwicklung

Die Entwicklung verläuft nach Glickauf-Hughes & Wells (1997) typischerweise in drei Stufen: (1) Beziehung zur Mutter in den ersten Lebensjahren, (2) Beziehung zum Vater in der ödipalen Phase bis zur Pubertät, (3) postpubertäre Phase der emotionalen „Verwaisung“.

1. *Erste Lebensjahre (Beziehung zur Mutter)*: In der symbiotischen Phase kann die Mutter ausreichend gut die Bedürfnisse der Tochter befriedigen. Sie ist weder psychotisch noch missbräuchlich, weshalb die histrionische Persönlichkeitsentwicklung nicht zu den sog. „frühen Störungen“ gezählt wird. Da die Mutter allerdings ambivalente Gefühle im Umgang mit dem weiblichen Geschlecht empfindet, kann sie der Tochter kein gutes Vorbild für die Bedürfnisbefriedigung sein. In der Mutter ist der tiefe Glaube verwurzelt, dass man als Frau ohnehin nicht das bekommt, was man braucht und andere Frauen sind dabei manchmal sogar noch Konkurrentinnen.

Der „*Mythos der Passivität und Selbstverleugnung*“ wurde meist bereits seit Generationen von der Mutter an die Tochter weitergegeben: Als Ehefrau hat man keine Ansprüche zu stellen, sondern dem Ehemann zu dienen. Sie lebt der Tochter vor: „Mach’s so, wie ich es tue – Mach’ eine gute Miene zum bösen Spiel.“ (Mueller & Aniskiewicz 1986, eigene Übersetzung).

Sie fühlt sich in ihrer Mutterrolle unsicher, leugnet aber ihre Ängste und spielt ihrer Tochter eine durch und durch „heile Welt“ vor (Mueller & Aniskiewicz 1986). Traurige

oder ärgerliche Töne der Tochter werden ignoriert, weshalb sie ihre Sorgen dramatischer darstellen muss als sie sind, um Gehör zu finden.

Nicht selten kommt es vor, dass sich die Mutter nur dann um die Tochter kümmert, wenn diese krank und/oder hilfsbedürftig ist, denn das bestärkt sie besonders in ihrem Selbst- und Fremdbild, eine gute Mutter zu sein (Josephs 1995, Mueller & Aniskiewicz 1986). In diesem Bereich fühlt sich die Mutter sehr kompetent, so dass bisweilen die schönsten Kindheitserinnerungen von KIn paradoxerweise solche sind, in denen sie krank waren. Aufgrund dieser Interaktionen lernt die histrionische Frau, sich dramatisierend, passiv und/oder hilflos zu geben, um Aufmerksamkeit zu bekommen.

2. *Ödipale Phase bis zur Pubertät (Beziehung zum Vater)*: Die Tochter erlebte also eine unsichere, reservierte Mutter, die mit anderen Frauen um die Aufmerksamkeit und Anerkennung von Männern konkurrierte. In der ödipalen Phase zieht sie sich daher von der Mutter enttäuscht zurück und wendet sich dem Vater zu, in der Hoffnung, in ihm eine *bessere Mutter* zu finden (Mueller & Aniskiewicz 1986). Der Vater ist jedoch narzisstisch veranlagt und verhält sich seiner Tochter gegenüber charmant, überstimulierend und egozentrisch. Er bringt seiner Tochter durch seine spielerisch-verführerische Art bei, sich flirtend, kokett, unterwürfig und unterhaltsam zu verhalten, um seine Aufmerksamkeit zu erlangen. Der Vater befriedigt dadurch unbewusst seine narzisstischen Wünsche, als Mann begehrt zu werden. Seine Ehefrau kann ihm, aufgrund ihrer sexuellen Blockierung und ihrem unterschweligen Ärger über das Gefühl, unterdrückt zu werden, diese Wünsche nicht erfüllen. Zusammenfassend bezahlt die Tochter für die Befriedigung ihrer ursprünglich von der Mutter zu erfüllenden Versorgungswünsche mit verführerischem, unterwürfigem Verhalten. Weder Mutter noch Vater unterstützen die Tochter in der Entwicklung ihrer Selbstbehauptung.

In dieser Phase entwickelt sich zudem eine *Koalition zwischen Vater und Tochter*, in welcher die Tochter die Mutter abwertet, weil sie die Bedürfnisse des Vaters nicht befriedigt. Der Vater erwartet von seiner Tochter unbedingte Loyalität und scheint die Rivalität zwischen Mutter und Tochter um seine Aufmerksamkeit zu genießen. Hierbei *identifiziert* sich die Tochter *mit dem Aggressor*, was den Grundstein für ihr späteres Verhalten gegenüber Männern und Frauen legt (Josephs 1995, Mueller & Aniskiewicz 1986).

Die Mutter duldet oder fördert gar die enge Beziehung zwischen Vater und Tochter, da sie oft ihren Mann nicht wirklich liebt, sondern ihn für sein selbstbezogenes, kontrollie-

rendes Verhalten hasst. Sie geht ihm bspw. durch Krankheit, Affären, Vereins- oder Gemeindegarbeit aus dem Weg. Die Tochter reagiert verwirrt auf diese Form von Vernachlässigung, weil sie immer geglaubt hat, die Mutter sei so perfekt. Schließlich reißt sie den Vater an sich und internalisiert die passive und indirekte Art ihrer Mutter, Andere zu kontrollieren, was zu ihrer späteren Lebensstrategie wird.

Der besitzergreifende, narzisstisch bedürftige Vater macht seinerseits die Tochter von sich abhängig, da sie jetzt ausschließlich durch ihn Geborgenheit und Aufmerksamkeit erfahren kann. Gleichzeitig verachtet er aber unterwürfige Frauen (Mueller & Aniskiewicz 1986). Mit dem Eintritt in die Pubertät und der körperlichen Heranreifung, werden dem Vater die sexuellen Untertöne zwischen ihm und seiner Tochter zu gefährlich, da sie beginnen, ihn zu erregen. Er zieht sich zurück und lässt sie emotional im Stich. Sie bekommt den schmerzlichen Eindruck, fallen gelassen und verraten zu werden, da der einzige Weg, um Aufmerksamkeit zu erlangen, nun versperrt ist. Im Gegensatz zu den Eltern von hysteroiden Menschen, leben die hier erwähnten Eltern ihre sexuellen Phantasien also nicht aus, sondern traumatisieren ihre Tochter durch emotionalen Rückzug.

3. *Pubertät und Adoleszenz (emotionale „Verwaisung“)*: Der Vater beginnt, das einstmals gewünschte verführerische Verhalten seiner Tochter heftig zu kritisieren (Mueller & Aniskiewicz 1986). Alle Verhaltensweisen der Tochter werden als sexuell motiviert angesehen und müssen aggressiv und aufdringlich unter Kontrolle gebracht werden. Dies führt zu heftigem Streit über Ausgehzeiten, Bekleidung und Verabredungen. Beziehungen zu anderen Männern werden angefeindet, weil Männer doch nur „das eine“ wollen. Eine KI berichtete, sie sei in ihrer Kindheit die „kleine Prinzessin“ des Vaters gewesen. Später nannte er sie dann eine Schlampe, obwohl sie noch jungfräulich war. In dieser Phase knallen Vater und Tochter lautstark die Türen hinter sich zu, um Grenzen aufzubauen, die schon wesentlich früher hätten gezogen werden sollen.

Mit dem Erwachen der eigenen Identität bricht die Tochter den Pakt mit ihrem Vater, setzt ihren Willen durch und befriedigt nicht länger seine narzisstischen Bedürfnisse. Als Reaktion darauf droht dieser mit Liebesentzug. Die Mutter zeigt sich bemüht, die beiden wieder zusammenzuführen, indem sie sich auf die Seite des Vaters stellt und der Tochter rät, sich dem Willen des Vaters zu beugen, so wie sie es auch getan hat (Mueller & Aniskiewicz 1986).

Die Tochter versucht ihrerseits, die Mutter zu stärken und sie zu bewegen, sich gegen den Vater durchzusetzen, um eine positive Identifikation mit ihr zu ermöglichen. Da-

durch verschafft sie sich einen Vorteil und kämpft darum, sich vom Vater abzugrenzen. Verliert die Tochter den Kampf, überträgt sie ihre Ängste vor Verrat, Zurückweisung, Besitzergreifung und Kontrolle auf andere Männer. Als Erwachsene betrachtet sie Männer als egozentrisch, narzisstisch veranlagt, gleichzeitig aber für sie unentbehrlich. Sie kann weder mit noch ohne Männer leben (Mueller & Aniskiewicz 1986).

Weder Vater noch Mutter übernehmen jemals die Verantwortung für ihre Eheprobleme. Sie beschuldigen ihre Tochter entweder versteckt oder offen für ihre Streitigkeiten (Josephs 1995). Internalisiert sie diese Sichtweise, fühlt sie sich sehr schuldig und verletzt. Für die histrionische Tochter resultiert aus ihrer Entwicklung das kennzeichnende Gefühl, ihrer Selbständigkeit beraubt und für das Leben nicht ausreichend vorbereitet zu sein.

#### 4.3.2.3.1.2 Männliche Entwicklung

An dieser Stelle werden zwei Formen unterschieden. Die erste männlich histrionische Form ist das allseits bekannte gefällige, androgyne „*Muttersöhnchen*“, während die zweite, weniger erforschte, den hypermaskulinen „*Machotypen*“ beschreibt.

Im *ersten Fall* bindet die Mutter aus Enttäuschung über ihren schwachen, ablehnenden oder arbeitssüchtigen Ehemann ihren Sohn stark an sich und sucht in ihm ein *Partner-substitut*. Sie genießt es, von ihrem Sohn unterhalten, beschützt und umworben zu werden und liebt ihn dafür abgöttisch. Er wird zu ihrem Vertrauten, sie erzählt ihm von ihren Sorgen und Problemen, insbesondere mit ihrem Ehemann. Dabei behindert sie aber nicht, im Gegensatz zur Mutter des Hysteroiden, seine Autonomiebestrebungen und Kontakte mit Gleichaltrigen. Faktisch ist der Sohn der sog. „*ödipale Sieger*“ im Kampf um die Zuneigung der Mutter. Er ist meistens ein *Alleinkind oder der Jüngste* in seiner Familie, wobei der ältere Bruder fehlt, der ihm hätte beibringen können, wie man sich als durchsetzungsfähiger Mann verhält.

Mutter und Sohn schmieden eine *Koalition gegen den Vater*, welcher der engen Beziehung zwischen den beiden ablehnend gegenüber steht, da er sich ausgeschlossen fühlt. Dem Vater war oft an der Beziehung zu seinem Sohn gelegen, er vermeidet aber die Auseinandersetzung mit der klammernden Mutter und/oder ist zu sehr mit seiner Arbeit beschäftigt. Vielleicht ist er auch alkoholabhängig. Ist der Vater beruflich sehr erfolg-

reich, leidet der Sohn meist an *Minderwertigkeitsgefühlen*, da er sich nicht zutraut, so zu werden, wie sein Vater. Der Sohn kann folglich seinen Vater nicht als Mentor aufsuchen und sich mit ihm identifizieren, weshalb sich dieser in seiner Vaterrolle abgelehnt fühlt. Es gelingt dem Vater nicht, seinem Sohn vorzuleben, wie man sich als reifer Mann verhält.

Blacker & Tupin (1991) stellen fest, dass über die Entwicklung des *hypermaskulinen histrionischen Typus* weniger bekannt ist. Sie haben jedoch beobachtet, dass deren Mütter emotional kühl, distanziert und kontrollierend waren. Dies hat ihren Ursprung in der Beziehung zu ihren Ehemännern oder schon zu ihren Vätern. Sie haben gelernt, Männern nicht zu vertrauen, weil sie untreu und/oder selbstüchtig sind, was auf ihre Ehemänner tatsächlich zutreffen kann.

Der Vater ist, im Gegensatz zum oben erwähnten Typus, wärmer, charmant, eitel, hyperemotional und/oder ein Fremdgänger. Er hat eine sehr maskuline Ausstrahlung, die aber unglaublich erscheint, weil eigentlich die Mutter mit ihrer starken und kompetenten Art diejenige ist, welche die Familie regiert und zusammenhält. Seine Affären bespricht er mit seinem Sohn und prahlt mit seiner Begabung, Frauen zum Zwecke der narzisstischen Befriedigung zu verführen. Der Sohn identifiziert sich mit seinem hysterisch-narzisstischen Vater und wird zu einer Art „Latin-Lover“. Er buhlt also nicht mit dem Vater um die Gunst der eigenen Mutter, wie der oben erwähnte Typus, sondern um die Anerkennung anderer Frauen. Sowohl Vater als auch Sohn machen einen starken, selbstbewussten Eindruck, wobei sie aber untergründig glauben, dass eigentlich die Frauen stärker sind und sie verführen, um an die Macht zu gelangen. Diese Männer fühlen sich also unter der Oberfläche schwach, impotent und *wetteifern mit Frauen um Anerkennung und Einfluss*. Dieses Familienmuster erinnert an Mafia-Filme, in denen italienische Männer häufig Affären haben und nach außen hin sehr männliches, starkes Verhalten zeigen. In ihrem Innersten hängen sie aber sehr an der Familie, insbesondere an ihrer Mutter, der sie hohen Respekt zollen.

*Zusammenfassend* kann sowohl für die weibliche als auch für die männliche histrionische Entwicklung festgehalten werden, dass beide auf *Mehrpersonenkonflikte* zurückgehen. Das Kind wird in ein bestehendes Eheproblem hineingezogen. Bei v. Schlippe (1995) wird dieser Vorgang *Triangulation* genannt: „Mit diesem Begriff wird ein Prozess bezeichnet, in dem ein Kind eine signifikante Funktion für Spannungen in einem

anderen Subsystem, meist dem elterlichen erhält. Das andere Subsystem, und mit ihm die ganze Familie, erhält seine relative Stabilität über den „Sündenbock“ [...], über eine „Umleitung des Konflikts“ [...].“ (S. 54).

Im Falle der *weiblichen Ätiologie* besteht der Konflikt zwischen der unterwürfigen, unselbständigen, eifersüchtigen Mutter und dem dominanten, übermächtigen, mit der Tochter flirtenden Vater. Die Spannung zwischen einer besitzergreifenden, klammernenden, vom Ehemann enttäuschten Mutter und dem schwachen und/oder (emotional) abwesenden Vater kann die *androgyn Form männlicher Histrioniker* hervorbringen. Bei der männlichen *hypermaskulinen Entwicklung* sehen wir den Streit zwischen der starken, kontrollierenden, misstrauischen Mutter und dem draufgängerischen, narzisstischen Vater. In allen drei Fällen hat das Kind eine ausgleichende Funktion, indem versucht wird, es auf die eigene Seite zu ziehen.

Die *Aussöhnung mit der eigenen und der anderen Geschlechtsrolle* scheitert. Männer und Frauen werden nicht als komplementär bzw. sich ergänzend angesehen, sondern es herrscht Sallys Einstellung aus dem Film „Harry und Sally“: „Männer und Frauen passen nicht zusammen!“ Das eigene Geschlecht wird zumeist unbewusst dem anderen gegenüber als unterlegen, ohnmächtiger und impotenter erlebt, was andauernden Neid und Rivalität nach sich zieht und sich im *Geschlechterkampf* äußert. Die histrionische Frau etwa versucht im späteren Leben, Männer zu entthronen (Sigmund Freud würde sagen: zu kastrieren). Jede Gelegenheit wird dazu genutzt, Männern ihre Schwächen und Fehler vor Augen zu führen, denn sie hat bereits als Kind die Erfahrung gemacht, vom Vater als narzisstisches Selbstobjekt benutzt und in ihrer (sexuellen) Selbstbestimmung kontrolliert zu werden. Ihre Mutter war kein gutes Modell darin, sich in der Welt zu behaupten, weshalb die Identifikation mit der mütterlichen Rolle scheitert. Sie will auf keinen Fall „so ein Hausmütterchen“ werden, wie es ihre Mutter war und hat große Angst vor Ehe und Mutterschaft. Im Gegenzug hat der hypermaskuline histrionische Mann von seinem Vater die Überzeugung übernommen, dass Frauen eigentlich die Mächtigeren sind, und sich in der gegenseitigen Verführung der Kampf um Macht ausdrückt. Das „Muttersöhnchen“ kann sich mit dem eigenen Geschlecht nicht identifizieren, weil er unter dem Dogma der eigenen Mutter steht, die ihren Ehemann ablehnt und er daher vom Vater nichts annehmen darf. Auch hier bleibt das eigene Geschlecht das minderwertigere. Wir sehen m.E. in diesen Tragödien den Stoff, aus dem die Roman- und Filmindustrie ihre Ideen bezieht: Liebe, Hass, Rivalität, große Gefühle, Intrigen und Verrat.

#### 4.3.2.3.2 Typische Abwehrmechanismen

Laut Glickauf-Hughes & Wells (1997) benötigen histrionische Menschen ihre Abwehrmechanismen, um unbewusste sexuelle und/oder rivalisierende, aggressive Wünsche nicht zu spüren. Wie bereits geschildert, suchen sie die Liebe und Aufmerksamkeit ihres gegengeschlechtlichen Elternteils bzw. eines vergleichbaren Objektes, müssen dies allerdings aus dem Bewusstsein verdrängen. Um sie dennoch zu erhalten, versuchen sie häufig, einen besonders unschuldigen, hilflosen und/oder verführerischen Eindruck zu erwecken.

Die *primären Abwehrmechanismen* sind nach Glickauf-Hughes & Wells (1997) *Verdrängung* (auch „motiviertes Vergessen“ genannt), *Dissoziation*, *Leugnung* und „*kognitiver Nebel*“. Das Kind wurde durch flirtendes, verführendes Verhalten vom gegengeschlechtlichen Elternteil gelockt, musste aber aufgrund des Inzesttabus und der phantasierten katastrophalen Vergeltung durch den gleichgeschlechtlichen Teil, *die aufkommenden libidinösen Wünsche verdrängen*. Im Erwachsenenalter paart sich *Verdrängung* mit dem *impressionistischen, simplifizierenden Denken* und ermöglicht somit das scheinbar belanglose Flirten mit tabuisierten Objekten, wie z.B. verheirateten Männern oder Frauen: „Ich hab’ mir doch gar nichts dabei gedacht!“. Zusammen mit den oben erwähnten Abwehrmechanismen werden bewusste Ziele („Ich wollte mich nur unterhalten.“) von unbewussten, bedrohlichen libidinösen Wünschen getrennt (Allen 1991). *Kognitiver Nebel* stellt dabei eine Form des „Sich-Dumm-Stellens“ dar, bei der sich die bedrohlichen Gedankeninhalte dem Bewusstsein entziehen und nach außen hin plötzlich nichts mehr vom Gesagten und/oder Geschehen verstanden wird.

Als *sekundäre Abwehrmechanismen* beobachten Glickauf-Hughes & Wells (1997) *Verschiebung*, *Externalisierung*, *Affektualisierung*, *Somatisierung*, *Ausagieren* und *Reaktionsbildung*. Konflikte werden typischerweise in Form von Verschiebung und Externalisierung ausagiert: An die Stelle des ursprünglichen historischen, konflikthaften Objekts (Vater, Mutter, etc.) tritt in der Gegenwart eine vergleichbare Person wie z.B. Lehrer, Partner, Chef oder eine verheiratete Person. Dabei bleibt jedoch trotz aller Spannungen der Wunsch nach Aufrechterhaltung der Beziehung erhalten, welcher beim aggressive Ausagieren hysteroider Menschen schnell verloren gehen kann. Charakteristisch für die histrionische Form des *Ausagierens* ist, dass gehandelt, anstatt reflektiert wird. Die



Motive und Gefühle bleiben unbewusst und werden indirekt über die Inszenierung ausgedrückt. Auf diese theatralische Weise wird das Drama ihrer Kindheit ausgedrückt. Aggressive Impulse werden dabei nicht offen ausgelebt, sondern durch *Reaktionsbildung* in extrem besorgtes und liebreizendes Verhalten verkehrt, um die eigene Unschuldigkeit zu betonen.

Abschließend betrachten Glickauf-Hughes & Wells (1997) die für histrionische Menschen typische Oberflächlichkeit, ihr vages, impressionistisches Denken, die unschuldige, verantwortungslose Persona (Persona bezeichnet den Teil einer Person, welcher mit der Außenwelt in Kontakt tritt; vgl. Jung 1991) und ihr flatterhaftes Wesen als korrespondierende *charakterliche Abwehrmechanismen*. Sie stehen im selben Dienste wie die oben erwähnten Bewältigungsformen.

#### 4.3.2.3.3 Charakteristische Gegenübertragungsgefühle

Histrionische Menschen haben gelernt, sich abhängiger und inkompetenter zu geben, als sie tatsächlich sind. Sie glauben daher nicht an ihre Fähigkeiten und werden versuchen, den Thn dazu zu bewegen, Verantwortung für sie zu übernehmen, indem sie etwas fragen: „Glauben Sie, dass ich das richtig mache?“, ihre Sätze nicht zuende aussprechen, um dies den Thn erledigen zu lassen oder dem Thn erklären, wie außerordentlich hilfreich er für sie als Bedürftige ist (Mueller & Aniskiewicz 1986). Thn bekommen von diesen Menschen das Gefühl, *eindrucksvoll, effektiv, kompetent und eine gute Wahl* zu sein. Wenn sich der Th unsicher ist, oder selber gerne die Kontrolle hat, wird er diesen Wünschen nach Verantwortungsübernahme vielleicht nicht widerstehen können und verstärkt unglücklicherweise den Glauben des Kln an die eigene Unzulänglichkeit. Es besteht die Gefahr, das *unselbständige Selbstbild zu verstärken* bzw. den *Klienten zu infantilisieren*. Kln lernen erneut, dass sie ihre Stärken unterdrücken müssen, um die Liebe des Objekts zu erhalten. Zeigen sich Kln wiederum bei der Befolgung der Ratschläge sehr wählerisch oder unkooperativ, so kann dies den Thn anschließend sehr *frustrieren*.

Manchmal spüren histrionische Kln, dass der Th aus ihren Äußerungen narzisstische Befriedigung zieht und beginnen, ihn vom Thron zu holen. Dies ist besonders der Fall, wenn der Kl ein entsprechendes historisches Bezugsobjekt hatte, dass sich gerne bewundern ließ, aber um sich herum nur einen unterwürfigen Hofstaat duldet. Diese

Form der „Meuterei“ kann für den Thn sehr verletzend sein und *Scham bzw. Wut* auf den Kln provozieren. Es ist daher möglich, dass der Th den Ärger seines Kln zu früh abtut, anstatt zuzugeben, dass er in die Versuchung geführt wurde, sich arrogant und/oder autoritär zu verhalten und den Kln einzuladen, gemeinsam zukünftig darauf zu achten, wie sich dieses Muster in der therapeutischen und in anderen Beziehungen fortsetzt.

Histrionische Menschen sind oft wahre Künstler der *Verführung*. So kann der Th auf erotische, schmeichlerische, freundliche und/oder sehr kooperative Weise dazu verführt werden, zu glauben, dass die Therapie gut vorankommt und vergleichsweise leicht verläuft. Sie spielen den „braven Sohn“ bzw. die „brave Tochter“ und bleiben mit ihrer gewohnten Rolle verhaftet. Im Gegensatz zu den Narzissten ist ihnen dies jedoch mehr bewusst. Der Th freut sich schon auf die nächste Stunde und beginnt vielleicht sogar, seine Inter- bzw. Supervision zu vernachlässigen, weil der Prozess scheinbar gut läuft. Er kann übersehen, wie schwer es dem Kln fällt, aus der Rolle des „guten Klienten“ auszubrechen. Haben Thn Angst vor der Verführung, etwa weil sie sich vor ihren eigenen erotischen Wünschen oder einer verleumderischen Anklage wegen Missbrauchs Abhängiger fürchten, reagieren sie oft mit Rückzug oder passiv-aggressiv (beantworten etwa Telefonanrufe nicht rechtzeitig). Nehmen Kln dieses wahr, reagieren sie rebellisch, verärgert, extrem verführerisch oder verschämt. Manche brechen sogar die Therapie vorzeitig ab. Wie bei allen defensiven Reaktionen dieser Art sollte der Th seinen Anteil daran klären und das Verhalten zu verstehen versuchen.

Aufgrund ihrer Geschichte beginnen histrionische Kln damit, sowohl die therapeutische als auch andere Beziehungen zu *triangulieren*. Sie berichten etwa davon, was Außenstehende über die therapeutische Beziehung sagen oder *vergleichen den Thn* direkt oder indirekt mit Anderen, wobei sie nicht selten den Thn als Enttäuschung erleben. Dies fördert im Thn *Neid, Rivalität und Wut*. Anstatt die Wut auszuagieren kann der Th bspw. sagen: „Ich habe gerade den Eindruck mit XY um ihre Anerkennung zu konkurrieren. Ist ihnen das schon einmal in ihrem Leben passiert?“

In ihrer Ursprungsfamilie wurden Histrioniker unterdrückt, dominiert und haben gelernt, ihre Bedürfnisse indirekt auszudrücken. Entsprechend fühlt sich der Th in eine bestimmte Richtung *manövriert*. Histrioniker manipulieren weniger durch Angst, sondern sie manövrieren eher durch Verführung und Taktik. Dies kann den Thn *ärgerlich oder defensiv* werden lassen, da der Eindruck entsteht, er müsse sehr gut aufpassen, um nicht in eine Falle zu tappen.

Schnell kann es geschehen, sich von den dramatischen Gefühlausbrüchen der Histrioniker *emotional anstecken* zu lassen. Es ist allerdings enorm wichtig, nicht selber hysterisch zu werden, da sonst der Eindruck entsteht, weder der KI noch der Th seien erwachsene Menschen. Keineswegs sollten die dramatisierenden Gefühle überhört werden, jedoch in gelassener Weise gespiegelt und hinsichtlich ihrer Funktion verständlich gemacht werden: Der histrionische Mensch hat gelernt, dass nur seine lauten Töne und dramatischen Auftritte wahrgenommen wurden und kann in der Therapie die korrigierende Erfahrung machen, dass er sich weder um Aufmerksamkeit bemühen muss, noch seine leisen, sanften Gefühle übersehen werden (Glickauf-Hughes & Wells 1997).

#### 4.3.2.3.4 Therapiemotivation

Histrionische Menschen suchen nach Glickauf-Hughes & Wells (1997) einen Thn auf, weil sie mit ihrem *Liebesleben unzufrieden* sind. Manche Kln sind derart verzweifelt, dass sie meinen, sie sollten besser homosexuell werden. In fast jeder Beziehung wiederholt sich ein für sie typisches Muster. Zunächst lieben sie ihre Partner, um sich dann von ihnen kritisiert, unverstanden, abgewertet, kontrolliert und/oder nicht ernst genommen zu fühlen. Ihr Partner scheint von sich selbst völlig eingenommen zu sein (was er häufig auch ist) und ignoriere ihre erwachsenen, unabhängigen Anteile. Nicht selten suchen Kln dann in Außenbeziehungen Befriedigung, wodurch die ursprünglichen Probleme mit der Triangulation innerhalb der Ursprungsfamilie reaktualisiert werden. Sie kommen dann inmitten einer Affäre in die Therapie und empfinden dabei eine Mischung aus Freude, Angst und Schuld. Manchmal haben sie sich gerade vom Partner getrennt oder stehen kurz davor. Andere haben es satt, ständig als der/die Geliebte enttäuscht zu werden. Jellouschek (2001) untersuchte die Rolle der weiblichen Geliebten in Dreiecksbeziehungen und verglich sie mit der griechischen Sage von Semele, Zeus und Hera. Er verfasste für jede beteiligte Person einen einfühlsamen Brief, um ihr die unbewussten Beweggründe und die Befreiung daraus aufzuzeigen.

Als weiterer Anlass werden *körperliche Beschwerden* ohne medizinische Ursache angeführt. Ängste und Wünsche werden in Form von Allergien, chronischem Ermüdungssyndrom (CFS), arthritischen, rheumatischen Schmerzen und/oder Kolitis somatisiert. Eine KI mit Rückenschmerzen assoziierte mit ihren Beschwerden die Kritik ihres Chefs, ihre eigene Kritik an seiner Unfähigkeit und ihren Wunsch nach Umsorgtwerden. Ihr Ehemann versorgte sie liebevoll und auf der Arbeit wurden ihr einige lästige Tätigkeiten

erlassen. Der Körper drückt aus, was die Seele nicht in Worte fassen kann: „Rutscht mir den Buckel 'runter!“, ein Gedanke, der ihr wegen der verdrängten Aggressivität nicht bewusst werden durfte (Glickauf-Hughes & Wells (1997), S. 390, eigene Übersetzung). Eine andere histrionische KI brachte sich jedes Mal nach einer Trennung an den Rand des finanziellen Ruins. Um sich wieder begehrenswert zu fühlen, kaufte sie massenweise die allerneuesten und hautengsten Kleidungsstücke (Glickauf-Hughes & Wells (1997), S. 391). KIn suchen also eine Therapie auf, um ihr *impulsives Handeln* (außer-eheliche Beziehungen, Alkoholexzesse, Kauforgien, etc.) in den Griff zu bekommen. Dies tritt besonders während zwischenmenschlicher Krisen auf, wenn sie bedürftig und wütend sind.

Die starken libidinösen Schuldgefühle führen zu *sexuellen Problemen*, wie z.B. dem Erleben, vom Partner als sexuelles Spielzeug benutzt zu werden. Dies kann auch bedeuten, dass der Partner als gierig und allzeit bereit angesehen wird. Sexualität ist dann nur noch möglich, wenn die Initiative vom KIn ausgeht, weil dadurch der Eindruck entsteht, der Partner befriedige nicht bloß seine eigenen Bedürfnisse. Manche begehren nie den eigenen Partner, obwohl sie sonst sexuelles Interesse haben. Andere haben im Allgemeinen wenig sexuelles Verlangen und/oder bekommen keinen Orgasmus. Bei einigen ist Sexualität nur zu Beginn der Beziehung oder mit Unbekannten möglich, weil die gegenseitige Anonymität eine inzestuöse, tabuisierte Übertragung erschwert (Glickauf-Hughes & Wells (1997)).

#### **4.3.2.3.5 Therapeutische Zielsetzung: Entwicklung von Eigeninitiative und Selbstbehauptung**

Das Hauptziel der therapeutischen Interventionen auf der *interpersonalen Ebene* sollte nach Glickauf-Hughes & Wells (1997) die *Entwicklung von Eigeninitiative und Selbstbehauptung* sein. Obwohl histrionische Menschen über gute ICH-Funktionen verfügen, setzen sie diese nicht erfolgreich ein, da sie befürchten, abgelehnt zu werden. Der Th muss also, wie bereits in der Darstellung der Gegenübertragungsreaktionen unter Punkt 4.3.2.3.3 erwähnt, dem Versuch widerstehen, für den KIn die Verantwortung zu übernehmen und in die allwissende Expertenrolle zu verfallen. Die KIn sollen lernen, *Vertrauen in ihre Fähigkeiten* zu bekommen und den Nutzen erkennen, diese auch einzusetzen.

Da histrionische KIn in ihren sexuellen Wünschen und ihren Bedürfnissen nach elterlicher Zuwendung verwirrt wurden, versuchen sie häufig unbewusst durch (erotische) Verführung an Aufmerksamkeit, Geborgenheit und Trost zu gelangen. Beispielsweise nahm Papa seine traurige Tochter besonders gerne auf den Schoß, wenn sie dabei liebevoll blickte und entsprechend mädchenhaft angezogen war. Der spätere Partner kann sich durch diese Ausdrucksformen schnell sexuell verführt fühlen und reagiert dementsprechend erregt. Dies kann entweder zu einer abrupten Zurückweisung führen oder es entsteht bei ihr der Eindruck benutzt zu werden, da sie eigentlich nur in dem Arm genommen werden wollte. Der Th sollte daher versuchen, diese *Verwirrung zwischen sexuellen Wünschen und Bedürfnissen nach Trost und Aufmerksamkeit* aufzulösen und dem KIn beim Klären seiner widersprüchlichen Signale helfen.

Klienten können auch lernen, ihre indirekten Wunsch- und Gefühlsäußerungen durch *direkte Kommunikation* zu ersetzen. Dies ist allerdings sehr angstbesetzt, weshalb sie in der Therapiestunde eher über ein Problem mit einem Dritten sprechen, welches aber die Gefühle zum Thn symbolisiert. Der Th kann dabei unterstützen und Modell stehen, wie man Gefühle, Wünsche und Probleme direkt anspricht (Glickauf-Hughes & Wells (1997)).

Auf *ich-struktureller Ebene* postulieren Glickauf-Hughes & Wells (1997) folgende vier Zielsetzungen:

1. Behandlung des *globalen, impressionistischen Denkstils*: Thn sollten laut Josephs (1995) nicht bereits in der ersten Phase den KIn mit seinem spezifischen, abwehrenden Denkstil konfrontieren, sondern sich zunächst den ich-dystonen Gefühlen zuwenden. Sind diese Gefühle besser integriert, kann die Funktion dieses Denkstils als „rosarote Brille“ gegenüber der Welt und besonders gegenüber der eigenen Kindheit vorsichtig reflektiert werden. KIn beschreiben ihre Eltern oft sehr positiv, können sich allerdings an keine Einzelheiten erinnern, was tatsächlich in ihrer Kindheit geschehen ist. Im weiteren Verlauf der Therapie kann der Th an solchen Stellen nach Details fragen, um dem KIn die damit verbundenen Gefühle und Einstellungen bewusst zu machen.
2. Integration von *Kognition und Affekt*: Da histrionische Menschen überemotionalisieren, können sie lernen, wie sie ihren Verstand einsetzen können, um gewisse Probleme besser lösen zu können. Hintergrund dieser Interventionen ist die Balancierung von rechter und linker Gehirnhälfte, deren gemeinsame Aktivität ein optimales Problemlö-

severhalten erleichtert. Eine Kl, die ausgesprochen kreativ und intelligent war, unterschätzte sich bspw. ständig in ihren Fähigkeiten, einen Computer zu bedienen. Sie regte sich schnell auf und fühlte sich überfordert. Der Th konnte sie ermutigen, ihre Gefühle im Zaum zu halten, sich *sachlich* mit dem Thema auseinander zusetzen und sie schließlich davon überzeugen, dass ihr Gehirn diese Aufgabe gut bewältigen konnte.

3. Sich der *konkurrierenden Wünsche und Ziele* bewusst werden: Häufig wollen histrionische Menschen in zwei unterschiedliche Richtungen gleichzeitig, ohne sich dessen bewusst zu sein. Während sie einerseits versuchen, dem Thn Ratschläge und Hilfestellungen abzurufen, gibt es auch einen anderen Teil, der erwachsen und unabhängig sein möchte. Dem Kln diese und andere Ambivalenzen bewusst zu machen und zwischen ihnen zu vermitteln, hilft Stockungen und Widerstände in der Therapie zu bearbeiten.

4. *Erst Denken, dann Handeln*: Auch wenn die bereits geschilderte Impulsivität bei histrionischen Menschen meist nicht so großen Schaden anrichtet, wie die von hysteroiden, so kann sie doch für den Kln belastend sein. Der Th kann an dieser Stelle ein Modell dafür sein, sich erst Zeit zu lassen, bevor man reagiert, indem er bspw. eine kurze Pause macht, bevor er antwortet oder auf galante Weise den „dummen Therapeuten“ spielt, um den Kln anzuregen, selber über seine Probleme nachzudenken. Die Vor- und Nachteile impulsiven Handelns sollten erörtert werden, wodurch der Kl lernen kann, seine Gefühle und sein Verhalten besser zu reflektieren, um sich vor unangenehmen Konsequenzen zu schützen.

Als therapeutische Grundhaltungen empfiehlt Siems (1994, S. 68):

- „[...] Du brauchst nichts zu tun, damit ich dich mag.
- Ich sehe dich – ich verstehe dich – ich höre dich.
- Du kannst dich ruhig ganz fallen lassen –
- Ich werde dich auffangen.“

## 5. Methodische Grundlagen

### 5.1 Zielsetzung und Fragestellung

Die vorliegende Arbeit nimmt eine *Revision und Validierung* des amerikanischen Psychodynamic-Character-Inventory-2 von Glickauf-Hughes & Wells (1997) vor. Dazu wurde der Fragebogen zunächst ins Deutsche übersetzt, sowie Items und Skalierung an strengere Testgütekriterien angepasst. Im Anschluss daran ist der revidierte Fragebogen einer nichtrepräsentativen Stichprobe vorgelegt und einer testkonstruktiven Überprüfung in Form einer *Itemanalyse* unterzogen worden. Die Frage der *Zumutbarkeit* des Fragebogens wurde durch die Erfassung der Bearbeitungsdauer gemessen. Außerdem wurde untersucht, welchen Einfluss das Alter der TeilnehmerInnen auf die *Bearbeitungsdauer* hatte, welche *geschlechtsspezifischen Unterschiede* sich in den Mittelwerten der Subtests ergeben und welche *Interkorrelationen* zwischen den Subtests bestehen.

### 5.2 Beschreibung der Stichprobe

An der Studie nahmen insgesamt  $n=131$  Personen teil. Darunter waren 80 Frauen und 51 Männer. Dies entspricht einem Prozentverhältnis von 38,9% Männern gegenüber 61,1% Frauen. Die weiblichen Teilnehmerinnen sind also leicht überrepräsentiert.

Der *Altersdurchschnitt* (Tabelle 20) der Gesamtstichprobe liegt bei 34,88 Jahren, der der weiblichen Teilnehmerinnen bei 35,44 Jahren und der Altersdurchschnitt der männlichen Personen mit 34 Jahren nur gering unter dem Durchschnitt der Frauen.

Alter	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Gesamt	131	17	79	34,88	12,25
Gültige Werte	131				
Frauen	80	17	72	35,44	12,65
Gültige Werte	80				
Männer	51	20	79	34,00	11,67
Gültige Werte	51				

**Tabelle 20: Altersdurchschnitt (Angabe in Jahren)**

Die *Altersverteilung* ist in Tabelle 21 dargestellt. Der größte Wert liegt hier bei n=10 für das Alter von 25 Jahren, gefolgt von n=9 für das Alter von 27 Jahren. Insgesamt sehen wir also eine linksschiefe Verteilung.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 17	4	3,1	3,1	3,1
19	2	1,5	1,5	4,6
20	3	2,3	2,3	6,9
21	4	3,1	3,1	9,9
22	2	1,5	1,5	11,5
23	4	3,1	3,1	14,5
24	4	3,1	3,1	17,6
25	10	7,6	7,6	25,2
26	5	3,8	3,8	29,0
27	9	6,9	6,9	35,9
28	3	2,3	2,3	38,2
29	6	4,6	4,6	42,7
30	4	3,1	3,1	45,8
31	3	2,3	2,3	48,1
33	3	2,3	2,3	50,4
34	6	4,6	4,6	55,0
35	5	3,8	3,8	58,8
36	3	2,3	2,3	61,1
37	4	3,1	3,1	64,1
38	7	5,3	5,3	69,5
39	2	1,5	1,5	71,0
40	5	3,8	3,8	74,8
41	1	,8	,8	75,6
42	1	,8	,8	76,3
43	1	,8	,8	77,1
44	2	1,5	1,5	78,6
45	2	1,5	1,5	80,2
46	4	3,1	3,1	83,2
47	1	,8	,8	84,0
48	3	2,3	2,3	86,3
49	3	2,3	2,3	88,5
51	2	1,5	1,5	90,1
52	2	1,5	1,5	91,6
53	1	,8	,8	92,4
54	1	,8	,8	93,1
55	1	,8	,8	93,9
57	1	,8	,8	94,7
59	2	1,5	1,5	96,2
60	1	,8	,8	96,9
64	1	,8	,8	97,7
71	1	,8	,8	98,5
72	1	,8	,8	99,2
79	1	,8	,8	100,0
Gesamt	131	100,0	100,0	

Tabelle 21: Altersverteilung (Angaben in Jahren)



Abbildung 3 veranschaulicht die Altersverteilung in Abhängigkeit vom Geschlecht.

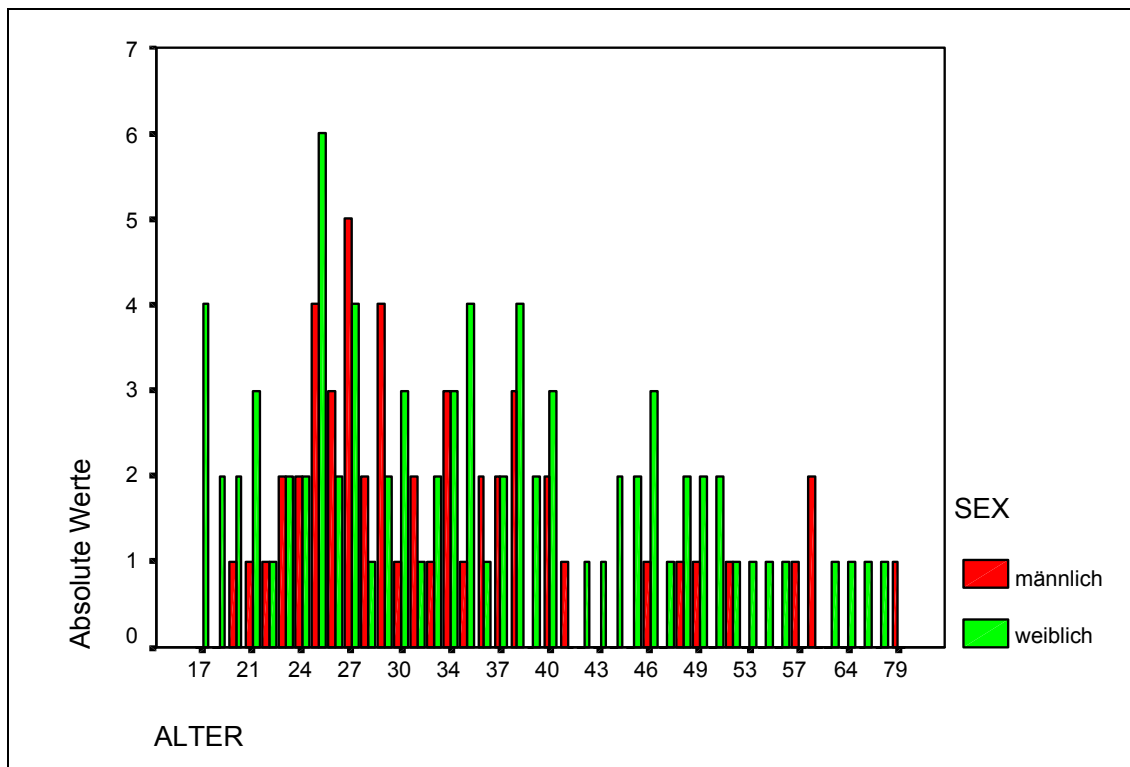


Abbildung 3: Altersverteilung in Abhängigkeit vom Geschlecht (Angabe in Jahren)

Von n=131 TeilnehmerInnen machten n=130 Angaben zum *Schulabschluss*. Die Häufigkeitsverteilung der Schulabschlüsse in Tabelle 22 zeigt ein deutliches Überwiegen der AbiturientInnen (n=83), gefolgt von RealschülerInnen (n=26) und am Wenigsten FachoberschülerInnen (n=2).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Hauptschule	10	7,6	7,7	7,7
	Realschule	26	19,8	20,0	27,7
	Abitur	83	63,4	63,8	91,5
	Fachhochschulreife	9	6,9	6,9	98,5
	FOS	2	1,5	1,5	100,0
Gesamt		130	99,2	100,0	
Fehlend	System	1	,8		
Gesamt		131	100,0		

Tabelle 22: Schulabschluss

Die Tabelle 23 zeigt die Häufigkeitsverteilung der *Studieninhalte bzw. Studienabschlüsse*. Am Häufigsten sind in dieser Stichprobe die Lehrämter (n=19), gefolgt von den Betriebswirten, Erziehungswissenschaftlern und Sozialpädagogen (je n=5) vertreten.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	67	51,1	51,1	51,1
Bautechnik	1	,8	,8	51,9
Biologie	2	1,5	1,5	53,4
BWL	5	3,8	3,8	57,3
Dipl.-Kauf.	1	,8	,8	58,0
Dipl. Finanzwirtin	1	,8	,8	58,8
Dipl. Ing.	1	,8	,8	59,5
Dipl. Pflegewirt	1	,8	,8	60,3
Europ. Stud.	2	1,5	1,5	61,8
EZW	5	3,8	3,8	65,6
Germanistik/ Politik	1	,8	,8	66,4
Informatik	1	,8	,8	67,2
Jura	4	3,1	3,1	70,2
Landespflege	2	1,5	1,5	71,8
Lehramt	19	14,5	14,5	86,3
Magister	1	,8	,8	87,0
Mathe/ Physik	1	,8	,8	87,8
Pflegewissenschaft	1	,8	,8	88,5
Pharmazie	1	,8	,8	89,3
Politik/ Geschichte	1	,8	,8	90,1
Psychologie	3	2,3	2,3	92,4
SoWi	1	,8	,8	93,1
Soz.Arb.	1	,8	,8	93,9
Soz.Päd.	5	3,8	3,8	97,7
Soz.Wiss.	1	,8	,8	98,5
VWL	1	,8	,8	99,2
WiWi	1	,8	,8	100,0
Gesamt	131	100,0	100,0	

**Tabelle 23: Studieninhalte bzw. Abschlüsse**

Die *Bearbeitungsdauer* (Tabelle 24) liegt im Durchschnitt bei 16,66 min., bei einer Standardabweichung von s=7,72 (fehlende Werte n=12 Personen).

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
ZEIT	119	2	60	16,66	7,72
Gültige Werte (Listenweise)	119				

**Tabelle 24: Bearbeitungsdauer (Angabe in Minuten)**

Tabelle 25 listet die *Häufigkeitsverteilung der Bearbeitungsdauer* auf. Die meisten Personen (n=33) benötigten 15 min., gefolgt von 10 bzw. 20 min. (je n=15).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	2	1	,8	,8	,8
	6	1	,8	,8	1,7
	8	4	3,1	3,4	5,0
	9	1	,8	,8	5,9
	10	15	11,5	12,6	18,5
	11	5	3,8	4,2	22,7
	12	6	4,6	5,0	27,7
	13	7	5,3	5,9	33,6
	14	3	2,3	2,5	36,1
	15	33	25,2	27,7	63,9
	16	2	1,5	1,7	65,5
	17	6	4,6	5,0	70,6
	20	15	11,5	12,6	83,2
	22	1	,8	,8	84,0
	23	2	1,5	1,7	85,7
	25	7	5,3	5,9	91,6
	27	3	2,3	2,5	94,1
	30	3	2,3	2,5	96,6
	35	1	,8	,8	97,5
	40	1	,8	,8	98,3
	45	1	,8	,8	99,2
	60	1	,8	,8	100,0
	Gesamt	119	90,8	100,0	
Fehlend	System	12	9,2		
Gesamt		131	100,0		

Tabelle 25: Häufigkeitsverteilung Bearbeitungsdauer (Angaben in Minuten)

### 5.3 Materialien und Operationalisierung

In dieser Studie wurden eine eigens entwickelte deutsche Fassung des amerikanischen PCI-2 (Psychodynamic Character Inventory, Glickauf-Hughes & Wells (1997)) und ein Computer mit der Software SPSS (Version 10.0) für die statistischen Analysen benutzt.

Das amerikanische PCI-2 (vgl. Anhang B) wurde zur Messung von sechs Persönlichkeitsstörungen innerhalb therapeutischer Prozesse entwickelt. Sein Ziel ist es, Informationen über die charakterologischen Hintergründe des Kln zu erfahren und daraus Hinweise für die Therapieplanung zu gewinnen. Dadurch soll eine Psychotherapie maßgeschneiderter auf die konflikthaften Beziehungsmuster des Kln verlaufen.

Es umfasst 90 Items, von denen jeweils 15 Items zu insgesamt sechs Subtests (schizoid, hysteroid, narzisstisch, masochistisch, zwanghaft, hysterisch) zusammengefasst sind. Als Antwortmöglichkeiten stehen „T“ (true or mostly true= positive Antwort) oder „F“ (false or mostly false= negative Antwort) zur Verfügung. Die Auswertung der Subtests ist in Anhang B aufgelistet.

Die Auswertung bzw. *Operationalisierung* der Persönlichkeitsstörungen erfolgt über Punktwerte, wobei Summenscores aus den positiven Antworten für jeden einzelnen Subtest gebildet werden. Die *Summenscores* können im Original Werte zwischen 0 und 15 Punkten annehmen.

Je höher der Summenscore einer Skala, desto höher die Merkmalsausprägung, d.h. dass der/die Befragte viele Merkmale dieser Persönlichkeitsstörung aufweist. Wichtig ist dabei, dass das Ergebnis allein keine klinische Diagnose darstellt, sondern lediglich Anregungen für weitere diagnostische Maßnahmen bzw. Reflexionen des therapeutischen Prozesses anstoßen soll. Im nächsten Abschnitt wird die Erstellung und Skalierung der verwendeten deutschen Fassung beschrieben.

## 5.4 Durchführung der Untersuchung

Die Durchführung der Studie verlief in drei Stufen. Im ersten Schritt wurde das PCI-2 ins Deutsche übersetzt, sowie redaktionell und inhaltlich überarbeitet (vgl. Anhang C). Im Anschluss daran wurde der neue Fragebogen einer nichtrepräsentativen Stichprobe vorgelegt, wonach die Ergebnisse deskriptiv ausgewertet und abschließend einer Itemanalyse unterzogen wurden.

### 5.4.1 Übersetzung und Revision

Es wurde eine *4-stufige Likert-Skalierung* (Likert (1932)) eingeführt, deren Antwortmöglichkeiten lauten:

- trifft gar nicht zu (1 Punkt)
- trifft etwas zu (2 Punkte)
- trifft überwiegend zu (3 Punkte)
- trifft ausgesprochen zu (4 Punkte)

Die *Summenscores* hatten jetzt einen Range von Minimum 15 und Maximum 60. Dadurch sollten die Ergebnisse feiner aufgelöst und somit die Inhaltsvalidität erhöht werden. Die Grenze zwischen der Messung einer Persönlichkeitsstörung bzw. eines Stils wird schwächer, was relevantere Resultate für die therapeutische Arbeit hervorbringen soll. Auch Persönlichkeitsstile (i.S.v. leichten, nichtpathologischen Ausprägungen einer Persönlichkeitsstörung) haben Einfluss auf den therapeutischen Prozess und können daher diagnostisch interessant sein.

Zusätzlich sollten eventuelle *Hemmungen* genommen werden, die z.T. scharf formulierten Items positiv zu beantworten. Als Beispiele für „scharfe“ Items sind die Items 41 (“I was physically and/or sexually abused as a child *to an extreme degree.*”), 13 (“I have *extremely* intense moods that seem to change rapidly.”) und 14 (“I spent *most of my time* daydreaming and having fantasies.”) zu nennen. In logischer Anpassung an die vierstufige Skala wurden quantifizierende Ausdrücke wie „immer“, „oft“ oder „sehr“ bei der Neuformulierung der Items möglichst vermieden.

Die meisten neuen Items sind in ihrem *Umfang* gekürzt, da sie im Original zu viele, evtl. sogar verwirrende und widersprüchliche Informationen enthalten (z.B. Items 5, 8, 22, 70).

Zudem wurde die *Reihenfolge* der Items in eine blockweise Anordnung der Subtests verändert, so dass sich diese Zuordnung der Items zu den sechs Subskalen ergibt:

- Schizoid-Skala (SZ): Items 1-15 (wobei Item 6 negativ gepolt ist)
- Hysteroid-Skala (BL): Items 16-30
- Narzissmus-Skala (NA): Items 31-45
- Masochismus-Skala (MA): Items 46-60
- Zwanghaft-Skala (ZW): Items 61-75
- Hysterie-Skala (HY): Items 76-90

Dies sollte den VersuchsteilnehmerInnen die Beantwortung erleichtern, da sie weniger mit inhaltlich wechselnden Items konfrontiert sind, als bei rotierenden Items.

### 5.4.2 Erhebung der Stichprobe

Die untersuchte Stichprobe wurde mittels *Schneeballverfahren* erhoben. Es wurden ca. 300 Fragebögen inklusive des Anschreibens (vgl. Anhang D) gedruckt und an Freunde, Bekannte, KommilitonInnen und ArbeitskollegInnen verteilt, die wiederum Fragebögen weiterleiteten. Die Fragebögen wurden in mehreren deutschen Städte verteilt, u.a. (Landkreis) Osnabrück, Leipzig, Köln, Bremerhaven und Frankfurt am Main.

In dem *Anschreiben* wurden die VersuchsteilnehmerInnen über das Ziel der Untersuchung aufgeklärt, wobei jedoch bewusst vermieden wurde, von einer Persönlichkeitsuntersuchung zu sprechen, um möglichst ungehemmte und unvoreingenommene Ergebnisse zu erhalten. Da nur wenige demographische Angaben erhoben und die beantworteten Fragebögen in verschlossenen, unbeschrifteten Briefumschlägen eintrafen, blieb die *Anonymität* der Befragung gewährleistet.

### 5.4.3 Itemanalyse und verwendete Verfahren

Zur Untersuchung der *internen Konsistenz* des Fragebogens wurde eine *korrigierte Trennschärfe* von  $\geq 0.3$  als Kriterium für die Aufnahme eines Items in die korrigierte, reliablere Skala zu Grunde gelegt. Die Reliabilität der einzelnen Subtests wurde mit der konservativen Reliabilitätsschätzung *Cronbach's Alpha* berechnet. Die Berechnung von Cronbach's Alpha wurde mit den korrigierten Subtests so oft wiederholt, bis die interne Reliabilität einen Wert von  $\min. \alpha = 0.7$  erreichte.

Zur Prüfung der *Normalverteilungshypothese* als Voraussetzung für weitere Analysen der korrigierten Subtests wurde der Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest eingesetzt. Die Überprüfung auf *Varianzhomogenität* geschah mittels Levene-Test für unabhängige Stichproben. Die *Rangkorrelationen* sind nach Kendall's Tau berechnet worden.

## 6. Ergebnisse der statistischen Auswertungen

### 6.1 Ergebnisse der Itemanalyse

Die Tabelle 26 zeigt die Reliabilitäten der korrigierten Subtests, sowie die übriggebliebenen und eliminierten Items. Die ausführlicheren Ergebnisse sind in Abb. 4 - 9 im Anhang E abgelegt.

Subtests	Cronbach's Alpha	Items der korrigierten Skala	Eliminierte Items
Schizoid	0,78	1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15	4, 5, 6, 8, 13
Borderline	0,81	16, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 27, 28, 29, 30	22, 23, 26
Narzissmus	0,67	32, 33, 34, 36, 44, 45	31, 35, 37, 39, 40, 41, 42, 43
Masochismus	0,79	46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 60	54, 59
Zwanghaft	0,77	61, 63, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 73, 74	62, 64, 65, 71, 75
Hysterie	0,64	76, 77, 78, 80, 81, 82, 83	79, 84, 85, 86, 89, 90

Tabelle 26: Cronbach's Alpha der Subtests

Es zeigte sich, dass sowohl die Narzissmus, als auch die Hysterie-Skala eine Reliabilität von  $\text{Alpha} < 0,7$  erreichen, weshalb sie hier nicht als reliabel angesehen werden.

### 6.2 Überprüfung der psychometrischen Kennwerte

Die Überprüfung der *Normalverteilungshypothese* mit dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest ergab, dass lediglich die neue Zwanghaft-Skala ( $p > 0.05$ ) diese Voraussetzung erfüllt (vgl. Tabelle 27). Daher sind die Grundlagen für die Verwendung von parametrischen Testverfahren nicht erfüllt.

		SZNEU	BLNEU	NANEU	MANEU	ZWNEU	HYNEU
N		131	131	131	131	131	131
Parameter der Normalverteilung <sup>a,b</sup>	Mittelwert	16,3817	19,8015	11,7557	21,2519	21,4656	12,3893
	Standardabweichung	3,9173	5,1147	2,7347	5,4184	4,8616	3,0674
Extremste Differenzen	Absolut	,142	,112	,136	,117	,076	,154
	Positiv	,142	,112	,136	,117	,076	,154
	Negativ	-,102	-,077	-,073	-,067	-,044	-,069
Kolmogorov-Smirnov-Z		1,624	1,281	1,552	1,337	,866	1,757
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,010	,075	,016	,056	,441	,004

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

**Tabelle 27: Ergebnisse des Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstests**

Die *Varianzhomogenität* wurde mit dem Levene-Test zur Varianzgleichheit geprüft (vgl. Tabelle 28).

**Test bei unabhängigen Stichproben**

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
SZNEU	Varianzen sind gleich	2,830	,095	3,095	129	,002	2,1042	,6799	,7590	3,4493
	Varianzen sind nicht gleich			2,997	95,317	,003	2,1042	,7021	,7103	3,4980
BLNEU	Varianzen sind gleich	,001	,975	1,056	129	,293	,9672	,9161	-,8453	2,7797
	Varianzen sind nicht gleich			1,068	110,723	,288	,9672	,9055	-,8271	2,7614
NANEU	Varianzen sind gleich	2,956	,088	-,887	129	,377	-,4348	,4904	-,14051	,5355
	Varianzen sind nicht gleich			-,939	124,457	,349	-,4348	,4630	-,13512	,4815
MANEU	Varianzen sind gleich	,029	,866	,566	129	,573	,5507	,9735	-,13753	2,4767
	Varianzen sind nicht gleich			,574	111,855	,567	,5507	,9590	-,13494	2,4509
ZWNEU	Varianzen sind gleich	,140	,709	2,333	129	,021	1,9988	,8566	,3039	3,6936
	Varianzen sind nicht gleich			2,354	109,673	,020	1,9988	,8493	,3157	3,6818
HYNEU	Varianzen sind gleich	3,561	,061	-,926	129	,356	-,5091	,5499	-,15971	,5790
	Varianzen sind nicht gleich			-,952	116,312	,343	-,5091	,5346	-,15678	,5497

**Tabelle 28: Levene-Test auf Varianzhomogenität**

Es zeigte sich, dass die Varianz im Subtest Schizoid bei Männern signifikant größer ist, als bei Frauen und im Gegenzug die Varianz des Subtest Zwanghaft bei Männern niedriger ist (vgl. Tabelle 31, Mittelwerte der korr. Subtests nach Geschlecht).



### 6.3 Ergebnisse der nichtparametrischen Tests

Die Tabelle 36 (vgl. obere Dreiecksmatrix im Anhang E) umfasst die Ergebnisse der nichtparametrischen Rangkorrelationsberechnung. Relevant sind hier nur die *Korrelationen nach Kendall's-Tau*, da Spearman-Rho von ordinalskalierten Daten ausgeht. Es ergaben sich folgende, z.T. hochsignifikante Korrelationen:

1. *Alter*: Die negativen Korrelationen zwischen Alter/Hysterie ( $r = -0.26$ ,  $p < 0,00$ ) und Alter/Zwanghaft ( $r = -0.14$ ,  $p = 0.03$ ) waren signifikant: *Je älter* die VersuchsteilnehmerInnen waren, *desto weniger* hysterisch bzw. weniger zwanghaft waren sie. Es zeigt sich dieselbe Tendenz bei Narzissmus ( $r = -0.12$ ,  $p = 0.06$ ).
2. *Bearbeitungsdauer (Zeit)*: Signifikante Korrelationen ergaben sich zwischen Zeit/Borderline ( $r = 0.18$ ,  $p = 0.07$ ) und Zeit/Zwanghaft ( $r = 0.14$ ,  $p = 0.04$ ): *Je mehr* borderline oder zwanghaft eine Person war, *desto länger* benötigte sie zum Ausfüllen des Fragebogens.
3. *Interkorrelationen zwischen den neuen Subtests*:

	Szneu	Blneu	Naneu	Maneu	Zwneu	Hyneu
Szneu	-	$r = 0,27$ $p < 0,00$	$r = 0,24$ $p < 0,00$	$r = 0,21$ $p = 0,001$	n. s.	$r = 0,18$ $p = 0,005$
Blneu	-	-	$r = 0,36$ $p < 0,00$	$r = 0,43$ $p < 0,00$	$r = 0,29$ $p < 0,00$	$r = 0,35$ $p < 0,00$
Naneu	-	-	-	$r = 0,37$ $p < 0,00$	$r = 0,35$ $p < 0,00$	$r = 0,41$ $p < 0,00$
Maneu	-	-	-	-	$r = 0,35$ $p < 0,00$	$r = 0,39$ $p < 0,00$
Zwneu	-	-	-	-	-	$r = 0,25$ $p < 0,00$
Hyneu	-	-	-	-	-	-

Tabelle 29: Signifikante Rangkorrelationen zwischen den Subtests

Es ergab sich lt. Tabelle 29 nur zwischen der neuen Zwanghaft und Schizoid-Skala kein signifikanter positiver Zusammenhang. Für alle übrigen gilt: Je höher der Wert auf der

jeweiligen Skala, desto höher sind auch die anderen Skalenwerte. Somit ergänzen sich die Skalen gegenseitig und schließen sich nicht aus, da keine signifikanten negativen Korrelationen gefunden wurden.

Die *Geschlechtsunterschiede* bei der Beantwortung der Fragen wurden mit dem Mann-Whitney-U Test gemessen. Die nachfolgende Tabelle 30 beschreibt die Mittelwerte der korrigierten Subtests über die gesamte Stichprobe.

	N	Mittelwert		Standard
	Statistik	Statistik	Standardfehler	Statistik
SZNEU	131	16,3817	,3423	3,9173
BLNEU	131	19,8015	,4469	5,1147
NANEU	131	11,7557	,2389	2,7347
MANEU	131	21,2519	,4734	5,4184
ZWNEU	131	21,4656	,4248	4,8616
HYNEU	131	12,3893	,2680	3,0674
Gültige Werte (Listenweise)	131			

Tabelle 30: Mittelwerte der korrigierten Subtests

In Tabelle 31 sind die Mittelwerte der korrigierten Subtest geschlechtsspezifisch dargestellt.

SEX	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
SZNEU männlich	51	17,6667	4,1263	,5778
SZNEU weiblich	80	15,5625	3,5679	,3989
BLNEU männlich	51	20,3922	4,9480	,6929
BLNEU weiblich	80	19,4250	5,2138	,5829
NANEU männlich	51	11,4902	2,2924	,3210
NANEU weiblich	80	11,9250	2,9842	,3336
MANEU männlich	51	21,5882	5,2084	,7293
MANEU weiblich	80	21,0375	5,5699	,6227
ZWNEU männlich	51	22,6863	4,6669	,6535
ZWNEU weiblich	80	20,6875	4,8512	,5424
HYNEU männlich	51	12,0784	2,8273	,3959
HYNEU weiblich	80	12,5875	3,2127	,3592

Tabelle 31: Mittelwerte der korrigierten Subtests nach Geschlecht

Statistik für Test<sup>a</sup>

	SZNEU	BLNEU	NANEU	MANEU	ZWNEU	HYNEU
Mann-Whitney-U	1374,500	1749,000	1958,000	1837,000	1566,000	1894,000
Wilcoxon-W	4614,500	4989,000	3284,000	5077,000	4806,000	3220,000
Z	-3,159	-1,377	-,390	-,961	-2,242	-,694
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,002	,169	,696	,337	,025	,488

a. Gruppenvariable: Geschlecht

Tabelle 32: Mann-Whitney-U-Test auf Geschlechtsunterschiede

Als Ergebnis (Tabelle 32) stellte sich heraus, dass die *Männer* in dieser Stichprobe gegenüber den Frauen sowohl signifikant *schizoider* ( $p= 0,002$ ) als auch signifikant *zwanghafter* waren ( $p= 0,025$ ).

## 7. Zusammenfassung und Diskussion

### 7.1 Statistische Ergebnisse

Bei der statistischen Überprüfung des revidierten PCI-2 ergaben sich folgende Ergebnisse:

1. Lediglich die Subtests Narzissmus und Hysterie weisen keine ausreichende *Reliabilität* auf.
2. Die neuen Subtests sind, bis auf die Zwanghaft-Skala, *nicht normalverteilt*.
3. Die *Varianz* des Subtests Schizoid ist bei Männern signifikant größer, als bei Frauen. Im Gegenzug ist die Varianz des Subtests Zwanghaft bei Männern signifikant niedriger als bei Frauen.
4. *Je älter* die VersuchsteilnehmerInnen waren, *desto weniger* hysterisch bzw. weniger zwanghaft waren sie. Es zeigt sich dieselbe Tendenz bei Narzissmus.
5. *Je mehr* borderline oder zwanghaft eine Person war, *desto länger* benötigte sie zum Ausfüllen des Fragebogens.
6. Es ergaben sich nur zwischen dem neuen Zwanghaft- und Schizoid-Subtest keine signifikanten positiven *Korrelationen*. Für alle übrigen gilt: Je höher der Summenwert eines Subtests ist, desto höher sind auch die Summenwerte der übrigen Subtests.
7. Die *Männer* in dieser Stichprobe waren gegenüber den Frauen sowohl signifikant *schizoider* als auch signifikant *zwanghafter*.

Aufgrund der Ergebnisse lässt sich festhalten, dass der Fragebogen überarbeitet werden muss, um die *Reliabilität* der Hysterie- bzw. Narzissmus-Skala zu erhöhen. Vermutlich haben die 4-stufige Beantwortungsskala, die Neuformulierung der Items und die Änderung der Reihenfolge die geringe Reliabilität verursacht. erinnert man sich an die Kontroversen über die Diagnostizierbarkeit von Narzissmus im ICD-10 (vgl. Kap. 4.2.1.2), dann stellt ein nicht reliabler Narzissmus-Subtest vielleicht ein Argument gegen die klinische Diagnose dar. Um dieses Argument zu festigen, müssten allerdings mehrere Versuche, Narzissmus zu messen, gescheitert sein.

Der Einfluss des *Lebensalters* der TeilnehmerInnen auf die Hysterie-Skala ist aufgrund der mangelnden Reliabilität möglicherweise ein Artefakt. Weshalb ältere Menschen in der Stichprobe weniger zwanghaft waren, bleibt offen. Jedoch lässt sich vermuten, dass im Alter gesellschaftlicher und beruflicher Druck nachlassen und daher weniger kontrolliertes, diszipliniertes Verhalten notwendig erscheint. Vielleicht handelt es sich auch um die Auswirkungen der liberalen '68er Bewegung, welche sich heute möglicherweise zu weniger zwanghaftem Verhalten veranlasst fühlt. Nachfolgende Untersuchungen könnten klären, ob dieser Effekt replizierbar ist.

Die positiven Korrelationen zwischen *Bearbeitungsdauer* und borderline bzw. zwanghaft erscheinen plausibler. Hysteroide und Zwanghafte haben nach Kuhl (2001) weniger Zugriff auf ihre Fühlfunktion, d.h. unter anderem, dass es ihnen schwerer fällt, auf selbstrelevante Informationen, wie sie im Fragebogen erhoben wurden, zuzugreifen. Sie erscheinen entfremdeter von ihren Gefühlen, Einstellungen und Bedürfnissen und benötigen deshalb vielleicht mehr Zeit, um zu einer Antwort zu gelangen. Abgesehen davon ist es eine charakterisierende Eigenschaft des Zwanghaften, dass er lange grübelt und zögert, bevor er sich entscheidet.

Aufgrund der großen *Interkorrelationen zwischen den Skalen* lässt sich sagen, dass sie sich gegenseitig ergänzen und nicht ausschließen, weil keine signifikanten negativen Korrelationen gefunden wurden. Da es sich um keine klinische Stichprobe handelt, ist dieses Ergebnis m.E. ein Zeichen für deren „relative Gesundheit“: In einer klinischen Stichprobe könnte es mehr negative Korrelationen geben, weil vielleicht mehr Extremwerte auftauchen. Angesichts der mangelnden Reliabilität von zwei Subtests sind der Interpretation dieses Befundes allerdings Grenzen gesetzt, da es sich hier auch um ein Artefakt handeln kann.

Berücksichtigt man die Beobachtungen von Glickauf-Hughes & Wells (1997), dann werden die signifikanten *Geschlechtsunterschiede* transparenter. Sie ordnen Frauen eher dem „overattached“ – Pol zu (hysteroide, masochistisch und hysterisch). Männer neigen demnach mehr zu dem „underattached“ – Pol (schizoid, narzisstisch und zwanghaft, vgl. Kap. 2.3) Diese Vermutungen werden durch die Ergebnisse untermauert, da die Männer in dieser Stichprobe signifikant schizoide und zwanghafter sind. Diese Befunde sind allerdings vor dem Hintergrund zu betrachten, dass die Varianzen, als Maß für die

Unterschiedlichkeit, in beiden Subtests bei Männern und Frauen signifikant unterschiedlich sind.

Die *Bearbeitungsdauer* wurde als ein Zumutbarkeitskriterium angesehen, weshalb sie anhand des Durchschnittswertes (16,66 min.) und der Verteilung (Tab. 24) sowohl für eine stationäre als auch für eine ambulante Anwendung als akzeptabel angesehen werden könnte.

Weitere Studien müssten folglich die Reliabilität der Skalen erhöhen, um eine klinische Anwendung des Fragebogens in Erwägung ziehen zu können. Diese könnten auch die Replizierbarkeit der statistischen Ergebnisse überprüfen.

Aus meinen Erfahrungen heraus erscheint es versuchsplanerisch recht schwierig, einen Mittelweg zwischen der Selbstverpflichtung zur Offenlegung des Untersuchungsziels einerseits und der Erhebung von unbeeinflussten, möglichst ehrlichen Antworten andererseits zu finden. Trotz der Aufklärung der TeilnehmerInnen darüber, dass die Daten für meine Diplomarbeit sind und helfen sollen, „den Fragebogen zu verbessern und zu klären, ob sich dessen Einsatz im psychologischen Bereich (z.B. in der Psychotherapie) lohnen würde.“ (vgl. Anhang D) wurde ich immer wieder zu Sinn und Zweck der Untersuchung befragt und mir z.T. unverantwortliches Handeln im Umgang mit VersuchsteilnehmerInnen vorgeworfen. Die Anonymität der Studie verbot es allerdings, zu untersuchen, welche Persönlichkeitsmerkmale diese Personen aufwiesen. In einer weiterführenden Studie empfiehlt sich daher die Erhebung eines zusätzlichen Akzeptanzfragebogens.

## 7.2 Theoretische Grundlagen

In dieser Arbeit wurden psychoanalytische Objektbeziehungstheorien und ausgewählte Persönlichkeitsstörungen beschrieben.

Die *Objektbeziehungstheorien* postulieren eine primär soziale Motivation des Menschen, dessen Entwicklung, Erleben und Verhalten durch die Internalisierung von Objektbeziehungen beeinflusst wird. Bei erfolgreicher Internalisierung ist der Mensch optimal an seine Umgebung angepasst, denn er kann in vielen Situationen hilfreich auf seine frühen Objektbeziehungserfahrungen zurückgreifen. Im Fall einer pathologischen Entwicklung wurden inadäquate Objekte internalisiert, deren Verhalten eine gesunde

Entwicklung beeinträchtigte. Der *schizoide* Mensch erlebte kühle, ablehnende Bezugspersonen und fühlte sich häufig schon vor seiner Geburt auf der Welt nicht willkommen. Aus Angst vor Vernichtung zieht er sich in seine innere Welt zurück und bleibt einsam. *Hysteroide* Menschen erfuhren eine manipulative, missbräuchliche Umwelt, die ihrer Autonomieentwicklung im Wege stand und sie nicht ausreichend mit schützenden ICH-Funktionen versorgte. Später erleben sie sich als extrem wechselhaft, unreif und haben große Angst vor Trennung und Alleinsein. Die Eltern des *Narzissten* benutzten und liebten ihn nur als Selbstobjekt, indem sie ihn entweder ihre eigenen Ideale verwirklichen ließen oder die Eltern-Kind Rollen tauschten, d.h. ihn auf die Erfüllung von ICH-Funktionen reduzierten, die sie selbst nicht hatten. Sein wahres Selbst blieb dahinter einsam und schwach. Der *Masochist* wurde von seiner Umgebung verbal misshandelt, gedemütigt und kritisiert. Geliebt wurde er nur für das, was er tat und nicht für das, was er war. Er wurde oft als Sündenbock benutzt oder war das Sorgenkind der Familie. Daraufhin blieben ihm nur Selbstaufopferung und Unterwürfigkeit, um Liebe zu erhalten. *Zwanghafte* Menschen kontrollieren sich und ihre Umgebung aus Angst vor Fehlern, Chaos und Kontrollverlust. Sie wuchsen unter starker Kritik und eingeschränkter Autonomieentwicklung auf, weshalb sie sich sehr unter Kontrolle halten mussten, um nicht abgelehnt zu werden. *Histrioniker* wurden in die Eheprobleme ihrer Eltern hineingezogen und erlebten Verführung, Koalitionen und Verrat. Sie kämpfen später für die Anerkennung ihrer Geschlechtsidentität und verwickeln sich dabei häufig in dieselben Beziehungsmuster, die sie bereits in ihrer Familie erfahren haben. Die therapeutischen Interventionen der *Objektbeziehungstherapie* (Glickauf-Hughes & Wells (1997)) sollen dem KIn korrigierende Beziehungserfahrungen ermöglichen, die durch das Beziehungsverhalten des Thn und der Arbeit an den inneren Objekten gefördert wird. Eine tabellarische Zusammenfassung dieser Methode findet sich im Anhang A.

An dieser Stelle sei angemerkt, dass die Objektbeziehungstheorien einen großen Beitrag zum Verständnis der kindlichen Entwicklung und zur Analyse zwischenmenschlicher Beziehungen liefern. Insbesondere wird heute mehr als früher der Einfluss der Persönlichkeitsstruktur eines Menschen auf die klinischen Symptome und den therapeutischen Prozess beachtet. Die klinische Relevanz ist daher recht hoch, weshalb der Ansatz von Glickauf-Hughes & Wells (1997) fachliche Berücksichtigung finden sollte, womit ich selbstverständlich die Verwendung anderer Methoden nicht ausschließen möchte. Es

bleibt zu wünschen, dass die Autorinnen einen ähnlichen Beitrag zu den übrigen Persönlichkeitsstörungen (antisozial, paranoid, selbstunsicher, etc.) liefern.

Die psychoanalytischen Forschungen sollten sich jedoch nicht nur auf die Kindheit eines Menschen konzentrieren, sondern die Einflüsse von Pubertät und Adoleszenz auf die Entwicklung eines Menschen stärker fokussieren. Dadurch werden Mütter als Ursprung allen Übels („mother-blaming“) entlastet und gesellschaftliche Faktoren wie z.B. Schule und Berufsleben mehr in den Vordergrund gerückt.

Die Förderung und Akzeptanz von gesellschaftskompatiblen Persönlichkeitsmerkmalen ist groß. Alexander Lowen (1986) beschreibt den Einfluss des Narzissmus auf die westliche Kultur und kommt zu dem Schluss, dass Narzissmus nicht nur ein psychischer, sondern inzwischen auch ein kultureller Zustand ist, der uns unseres wahren Selbst und unserer Liebesfähigkeit beraubt. Denken wir zudem an die Forderungen der kapitalistischen Wirtschaft nach einem stetigen Wirtschaftswachstum und erinnern uns gleichzeitig an die Begrenztheit ökonomischer und ökologischer Ressourcen, so finden wir hier die typischen, narzisstischen Omnipotenzphantasien wieder. Warten wir ab, ob der Kapitalismus, genau wie der einzelne Narzisst, beim Erreichen seiner natürlichen Grenzen in Therapie geht.

Erich Fromm schrieb in seinen Arbeiten immer wieder darüber, wie der (kapitalistische) Gesellschaftscharakter die individuelle Persönlichkeit prägt und wie eine kranke Gesellschaft ebenso kranke Menschen hervorbringt, die wiederum für die Aufrechterhaltung des Gesellschaftssystems sorgen (vgl. u.a. Fromm 1980, 1990). Die Auswirkungen gesellschaftlicher Abwehrmechanismen sind fatal: Die *Leugnung* des ökologischen Zustandes der Erde; die *Spaltung* in „nur gute“ Innländer und „nur böse“ Ausländer; *Dissoziation* und *Sucht*, um das ganze Ausmaß des Dramas nicht zu spüren, etc. Es wäre eine eigenständige Arbeit notwendig, um die Rolle der Psychologie und Psychotherapie in dieser Gesellschaft zu untersuchen und zu definieren. Das Wichtigste erscheint mir jedoch, sich nicht von Politik und Ökonomie zu einem Ausbeutungs- und Reparaturbetrieb funktionalisieren zu lassen.

Forderungen nach einer Therapie der Gesellschaft sind ebenso alt, wie unrealistisch. Hier sind Fachgebiete wie Politik, Soziologie, Ökonomie und Ökologie in *Zusammenarbeit* mit der Psychologie gefragt. Wir dürfen nicht, bei allen brauchbaren theoretischen Konzepten und Interventionstechniken, den leibhaftigen, leidenden Menschen vor



uns übersehen, der immer auch in Wechselbeziehung mit seiner gesellschaftlichen Umgebung steht.

### 7.3 Über den Einsatz von Fragebögen in therapeutischen Prozessen

Ein psychologischer Fragebogen dient als diagnostisches Instrument zur Erfassung von diversen Themenbereichen (Persönlichkeit, Intelligenz, Anamnese, Basismotivation, etc.). In diesem Abschnitt möchte ich Argumente diskutieren, die für den Einsatz von Fragebögen innerhalb therapeutischer Prozesse sprechen bzw. sorgsame Einwände darstellen.

Im klinischen Umfeld kann ein Th optimalerweise auf diverse diagnostische Informationen zugreifen. Er nimmt die Äußerungen, Emotionen und das Verhalten seines Kln wahr und kann daraus z.B. Hypothesen über ätiologische und protektive Faktoren ableiten. Ärztliche Konsile, Fremdanamnesen, Eindrücke von Eltern, Klinikpersonal und Mitgliedern in Gruppentherapien sowie Gegenübertragungsgefühle enthalten ebenfalls wichtige Hinweise. In Supervision bzw. Intervision können weitere Erkenntnisse gesammelt werden. Ein psychologischer Fragebogen kann hier ein objektiveres Maß sein, wenn bspw. der diagnostische Umgang mit Gegenübertragung für Berufseinsteiger bzw. durch mangelnde Selbsterfahrung erschwert ist. Er kann eine Rückmeldung über das eigene Urteilsvermögen geben.

Dabei kann es auch für erfahrene Thn zu diagnostischen Überraschungen kommen, da der Mensch lt. den Erkenntnissen aus der Wahrnehmungspsychologie im Durchschnitt etwa nur 5-7 Informationen gleichzeitig berücksichtigen kann. Übertragen auf einen Persönlichkeitsfragebogen mit vielen Subtests bedeutet dies, dass immer einige Dimensionen weniger Aufmerksamkeit bekommen, die allerdings von therapeutischer Relevanz sein könnten. Diese (unerwarteten) Ergebnisse helfen dann vielleicht, einen stockenden Therapieprozess wieder ins Fließen zu bringen, wenn die (neu)gewonnenen Informationen die Wahl der therapeutischen Methoden bei der Therapieplanung beeinflussen.

Nicht nur die Grenzen der Auffassungsgabe, auch der Kl selber kann für unvollständige oder gar falsche Hypothesen sorgen: Glickauf-Hughes & Wells (1997) haben beobachtet, dass es manchen Kln leichter fällt, ich-dystone Anteile in schriftlicher Form mitzuteilen, als im direkten Kontakt mit ihrem Thn.

Außerdem hat ein Kl, der bspw. in einer Klinik eine Kurzzeittherapie über 6 - 8 Stunden erlebt, u.U. gar nicht ausreichend Zeit, um von sich aus genügend relevante Informationen mitzuteilen. Ein Fragebogen kann hier zur Konkretisierung und Rationalisierung nützlich sein.

Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich wird die Forderung nach Qualitätssicherung und Verlaufskontrollen stärker. Es stellen sich die Fragen, ob man überhaupt den Erfolg oder Misserfolg einer Behandlung in großem Umfang anders als durch Fragebögen erfassen kann und ob dieses mehr dem Finanzhaushalt der Krankenkassen oder dem Kln nützt. Effektivere Therapien scheinen m.E. maßgeschneiderter und angepasster an den Kln zu sein. Wie ein Schneider mit seinem Maßband verschiedene Maße nimmt bevor er zur Tat schreitet, könnte man im übertragenen Sinne behaupten, dass ein Th zunächst viel über seinen Kln in Erfahrung bringen sollte, bevor er eine Therapie beginnt. Ein Fragebogen hilft dabei wie ein Maßband.

Welche negativen Auswirkungen die Anwendung von Fragebögen haben kann, lässt sich nicht vollständig beantworten. Es wäre absolut paradox, hierzu einen Fragebogen zu entwickeln. Jedoch möchte ich nicht vergessen, einige z.T. empörte und kränkende Reaktionen auf meine Untersuchung zu schildern und darüber hinaus noch weitere Überlegungen anzustellen.

Die stärksten Emotionen gegen Fragebögen kamen von Anhängern der analytischen bzw. humanistischen Schulen. Interessanterweise sind es die beiden theoretischen Richtungen, denen sich die Urautorinnen des PCI-2, Cheryl Glickauf-Hughes u. Marolyn Wells, selber sehr verbunden fühlen. Möglicherweise bestehen in den USA andere ethische Auffassungen darüber, was diagnostisch erhoben werden darf, bzw. was die Grenzen eines Menschen verletzen könnte. Insbesondere das Item 41: "I was physically and/or sexually abused as a child to an extreme degree." (vgl. Anhang B) würde aus traumatherapeutischer Sicht mindestens als besonders heikel oder sogar retraumatisierend eingestuft.

Bevor derart intime Fragen gestellt werden können, sollte erst eine Vertrauensbeziehung zwischen Thn und Kln bestehen, wobei allerdings zu bedenken ist, das insbesondere traumatisierte Kln nicht ausreichend gelernt haben, ihre Grenzen zu schützen und daher schnell bereit sind, mehr von sich zu offenbaren, als ihnen gut tut.

Es sollte genau reflektiert werden, zu welchem Zeitpunkt und zu welchem Zweck ein Fragebogen eingesetzt wird, damit sich ein Kl nicht ausgehorcht oder durchleuchtet

fühlt, was im Übrigen häufige Ängste von Kln sind. Es gilt auch zu überlegen und zu klären, welche Bedeutung es für Th und Kl haben kann, wenn z.B. der Th erstmals nach zwei Jahren Therapie unerwartet einen Fragebogen in den Prozess einbringt. Insbesondere seit dem Inkrafttreten des Arztrechtes für psychologische Psychotherapeuten sind diese dazu verpflichtet, den Kln u.a. über die angewendeten Methoden und Verfahren aufzuklären.

Ebenfalls sollte man sich die Frage stellen, ob und wenn ja, in welcher Weise dem Kln ein Fragebogenergebnis mitgeteilt werden sollte. Zähle ich bspw. dem Kln seine Schwächen auf oder weise ich ihn lieber auf Entwicklungschancen hin? Teile ich dem Kln mit, dass er eine (Borderline-)Persönlichkeitsstörung hat oder besteht dadurch die Gefahr einer diagnostischen Identifizierung: „Ich bin meine Diagnose, denn bevor ich gar nicht weiß, wer ich bin, bin ich wenigstens ein Borderliner.“? Dadurch würde das Selbstkonzept von vornherein auf defizitären Aspekten aufgebaut und kann anschließend kaum noch korrigiert werden.

Die Ergebnisse sollten also sorgsam bedacht und mit anderen Informationen in Zusammenhang gebracht werden, zumal sich im nicht immer leichten Therapiealltag Tipp-, Rechen- und daraus resultierende Messfehler einschleichen können.

Zwei Menschen mit derselben Diagnose können zudem recht unterschiedlich sein, ein Gedanke, der hoffentlich bei der geplanten Pauschalisierung der Therapieabrechnungen Berücksichtigung findet. Nicht jeder Narzisst, Schizoide oder Depressive ist gleich.

Ein weiteres Feld eröffnet sich, wenn man den Einfluss eines beobachtenden Objekts (in diesem Fall eines Fragebogens) auf ein Geschehen betrachtet. Was die Psychologie den Versuchsleitereffekt nennt, weist mittlerweile sogar die Physik nach: Ein Prozess verläuft anders, wenn man versucht, ihn zu messen. Inwiefern er eine andere Richtung nimmt, lässt sich nicht vorhersagen. Viele (zukünftige) Thn, die ich kennen gelernt habe, arbeiten (bewusst oder unbewusst) aus diesem Grunde nicht mit Fragebögen. Sie arbeiten lieber mit der aktuellen Szenerie und mit dem, was der Kl von sich aus mitteilen möchte. Auf diesem Wege versuchen sie an Informationen zu gelangen, die u.U. erst noch ins Bewusstsein dringen müssen und daher ohnehin nicht vom Kln in Fragebögen angegeben werden können. Dies macht einen Großteil der psychodynamischen Arbeit aus. Es schließt sich die Frage an, was ein psychodynamischer Fragebogen, wie der PCI-2, zusätzlich zu messen vermag. Was ist das typisch psychodynamische daran? Zu nennen sind hier die theoriegeleitete Generierung und die beziehungsorientierte (z.B. Items 39, 71; vgl. Anhang B) bzw. anamnestische Formulierung der meisten Items

(Items 5, 52; vgl. Anhang B). Anhand der Ergebnisse können psychodynamische Hypothesen über die Persönlichkeit eines Menschen gebildet werden. Allerdings weisen sowohl die Skalen, als auch die Items Ähnlichkeiten mit bereits bestehenden diagnostischen Instrumenten wie z.B. dem SKID-II (Strukturiertes Klinisches Interview für das DSM-III-R, Achse II) auf, weshalb das innovative Element des PCI-2 darunter leidet.

Abschließend sollte mit Fragebögen und -ergebnissen sorgfältig umgegangen werden. Jeder Th sollte für sich entscheiden können, ob er in seinem Arbeitsfeld einen Fragebogen sinnvoll und im Sinne seines Kln einsetzen möchte. Er kann ihn nur dann erfolgreich anwenden, wenn er von ihm überzeugt ist. Jedoch lässt die therapeutische Realität nicht immer eine freie Entscheidung zu. Durch den Druck des erkrankten Gesundheitssystems besteht vielleicht die Gefahr, dem Kln zukünftig die Unannehmlichkeiten einer „seelischen Gastroskopie“ zuzumuten.

## 8. Literaturverzeichnis

- ALLEN, D. W. (1991). *Basic treatment issues*. Erschienen in: *Hysterical Style and the Histrionic Personality Disorder*. Hrsg.: M. Horowitz, S. 147-192. Northvale, NJ: Jason Aronson.\*
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association. zitiert nach: Fiedler, P. (1995). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- AVERY, N. D. (1977). *Sadomasochism: a defense against object lost*. *Psychoanalytic Review*, 64; S. 101-109.\*
- BALINT, M. (1972). *Angstlust und Regression. Beitrag zur psychologischen Typenlehre*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- BÄURLE, R. (1988). *Körpertypen. Vom Typentrauma zum Traumtypen*. Berlin: Simon u. Leutner.
- BLACKER, K. H. & TUPIN, J. P. (1991). *Hysteria and hysterical structures: developmental and social theories*. Erschienen in: *Hysterical Personality Style and the Histrionic Personality Disorder*. Hrsg.: M. Horowitz, S. 15-66. New York: Jason Aronson.\*
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and Anger*. New York: Basic Books.\*
- CELANI, D. (1976). *An interpersonal approach to hysteria*. *American Journal of Psychiatry*, 133; S. 1414-1418.\*
- CHESSICK, R. D. (1985). *Psychology of the Self and the Treatment of Narcissism*. Northvale, NJ: Jason Aronson.\*
- COMER, J. R. (1995). *Klinische Psychologie*. Heidelberg; Berlin; Oxford: Spektrum Akademischer Verlag.
- DILLING, H.; MOMBOUR, W. & SCHMIDT, M. H. (HRSG.) (1999). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kap. V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien/WHO*. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber.
- FIEDLER, P. (1995). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- FREUD, A. (1991). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- FREUD, S. (1915). *Die Verdrängung*. In: *Internat. Zschr. ärztl. Psychoanal.*, Bd. 3 (1915), S. 129-138; G.W., Bd. 10, S. 248-261.

- FREUD, S. (1923). *Das Ich und das Es*. Wien.
- FREUD, S. (1926). *Hemmung, Symptom und Angst*. Wien.
- FREUD, S. (1972). *Abriss der Psychoanalyse*. Frankfurt a. M.: Fischer TB.
- FROMM, E. (1980). *Wege aus einer kranken Gesellschaft. Eine sozialpsychologische Untersuchung*. München: dtv.
- FROMM, E. (1990). *Psychoanalyse und Ethik. Bausteine zu einer humanistischen Charakterologie*. München: dtv.
- FROMM, E. (1991). Schriften aus dem Nachlass. Hrsg. von Rainer Funk. Bd. 5. *Von der Kunst des Zuhörens. Therapeutische Aspekte der Psychoanalyse*. Weinheim; Basel; Beltz.
- GLICKAUF-HUGHES, C. & WELLS, M. (1991A). *Current conceptualisations on masochism: genesis and object relations*. American Journal of Psychotherapy, 45; S. 53-68.\*
- GLICKAUF-HUGHES, C. & WELLS, M. (1997). *Object relations psychotherapy: an individualized and interactive approach to diagnosis and treatment*. New Jersey: Jason Aronson.
- GUNTRIP, H. (1969). *Schizoid Phenomena, Object Relations, and the Self*. New York: International Universities Press.\*
- HAMILTON, G. (1988). *Self and Others: Object Relations Theory in Practice*. Northvale, NJ: Jason Aronson.\*
- HEARST, L. E. (1988). *The restoration of the impaired self in group psychoanalytic treatment*. Erschienen in: *Borderline and Narcissistic Clients in Therapy*. Hrsg.: N. Slavinska-Holy, S. 123-142. Madison, WI: International Universities Press.\*
- HORNER, A. (1979). *Object Relations and the Developing Ego in Therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.\*
- JAEGGI, E. (1997). *Zu heilen die zerstoßenen Herzen: Die Hauptrichtungen der Psychotherapie und ihre Menschenbilder*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- JELLOUSCHEK, H. (2001). *Die Rolle der Geliebten in der Dreiecksbeziehung*. Stuttgart: Kreuz.
- JOHNSON, S. (1985). *Characterological Transformation: The Hand Work Miracle*. New York: Norton.\*
- JOHNSON, S. (1987). *Humanizing the narzissistic Style*. New York: Norton.\*
- JOSEPHS, L. (1995). *Character and Self-Experience*. Northvale, NJ: Jason Aronson.\*

- JUNG, C. G. (1991). *Die Beziehung zwischen dem Ich und dem Unbewussten*. München: dtv.
- KELL, B. L. & MUELLER, W. J. (1966). *Impact and Change: A Study of Counseling Relationships*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.\*
- KERNBERG, O. (1976). *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.\*
- KERNBERG, O. (1983). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- KOHUT, H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press.\*
- KOHUT, H. (1977). *The restoration of the Self*. New York: International Universities Press.\*
- KOHUT, H. (1987). Hrsg.: Arnold Goldberg et. al. *Wie heilt die Psychoanalyse?* Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- KÖNIG, K. (1995). *Kleine psychoanalytische Charakterkunde*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- KRIZ, J. (1994). *Grundkonzepte der Psychotherapie: Eine Einführung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- KROHN, A. (1978). *Hysteria: The Exclusive Neurosis*. New York: International Universities Press.\*
- KUHL, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit. Interaktion psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.
- LAZARE, A. (1971). *The hysterical character in psychoanalytic theory*. Erschienen in: Archives of General Psychiatry, 25; S. 131-137.\*
- LELORD, F. & ANDRÉ, C. (2001). *Der ganz normale Wahnsinn. Vom Umgang mit schwierigen Menschen*. Berlin: Aufbau Taschenbuch Verlag.
- LIKERT, R. (1932). *A Technique for the measurement of Attitudes*. Archives of Psychology, 140, 1-55.
- LOWEN, A. (1986). *Narzissmus. Die Verleugnung des wahren Selbst*. München: Bertelsmann.
- LOWEN, A. (1988). *Bioenergetik: Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Körper*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

- MAHLER, M. (1965). *On the significance of the normal separation-individuation phase: with reference to the research in symbiotic child psychosis*. In: Drives, Affects, Behaviour, vol. 2, ed. M. Shur. New York: International Universities Press.\*
- MAIER, W.; LICHTERMANN, D.; KLINGER, T.; HEUN, R. & HALLMEYER, J. (1992). *Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community*. Journal of Personality Disorders, 6, 187-196. zitiert nach: FIEDLER, P. (1995). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- MASTERSON, J. F. (1981). *Narcissistic and Borderline Disorders: An Integrated Developmental Approach*. New York: Brunner/Mazel.\*
- MASTERSON, J. F. (1993). *The Emerging Self*. New York: Brunner/Mazel.\*
- MCCORMACK, C. (1984). *The borderline/schizoid marriage: the holding environment as an essential treatment construct*. Journal of Marriage and Family Therapy, 15; S. 299-309.\*
- MENTZOS, S. (1992). *Neurotische Konfliktverarbeitung*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- MERTENS, W. (HG. 1993). *Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse*. Stuttgart: Verl. Internat. Psychoanalyse.
- MEYERS, H. (1988). *A consideration of treatment techniques in relation to the functions of masochism*. In: Masochism-Current Psychoanalytic Perspectives, ed. R. Glick and D. Meyers. Hillsdale, NJ: Analytic Press.\*
- MILLER, A. (1983). *Das Drama des begabten Kindes*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- MILLON, T. (1969). *Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Philadelphia: Saunders. zitiert nach: Comer, J. Ronald (1995). *Klinische Psychologie*. Heidelberg; Berlin; Oxford: Spektrum Akademischer Verlag.
- MILLON, T. (1981). *Disorders of Personality DSM-III: Axis II*. New York: Willey.\*
- MUELLER, W. J. & ANISKIEWICZ, A. S. (1986). *Psychotherapeutic Intervention in Hysterical Disorders*. Northvale, NJ: Jason Aronson.\*
- PALMER, H. (1991). *Das Enneagramm. Sich selbst und andere verstehen lernen*. München: Knaur.
- PERWIN, L. A. (1993). *Persönlichkeitstheorien: Freud, Adler, Jung, Rogers, Kelly, Cattell, Eysenck, Skinner, Bandura u.a.* München; Basel: E. Reinhardt.
- PIAGET J. (1988). *Das Weltbild des Kindes*. München: dtv.
- REICH, W. (1933). *Charakteranalyse*. Frankfurt a. M.: Fischer.



- ROGERS, C. (1991). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- SACHSE, R. & MAUS, C. (1991). *Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- SALZMAN, L. & THALER, F. M. (1981). *Obsessive-compulsive disorders: a review of the literature*. American Journal of Psychotherapy, 38; S. 286-296.\*
- SALZMAN, L. (1985). *Psychotherapeutic management of obsessive-compulsive patients*. American Journal of Psychotherapy, 39; S. 323-296.\*
- SCHLIPPE, A. v. (1995). *Familientherapie im Überblick. Basiskonzepte, Formen, Anwendungsmöglichkeiten*. Paderborn: Junfermann.
- SCHULTZ, R. & GLICKAUF-HUGHES, C. (1995). *Countertransference in the treatment of pathological narcissism*. Psychtherapy 32 (4); S. 601-607.\*
- SHAPIRO, D. (1965). *Neurotic Styles*. New York: Basic Books.\*
- SIEMS, M. (1994). *Dein Körper weiß die Antwort. Focusing als Methode der Selbsterfahrung*. Reinbeck: Rowohlt.
- WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H. & JACKSON, D. D. (1990). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Berlin; Stuttgart; Toronto: Huber.
- WELLS, M. & GLICKAUF-HUGHES, C. (1986). *Techniques to develop object constancy with borderline clients*. Psychotherapy, 23 (3); S. 41-49.\*
- WELLS, M.; GLICKAUF-HUGHES, C. & BUZZELL, V. (1990). *Treating obsessive-compulsives in psychodynamic-interpersonal group therapy*. Psychotherapy 27 (3): S. 366-379.\*
- WIDIGER, T.A.; FRANCES, A. J.; SPITZER, R. L. & WILLIAMS, J. B. W. (1988). *The DSM-III-R personality disorders: An overview*. American Journal of Psychiatry, 145; S. 786-795.\*
- WILLI, J. (1975). *Die Zweierbeziehung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- WINNICOTT, D. W. (1960). *Ego distortion in terms of true and false Self*. Erschienen in: *The Maturational Process and the Facilitating Environment*. S. 140-152. New York: International Universities Press, 1965.\*
- WINNICOTT, D. W. (1965A). *The Maturational Process and the Facilitating Environment*. New York: International Universities Press.\*

---

\* erwähnt in Glickauf-Hughes & Wells (1997)

## Anhang A: Objektbeziehungstherapie

Tabelle 33: Objektbeziehungstherapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Borderline Personality Disorders	Schizoid	Hysteroid
Stage of Developmental Arrest	Autistic and early symbiotic (Johnson 1985)	Practicing and rapprochement
Treatment by Object	Rejection, neglect, negation of child's right to be or live (Guntrip 1969)	Withdrawal of attention, support, and approval when child begins to separate and individuate (Masterson 1981)
Developmental Failure	Lack of adequate symbiotic attachment (Johnson 1985)	Insufficient separation and individuation
Resulting Interpersonal Stance	Defensive withdrawal from others	Alternation between rage and clinging
Structural Issues	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Detached self that fears regressive self-fragmentation</li> <li>2. Rigidly maintained self-other differentiation</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identity diffusion</li> <li>2. Lack of object constancy</li> <li>3. Vulnerability to transitory self-fragmentation or brief psychotic episodes in regressive states</li> </ol>
Therapeutic Goals	<p><i>Interpersonal</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Protect client from gross anxiety</li> <li>2. Establish an attachment from which client can separate</li> </ol> <p><i>Structural</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Develop cohesive sense of core self that is not defensively based (Guntrip 1969)</li> <li>2. Integration of part self representations (especially or affective and cognitive part self representations)</li> </ol>	<p><i>Interpersonal</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Support separation</li> <li>2. Foster individuation</li> </ol> <p><i>Structural</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resolve splitting (Kernberg 1976)</li> <li>2. Develop object constancy</li> <li>3. Develop integrated sense of self</li> <li>4. Increase frustration tolerance</li> </ol>
Corrective Interpersonal Experience	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Therapist must be available, contactful, present, and congruent</li> <li>2. Therapist must establish a safe relationship</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Therapist must set appropriate limits</li> <li>2. Therapist must balance need for support and autonomy by being a secure base from which to explore</li> <li>3. Therapist must support genuine self expression and saying no</li> <li>4. Therapist must refrain from revenge and retaliation (Wells and Glickauf-Hughes 1986)</li> </ol>

Glickauf-Hughes & Wells (1997), S. 68/69

Tabelle 34: Objektbeziehungstherapie von präneurotischen Persönlichkeitsstörungen

Preneurotic Personality Disorders	Narcissistic	Masochistic
Stage of Developmental Arrest	Rapprochement (Johnson 1987)	On the way to object constancy (Horner 1979, Johnson 1985)
Treatment by Object	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rejection of true self (Miller 1983)</li> <li>2. Uses child as selfobject or ideal object</li> <li>3. Provides admiration rather than love and acceptance</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Scapegoating and/or parentification</li> <li>2. Abuse, neglect, and intermittent reinforcement of dependency needs</li> <li>3. Controlling (but without self-discipline)</li> <li>4. Squelching the child's will (Johnson 1985)</li> </ol>
Developmental Failure	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lack of authentic, reality-based sense of self</li> <li>2. Lack of genuine self-esteem</li> <li>3. Inability to self-soothe</li> <li>4. Inability to love</li> </ol>	Failure to identify, leading to lack of transmuting internalizations of caregivers' realistic and soothing capacities (Horner 1979), such as empathy and auxiliary ego functions
Resulting Interpersonal Stance	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pseudoindependent false self representation</li> <li>2. Manipulation, idealization, and devaluation of others</li> <li>3. Relates to others as selfobjects</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alternation between anxious attachment and counterdependence</li> <li>2. Overt compliance (but covert defiance)</li> <li>3. Compensatory caregiving</li> </ol>
Structural Issues	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grandiose false self structure</li> <li>2. Central ego sensitive to slights (resulting in feelings of envy, shame, and rage)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lack of complete integration in self structure</li> <li>2. Lack of transmuting internalizations (Horner 1979)</li> </ol>
Therapeutic Goals	<p><i>Interpersonal</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Develop ability to love realistically perceived whole objects</li> <li>2. Develop ability to be authentic with others</li> </ol> <p><i>Structural</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Develop transmuting internalizations for genuine, reality-based self-soothing and self-esteem</li> <li>2. Integrate grandiose false self representation into nuclear core self</li> </ol>	<p><i>Interpersonal</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resolve ambivalent attachment</li> <li>2. Master separation and loss</li> <li>3. Learn to genuinely depend on others</li> <li>4. Develop appropriate self assertion</li> </ol> <p><i>Structural</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Develop transmuting internalizations for genuine, reality-based self-soothing and self-esteem</li> <li>2. Resolve "masochistic splitting" (Meyers 1988)</li> </ol>
Corrective Interpersonal Experience	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Therapist must be nonimpinging, sensitive, accepting, and attuned</li> <li>2. Therapist must provide an empathic, optimally frustrating environment (Kohut 1977)</li> <li>3. Therapist must support strengths and empathize with vulnerabilities (Johnson 1987)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Therapist must be empathic and have genuine positive regard for client</li> <li>2. Therapist must be constant, dependable, reliable, and nonreactive</li> <li>3. Therapist must acknowledge relational mistakes</li> <li>4. Therapist must be emotionally available without being possessive, controlling, or infantilizing</li> </ol>

Glickauf-Hughes &amp; Wells (1997), S. 69/70

Tabelle 35: Objektbeziehungstherapie von neurotischen Persönlichkeitsstörungen

Neurotic Personality Disorders	Obsessive-Compulsive	Hysterical
Stage of Developmental Arrest	Late separation-individuation (anal/early oedipal)	Late oedipal
Treatment by Object	Harsh discipline and overcontrol of child's impulses, affects, and autonomous actions	1. Seductive behavior of opposite-sex parent 2. Alliance of opposite-sex parent with child against same-sex parent 3. Castration of aggressive impulses 4. Fosters "myth of passivity" (Krohn 1978), pseudodependency, and helplessness
Developmental Failure	Insufficient sense of autonomy leading to feelings of shame and doubt (Salzman and Thaler 1981)	1. Difficulty taking initiative 2. Guilt about sexual and aggressive impulses 3. Confusion between sexual and affectional needs Pseudodependent, seductive
Resulting Interpersonal Stance	1. Pseudoautonomous, self-contained presentation of self 2. Frequent power struggles (Salzman 1985)	Pseudodependent, seductive
Structural Issues	1. Stable sense of self but lack of integration of affective experience into core self 2. Stable object constancy but proclivity to sacrifice relationships to appease harsh superego	1. Has self and object constancy 2. Has but underuses good ego function 3. Has proclivity to act out conflicts rather than reflect
Therapeutic Goals	<i>Interpersonal</i> 1. Increase value of relationship (over being right or in control) 2. Increase spontaneity, affective expression, and playfulness with others (Wells et al. 1990) <i>Structural</i> 1. Further individuation: develop genuine sense of autonomy rather than reactivity and power struggles 2. Soften harsh superego	<i>Interpersonal</i> 1. Develop appropriate self-assertion, initiative, and independent actions with others 2. Learn to distinguish between sexual and dependency needs <i>Structural</i> 1. Further integration of ego dystonic self experiences 2. Increase frustration tolerance and ability to reflect rather than act out 3. Encourage use of ego functions (e.g., observing ego)
Corrective Interpersonal Experience	1. Therapist must be warm, spontaneous, and emotionally expressive 2. Therapist must model appropriate risk taking (Wells et al. 1990) 3. Therapist must acknowledge mistakes and let clients off the hook when they make mistakes 4. Therapists must be nondirective and nonauthoritarian	1. Therapist must be warm and nondirective 2. Therapist must not dominate, get seduced, or foster too much dependency (Mueller and Aniskiewicz 1986) 3. Therapist must support strength, competence, and appropriate assertion 4. Therapist must clarify emotions and ask for factual details

Glickauf-Hughes &amp; Wells (1997), S. 71/72

## Anhang B: Psychodynamic Character Inventory-2 (Original)

### PSYCHODYNAMIC CAHRACTER INVENTORY-2

The following questions are designed to help your therapist gain a better understanding of your character. Though you may find some of these statements difficult, please try to respond to them as honestly as possible. While this checklist might seem lengthy, most people are able to complete it relatively quickly. Check each item as either T (for True or Mostly True) or F (for False or Mostly False).

- 1. I am more aware of what I think than what I feel.
- 2. I have difficulty believing that I am competent even when I'm successful.
- 3. I don't feel I can count on the people to whom I'm attached to be reliable and predictable.
- 4. I have a tendency to be absentminded.
- 5. Separations have always been difficult for me (e.g., starting school, going to high school, leaving home, graduating college, leaving a job or relationship).
- 6. I have a tendency to get jealous that my partner will love someone else more than me.
- 7. My family is proud of my talents and special abilities.
- 8. I'm having hard time leaving a relationship or job where feel criticized, rejected, devalued, and/or hurt.
- 9. I have a tendency to think that my problems with other people are all my fault.
- 10. I get very angry when I feel criticized.
- 11. I have great difficulty making decisions.
- 12. Spending time all alone is very difficult for me.
- 13. I have extremely intense moods that seem to change rapidly.
- 14. I spent most of my time daydreaming and having fantasies.
- 15. I feel either very important or very unworthy.
- 16. I have been told that I behave seductively and have been surprised as that was not my intention.
- 17. I strive "never" to make a mistake.
- 18. I often feel terrified, like a "baby alone in space".

- 
- \_\_\_ 19. I am an objective, neutral observer of life.
- \_\_\_ 20. I have been described as eccentric.
- \_\_\_ 21. I don't have any idea about who I really am, what I want, or what is truly important to me in life.
- \_\_\_ 22. While I find triangular relationships to be very difficult (e.g., having two friends that know each other well, having a partner who has an extremely close friend with whom I feel competitive), I often find myself in these types of situations.
- \_\_\_ 23. When I put aside my accomplishments, I am not really sure who I am.
- \_\_\_ 24. I have a very hard time apologizing.
- \_\_\_ 25. While I never have made suicide attempts or would kill myself, on a number of occasions I've wanted to die to end my feeling of pain.
- \_\_\_ 26. I have been told that I'm argumentative.
- \_\_\_ 27. I feel secretly proud of my extreme self-sufficiency.
- \_\_\_ 28. I frequently feel detached from my needs and feelings.
- \_\_\_ 29. I am painfully shy.
- \_\_\_ 30. When I am rageful or depressed, I have done things to hurt myself physically (e.g., suicide attempts, self-mutilation).
- \_\_\_ 31. I have a tendency to get into struggles with people, even over small things, because I don't like feeling controlled by people (i.e., forced into doing something that I don't want to do or don't agree with).
- \_\_\_ 32. I have been told that I'm dramatic.
- \_\_\_ 33. I need a lot of reassurance.
- \_\_\_ 34. My relationships generally tend to be short and intense.
- \_\_\_ 35. I'm afraid that, deep down, people like me for the things that I do for them, rather than for who I am.
- \_\_\_ 36. My parents paid the most attention to me when I had some sort of problem (e.g., misbehaved, was ill).
- \_\_\_ 37. Despite my initial intentions in a relationship, I usually find myself taking care of being responsible for the other person.
- \_\_\_ 38. It is very important to me that my partner is attractive, intelligent, appreciative of me, and a good listener.

- 
- \_\_\_ 39. When I ask people for advice, I experience a great conflict between wanting to please them so that they will like me (i.e., taking their advice) and wanting to be my own person (i.e., making my own decision).
- \_\_\_ 40. I frequently feel bored and empty inside.
- \_\_\_ 41. I was physically and/or sexually abused as a child to an extreme degree.
- \_\_\_ 42. I often feel panicked that people will abandon me.
- \_\_\_ 43. My physical appearance is very important to me.
- \_\_\_ 44. I don't enjoy eating as much as other people seem to (i.e., I eat to live rather than live to eat).
- \_\_\_ 45. I tend to do things to an extreme (e.g., I'm either very messy or very neat, very rational and logical or lose my temper).
- \_\_\_ 46. My sexual fantasies are almost always about doing something forbidden.
- \_\_\_ 47. Losing a relationship with someone that I love would be more painful to me than anything else.
- \_\_\_ 48. At times, I have had strange and unusual experiences (e.g., seeing or hearing things that are not there, believing things that no one else believes).
- \_\_\_ 49. I live by myself and have few, if any, relationships.
- \_\_\_ 50. I expect a great deal from people, have difficulty taking no for an answer, and persist in my attempts to get what I want. If people don't eventually go along with what I want, they can be replaced.
- \_\_\_ 51. As a child, when I went off and played by myself or made friends with other children, my mother acted rejecting toward me.
- \_\_\_ 52. I was the scapegoat (e.g., my family thought that I was "bad" or "screwed up") or caretaker (e.g., I was my parent's confidant, I was given too much responsibility for a child of my age) in my family.
- \_\_\_ 53. I am the happiest when I have a relationship with someone (e.g., friend, teacher, partner) that I greatly admire and identify with.
- \_\_\_ 54. I value work and productivity over spending time in leisure activities with other people.
- \_\_\_ 55. I am more emotional than analytical or logical.
- \_\_\_ 56. I have high moral standards and try to be conscientious.
- \_\_\_ 57. I feel detached from other people.
- \_\_\_ 58. Life often feels futile, meaningless, and unreal.

- 
- \_\_\_ 59. In sexual relationships, I have a tendency to be attracted to people who initially appear to be particularly loving, romantic, and/or seductive but then begin to frequently behave in a cruel or rejecting manner toward me.
- \_\_\_ 60. I feel driven at times to accomplish my goals, even when I know it is not really in my best interest.
- \_\_\_ 61. While people tend to find me likeable and entertaining, I do not really have intimate relationships with friends (i.e., people with whom I frequently spend leisure time, who I can share things that I feel embarrassed or guilty about, who are very important to me and that I can depend on).
- \_\_\_ 62. I feel guilty and/or embarrassed about my sexual fantasies and desires.
- \_\_\_ 63. Things feel black and white to me. When I like and feel supported by someone, I think they're absolutely perfect. When they disappoint me and I get angry with them, it's difficult for me to remember anything good about them.
- \_\_\_ 64. Given a choice, I value spiritual pursuits over pleasures in daily living.
- \_\_\_ 65. It is very important to me that other people do things the way that I tell them to do them, especially when I'm quite certain that my way is the correct approach.
- \_\_\_ 66. I have been told that I have an innocent or childlike manner.
- \_\_\_ 67. I frequently struggle with feelings of low self-esteem, especially when someone important to me is critical and/or angry at me.
- \_\_\_ 68. What a talented person can accomplish in this world is unlimited.
- \_\_\_ 69. It's hard for me to do things for other people that I do not want to do without feeling as though I am giving a part of myself up.
- \_\_\_ 70. One or both of my parents (or a sibling) was quite unpredictable in their behaviour toward me (i.e., alternated from being very loving, attentive, and/or fun to be with to being moody, critical, withdrawn, or even abusive).
- \_\_\_ 71. Sometimes when I speak, although I'm quite logical, other people seem to have difficulty following my ideas.
- \_\_\_ 72. My same-sex parent was somewhat cold and uninterested in me but my opposite-sex parent was more involved with me, warmer, and was someone who other people experienced as funny, charming, or even somewhat flirtatious (if heterosexual). If gay or lesbian, the situation is reserved.
- \_\_\_ 73. I have felt, at times, that I had no right to exist.
- \_\_\_ 74. I tend to look at the big picture. I am not at all a detail person.



- \_\_\_ 75. While I have emotional outbursts, I don't stay mad for long and am able to apologize to or forgive the person that I'm mad at.
- \_\_\_ 76. Being right (particularly when other people acknowledge it) is very important to me.
- \_\_\_ 77. People tend to like me because I know how to make them feel really important and special.
- \_\_\_ 78. I tend to adore/admire people first and to then get very disillusioned in them.
- \_\_\_ 79. I would like to live alone somewhere that is remote and peaceful.
- \_\_\_ 80. Separations from people that I am attached to are almost unbearable for me.
- \_\_\_ 81. Sometimes, when I think I'm trying my best to be nice and cooperative, people seem to get irritated with me and I don't really understand why.
- \_\_\_ 82. I often have the experience of being "one" with people in my life. When I do, I both like it and feel frightened by it.
- \_\_\_ 83. The emotion that I feel the most frequently is a combination of rage and self-hatred.
- \_\_\_ 84. I have difficulty compromising, especially when I know that my way is the right way.
- \_\_\_ 85. I tend to notice details and can lose sight of the big picture at times.
- \_\_\_ 86. I tend to act somewhat impulsively and to think about it afterward. However, this doesn't usually cause me great harm.
- \_\_\_ 87. I don't believe people will respect or be interested in me unless I'm perfect (e.g., brilliant, exceptionally attractive, thin, successful).
- \_\_\_ 88. I believe that I could get what I need from my parent(s) or partner, if only I could figure out the right thing to do.
- \_\_\_ 89. People say that they experience me as cool and aloof.
- \_\_\_ 90. I frequently make lists to organize my activities but have difficulty completing things on the list according to schedule.

---

(Glickauf-Hughes & Wells (1997), S. 444-448)

1. Schizoid-Skala: Items 4, 14, 19, 20, 27, 28, 29, 44, 49, 57, 58, 64, 73, 79, 89
2. Hysteroid-Skala: Items 5, 12, 13, 18, 21, 30, 34, 41, 42, 48, 51, 63, 80, 82, 83
3. Narzissmus-Skala: Items 7, 10, 15, 23, 24, 38, 40, 43, 50, 53, 68, 69, 77, 78, 87
4. Masochismus-Skala: Items 3, 8, 9, 25, 35, 36, 37, 39, 47, 52, 59, 67, 70, 81, 88
5. Zwanghaft-Skala: Items 1, 11, 17, 26, 31, 45, 54, 56, 60, 65, 71, 76, 84, 85, 90
6. Hysterie-Skala: Items 2, 6, 16, 22, 32, 33, 46, 55, 61, 62, 66, 72, 74, 75, 86

## Anhang C: Psychodynamic Character Inventory-2 (deutsch)

### PCI-2

Alter: \_\_\_\_\_

Bearbeitungsdauer: \_\_\_\_\_ min.

Geschlecht: männlich( ) weiblich( )

Schulabschluß: \_\_\_\_\_

(ggf.: Studienfach \_\_\_\_\_)

		trifft gar nicht zu	trifft etwas zu	trifft überwie- gend zu	trifft ausge- sprochen zu
1)	Ich bin manchmal gedankenverloren.	( )	( )	( )	( )
2)	Ich spüre eine große Distanz zwischen mir und anderen Menschen.	( )	( )	( )	( )
3)	Situationen beobachte ich eher, als das ich aktiv mitwirke.	( )	( )	( )	( )
4)	Andere Menschen bezeichnen mich als exzentrisch.	( )	( )	( )	( )
5)	Insgeheim bin ich stolz darauf, dass ich niemanden außer mir selbst brauche.	( )	( )	( )	( )
6)	Ich lasse mich von meinen Gefühlen oder Bedürfnissen leiten.	( )	( )	( )	( )
7)	Ich bin extrem zurückhaltend.	( )	( )	( )	( )
8)	Ich genieße Essen nicht so sehr wie andere.	( )	( )	( )	( )
9)	Ich lebe allein und habe, wenn überhaupt, nur wenige Beziehungen.	( )	( )	( )	( )

10)	Ich verbringe Zeit mit Tagträumen und Phantasien.	( )	( )	( )	( )
11)	Das Leben erscheint mir unlogisch und fremd.	( )	( )	( )	( )
12)	Ich bin eher intellektuell als auf Unternehmungen und Vergnügen aus.	( )	( )	( )	( )
13)	Ich habe schon an meinem Recht zu leben gezweifelt.	( )	( )	( )	( )
14)	Ich würde gerne allein, an einem ruhigen und abgelegenen Ort leben.	( )	( )	( )	( )
15)	Manche Menschen sagen, ich sei kühl und teilnahmslos.	( )	( )	( )	( )
16)	Trennungen sind für mich stets schwierig (z. B. Schul- oder Studienbeginn, aus dem Elternhaus ausziehen, einen Job aufgeben, eine Beziehung beenden oder eine Ausbildung abschließen).	( )	( )	( )	( )
17)	Es fällt mir schwer, mit mir allein zu sein.	( )	( )	( )	( )
18)	Ich habe intensive Stimmungsschwankungen.	( )	( )	( )	( )
19)	Ich habe panische Angst und fühle mich dabei hilflos und völlig allein auf der Welt.	( )	( )	( )	( )
20)	Ich habe Schwierigkeiten damit, eine Vorstellung davon zu entwickeln, wer ich bin, was ich will, oder was wichtig für mich ist.	( )	( )	( )	( )
21)	Wenn ich wütend oder depressiv bin, versuche ich, mich zu verletzen oder riskiere es, mir zu schaden (aggressives Fahren, exzessiver Alkohol-/ Drogenkonsum, o. ä.).	( )	( )	( )	( )
22)	Meine Beziehungen sind normalerweise kurz und intensiv.	( )	( )	( )	( )
23)	Ich wurde als Kind körperlich mißhandelt.	( )	( )	( )	( )
24)	Ich habe panische Angst davor, verlassen zu werden.	( )	( )	( )	( )
25)	Ich habe seltsame oder ungewöhnliche Erlebnisse z. B. das Gefühl, neben mir zu stehen oder etwas zu sehen oder zu hören, das andere nicht wahrnehmen.	( )	( )	( )	( )
26)	Als Kind gab es Zuhause Schwierigkeiten, wenn ich neue	( )	( )	( )	( )

	Freundschaften schließen oder für mich allein sein wollte.				
27)	Wenn ich mich von anderen Menschen gemocht und unterstützt fühle, erscheinen sie mir ideal. Wenn sie mich enttäuschen, ist es mühevoll, mich an ihre guten Eigenschaften zu erinnern.	( )	( )	( )	( )
28)	Es ist für mich fast unerträglich, einen Menschen zu verlieren, auch wenn dieser mir nicht allzu nahe steht.	( )	( )	( )	( )
29)	Ich habe erlebt, mit wichtigen Personen „eins zu sein“, wobei ich gleichermaßen Freude und Angst empfand.	( )	( )	( )	( )
30)	Ich kenne große Wut und Haß auf mich selbst.	( )	( )	( )	( )
31)	Meine Familie ist stolz auf meine Fähigkeiten und Talente.	( )	( )	( )	( )
32)	Ich werde schnell wütend, wenn ich kritisiert werde.	( )	( )	( )	( )
33)	In einigen Situationen habe ich das Gefühl wichtig zu sein, während ich mich in anderen wertlos fühle.	( )	( )	( )	( )
34)	Wenn ich das, was ich erreicht habe, außer Acht lassen würde, wüßte ich nicht mehr so recht, wer ich bin.	( )	( )	( )	( )
35)	Es fällt mir schwer, mich zu entschuldigen.	( )	( )	( )	( )
36)	Es ist wichtig für mich, dass mein/e PartnerIn attraktiv und intelligent ist, mich zu schätzen weiß und gut zuhören kann.	( )	( )	( )	( )
37)	Ich bin gelangweilt und fühle mich innerlich leer.	( )	( )	( )	( )
38)	Mein äußeres Erscheinungsbild ist mir wichtig.	( )	( )	( )	( )
39)	Ich stelle hohe Anforderungen an andere Menschen und akzeptiere kaum ein „Nein“ als Antwort. Wenn sie schließlich nicht wollen, was ich will, suche ich mir jemanden anderen.	( )	( )	( )	( )
40)	Ich bin glücklich, wenn ich jemanden bewundern und mich mit ihm/ihr identifizieren kann (z. B. Freund, Lehrer, Partner, Stars).	( )	( )	( )	( )

41)	Eine talentierte und begabte Person kann alles erreichen.	( )	( )	( )	( )
42)	Wenn ich jemandem gegen meinen Willen eine Gefälligkeit erweise, habe ich das Gefühl, einen Teil von mir aufzugeben.	( )	( )	( )	( )
43)	Andere Menschen mögen mich, weil ich ihnen das Gefühl gebe, etwas Besonderes zu sein.	( )	( )	( )	( )
44)	Es kommt vor, dass ich andere Menschen zuerst verehere oder bewundere und später von ihnen enttäuscht bin.	( )	( )	( )	( )
45)	Ich glaube nicht, dass andere Menschen mich respektieren würden oder an mir interessiert wären, wenn ich nicht schlank, attraktiv, intelligent, erfolgreich o. ä. wäre.	( )	( )	( )	( )
46)	Ich halte Menschen weder für zuverlässig noch für vorhersagbar.	( )	( )	( )	( )
47)	Es fällt mir schwer, eine Beziehung oder eine Arbeitsstelle zu verlassen, obwohl ich mich dort kritisiert, unterbewertet oder verletzt fühle.	( )	( )	( )	( )
48)	Ich glaube, dass ich für Schwierigkeiten, die ich mit anderen Menschen habe, ganz allein verantwortlich bin.	( )	( )	( )	( )
49)	Ich hatte bereits den Wunsch zu sterben, nur damit mein Leiden aufhört.	( )	( )	( )	( )
50)	Menschen mögen mich eigentlich nur für Dinge, die ich für sie tue, weniger für meine Person.	( )	( )	( )	( )
51)	Meine Eltern schenken mir am meisten Aufmerksamkeit, wenn ich Probleme hatte, mich schlecht benahm, ungeschickt oder krank war.	( )	( )	( )	( )
52)	Obwohl ich mir eine Beziehung anders wünsche, befinde ich mich üblicherweise in der Rolle, für die andere Person zu sorgen oder mich für sie verantwortlich zu fühlen.	( )	( )	( )	( )
53)	Wenn ich andere um Rat frage, befinde ich mich in dem Zwiespalt, den Rat anzunehmen, um ihnen zu gefallen	( )	( )	( )	( )

	oder meine eigenen Entscheidungen zu treffen, damit ich unabhängig bleibe.				
54)	Es wäre für mich schmerzlicher als alles andere, eine Beziehung zu jemandem zu verlieren, den ich liebe.	( )	( )	( )	( )
55)	Ich war früher der Sündenbock, das Sorgenkind oder auch der/ die Vertraute eines meiner Elternteile und trug viel Verantwortung für mein Alter.	( )	( )	( )	( )
56)	In sexuellen Beziehungen neige ich dazu, die Menschen anziehend zu finden, die mich anfangs ganz besonders lieben oder verführerisch sind, sich dann aber unerwartet ablehnend oder verletzend verhalten.	( )	( )	( )	( )
57)	Meine Selbstachtung leidet besonders, wenn jemand, der mir wichtig ist, mich kritisiert oder sich meiner wegen ärgert.	( )	( )	( )	( )
58)	Ein oder mehrere Familienmitglieder schwankten zwischen lebenswürdigem und zurückweisendem oder mißbräuchlichem Verhalten.	( )	( )	( )	( )
59)	Wenn ich nett und hilfsbereit bin, reagieren andere irritiert und ich verstehe wirklich nicht, warum.	( )	( )	( )	( )
60)	Ich glaube, von meinen Eltern oder PartnerIn das bekommen zu können, was ich brauche, wenn ich wüßte, was ich dafür tun muß.	( )	( )	( )	( )
61)	Ich bin mir eher meiner Gedanken als meiner Gefühle bewußt.	( )	( )	( )	( )
62)	Es fällt mir schwer, Entscheidungen zu treffen.	( )	( )	( )	( )
63)	Ich strebe danach, keine Fehler zu machen.	( )	( )	( )	( )
64)	Mir ist gesagt worden, dass ich streitlustig sei.	( )	( )	( )	( )
65)	Ich kann es nicht leiden, wenn jemand versucht, mich zu bevormunden.	( )	( )	( )	( )
66)	Ich neige zu gegensätzlichem Verhalten: Ich bin entweder	( )	( )	( )	( )

	sehr unordentlich oder sehr sauber bzw. sehr beherrscht oder gerate schnell in Wut.				
67)	Mir sind Arbeit und Leistung wichtiger als Freizeit und Geselligkeit.	( )	( )	( )	( )
68)	Ich habe hohe Moralvorstellungen und versuche, gewissenhaft zu sein.	( )	( )	( )	( )
69)	Was ich einmal angefangen habe, muß ich um jeden Preis beenden.	( )	( )	( )	( )
70)	Es ist mir wichtig, dass andere etwas auf meine Weise erledigen, besonders wenn ich mir sicher bin, dass meine Art die richtige ist.	( )	( )	( )	( )
71)	Obwohl ich den Eindruck habe, mich verständlich und logisch auszudrücken, haben andere Schwierigkeiten, mir zu folgen.	( )	( )	( )	( )
72)	Wenn einige Menschen mir bereits zugestimmt haben, ist es mir wichtig, auch diejenigen noch zu überzeugen, die nicht meiner Meinung sind.	( )	( )	( )	( )
73)	Mir fällt es schwer, Kompromisse einzugehen, besonders wenn ich weiß, dass ich im Recht bin.	( )	( )	( )	( )
74)	Ich lege Wert auf Sorgfalt und Details.	( )	( )	( )	( )
75)	Ich plane häufig meine Aktivitäten, habe aber Schwierigkeiten, sie in der festgelegten Reihenfolge zu erledigen.	( )	( )	( )	( )
76)	Ich erkenne meine Fähigkeiten und Stärken nur schwer an, selbst wenn ich erfolgreich bin.	( )	( )	( )	( )
77)	Ich bin eifersüchtig und glaube, dass mein Partner jemanden anderen mehr liebt als mich.	( )	( )	( )	( )
78)	Mir ist gesagt worden, ich hätte mich verführerisch verhalten oder geflirtet, obwohl das gar nicht meine Absicht war.	( )	( )	( )	( )
79)	Obwohl ich Dreiecksbeziehungen für schwierig halte, z.	( )	( )	( )	( )

	B. zwei Freunde zu haben, die sich sehr gut verstehen oder eine/n PartnerIn, der/die einen sehr guten Freund besitzt, gerate ich in solche Situationen.				
80)	Mir ist gesagt worden, ich sei dramatisch.	( )	( )	( )	( )
81)	Ich brauche die Bestätigung, dass ich bestimmt das Richtige tue.	( )	( )	( )	( )
82)	Meine sexuellen Phantasien erscheinen mir manchmal anstößig oder gar „verboten“.	( )	( )	( )	( )
83)	Ich bin eher gefühlsbetont als rational oder intellektuell.	( )	( )	( )	( )
84)	Obwohl mich andere Menschen liebenswürdig und unterhaltsam finden, habe ich, abgesehen von Eltern oder Partner/in, keine engen Vertrauensbeziehungen.	( )	( )	( )	( )
85)	Ich fühle mich schuldig bzw. peinlich berührt angesichts meiner sexuellen Wünsche und Phantasien.	( )	( )	( )	( )
86)	Mir ist gesagt worden, dass ich eine unschuldige und kindliche Art habe.	( )	( )	( )	( )
87)	Mein gleichgeschlechtlicher Elternteil war mir gegenüber eher kühl oder teilnahmslos, während der andere eher wärmer und mehr an mir interessiert war.	( )	( )	( )	( )
88)	Der Gesamteindruck bedeutet mir mehr als Details.	( )	( )	( )	( )
89)	Obwohl ich emotionale Ausbrüche haben kann, ist es mir möglich, mich zu entschuldigen und anschließend versöhnlich zu zeigen.	( )	( )	( )	( )
90)	Ich neige zu impulsivem Verhalten und denke erst hinterher darüber nach, allerdings verursacht dies üblicherweise keinen großen Schaden.	( )	( )	( )	( )



## Anhang D: Anschreiben

# Interesse an psychologischer Forschung?

Für meine Diplomarbeit im Fach Psychologie benötige ich freiwillige Mithelfer, die bereit sind, einen Fragebogen auszufüllen.

Die Auswertung erfolgt selbstverständlich **anonym** und soll helfen, den Fragebogen zu verbessern und zu klären, ob sich dessen Einsatz im psychologischen Bereich (z. B. in der Psychotherapie) lohnen würde.

Hier eine kurze Anleitung, wie die Beantwortung geschehen soll:

- Um einen Eindruck davon zu bekommen, wie lange die durchschnittliche Bearbeitungsdauer beträgt, messen Sie bitte die **Zeit** und tragen diese auf der ersten Seite ein.
- Füllen Sie bitte den Fragebogen an einem Stück ohne Pausen aus.
- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, daher genügt Ihr erster Einfall als Antwort.
- Für die korrekte Auswertung muß **jede Frage** mit nur **einem** Kreuz beantwortet werden. Gehen Sie deshalb bitte im Anschluß an die Beantwortung den Fragebogen noch einmal durch.

Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!



Kontakt:  
Marco Staats  
0541/ 41364

## Anhang E: Statistische Auswertungen

Item-total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
SZ1	14,2901	13,0383	,5083	,7598
SZ2	14,7557	12,2629	,5233	,7549
SZ3	14,3359	12,2709	,4947	,7587
SZ7	14,5878	12,1211	,4469	,7668
SZ9	15,0153	13,0921	,3626	,7755
SZ10	14,6794	12,9887	,3900	,7720
SZ11	15,0763	12,7018	,4991	,7589
SZ12	14,6336	12,5724	,4549	,7640
SZ14	14,9542	12,8748	,4328	,7667
SZ15	15,1069	13,3731	,4397	,7671
Reliability Coefficients				
N of Cases = 131,0			N of Items = 10	
Alpha = ,7830				

Abbildung 4: Cronbach's Alpha für Schizoid-Skala

Item-total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
BL16	17,5496	20,2956	,5265	,7882
BL17	18,2519	22,7745	,3971	,7990
BL18	17,9924	22,3153	,4946	,7904
BL19	18,6107	24,3627	,3436	,8033
BL20	18,2214	23,2814	,3965	,7988
BL21	18,5420	24,0194	,3539	,8022
BL24	18,0534	20,4356	,6851	,7704
BL25	18,4809	23,4669	,4029	,7985
BL27	17,9084	21,8069	,5255	,7872
BL28	18,2290	22,9010	,4032	,7983
BL29	17,9084	21,4685	,4273	,7988
BL30	18,0687	21,2645	,5259	,7869
Reliability Coefficients				
N of Cases = 131,0			N of Items = 12	
Alpha = ,8078				

Abbildung 5: Cronbach's Alpha für Borderline-Skala

Item-total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
NA32	9,9237	5,5326	,3864	,6309
NA33	9,6336	4,9416	,5740	,5602
NA34	10,1756	5,4843	,3847	,6318
NA36	8,8550	5,6326	,3234	,6545
NA44	9,8626	5,6579	,3847	,6313
NA45	10,3282	5,9760	,3446	,6443
Reliability Coefficients				
N of Cases =	131,0		N of Items =	6
Alpha =	,6686			

Abbildung 6: Cronbach's Alpha für Narzissmus-Skala

Item-total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
MA46	19,4885	26,0210	,3679	,7793
MA47	19,6489	26,3219	,3341	,7822
MA48	19,4580	25,4040	,4036	,7763
MA49	19,7939	24,7957	,4518	,7717
MA50	19,9160	26,0314	,5091	,7703
MA51	19,7863	25,9693	,3945	,7771
MA52	19,3664	25,1109	,4222	,7746
MA53	19,7939	26,3033	,4171	,7759
MA55	19,3435	22,8734	,5118	,7663
MA56	19,9542	26,4133	,4050	,7769
MA57	19,0992	24,7824	,4214	,7750
MA58	19,8168	25,2123	,5076	,7675
MA60	19,5573	25,6948	,3473	,7819
Reliability Coefficients				
N of Cases =	131,0		N of Items =	13
Alpha =	,7888			

Abbildung 7: Cronbach's Alpha für Masochismus-Skala

Item-total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
ZW61	19,4580	19,7886	,3746	,7623
ZW63	18,7786	18,7275	,5096	,7432
ZW66	19,6718	20,2068	,3283	,7683
ZW67	19,8702	19,5292	,5141	,7444
ZW68	18,9313	20,1260	,3950	,7587
ZW69	19,1832	19,1508	,4754	,7482
ZW70	19,2748	18,8624	,5474	,7386
ZW72	19,7099	19,5460	,4837	,7477
ZW73	19,2977	20,1491	,3670	,7625
ZW74	19,0153	20,1998	,3984	,7583
Reliability Coefficients				
N of Cases = 131,0			N of Items = 10	
Alpha = ,7725				

Abbildung 8: Cronbach's Alpha für Zwanghaft-Skala

Item-total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
HY76	10,3969	7,1028	,3067	,6176
HY77	10,9542	7,6748	,3014	,6144
HY78	10,7481	7,0207	,4350	,5729
HY80	11,0382	7,8831	,3398	,6060
HY81	10,2061	7,4110	,3330	,6053
HY82	10,9695	7,2606	,4075	,5832
HY83	10,0229	6,9610	,3413	,6050
Reliability Coefficients				
N of Cases = 131,0			N of Items = 7	
Alpha = ,6372				

Abbildung 9: Cronbach's Alpha für Hysterie-Skala

Korrelationen

			ALTER	ZEIT	SZNEU	BLNEU	NANEU	MANEU	ZWNEU	HYNEU
Kendall-Tau-b	ALTER	Korrelationskoeffizient	1,000	-,070	-,018	-,083	-,119	-,067	-,136*	-,260**
		Sig. (2-seitig)	,	,291	,773	,178	,057	,275	,027	,000
		N	131	119	131	131	131	131	131	131
	ZEIT	Korrelationskoeffizient	-,070	1,000	,080	,179**	,084	,034	,139*	,019
		Sig. (2-seitig)	,291	,	,241	,007	,221	,611	,037	,780
		N	119	119	119	119	119	119	119	119
	SZNEU	Korrelationskoeffizient	-,018	,080	1,000	,266**	,237**	,206**	,089	,181**
		Sig. (2-seitig)	,773	,241	,	,000	,000	,001	,160	,005
		N	131	119	131	131	131	131	131	131
	BLNEU	Korrelationskoeffizient	-,083	,179**	,266**	1,000	,357**	,431**	,286**	,352**
		Sig. (2-seitig)	,178	,007	,000	,	,000	,000	,000	,000
		N	131	119	131	131	131	131	131	131
	NANEU	Korrelationskoeffizient	-,119	,084	,237**	,357**	1,000	,371**	,352**	,405**
		Sig. (2-seitig)	,057	,221	,000	,000	,	,000	,000	,000
		N	131	119	131	131	131	131	131	131
	MANEU	Korrelationskoeffizient	-,067	,034	,206**	,431**	,371**	1,000	,346**	,394**
		Sig. (2-seitig)	,275	,611	,001	,000	,000	,	,275	,000
		N	131	119	131	131	131	131	131	131
ZWNEU	Korrelationskoeffizient	-,136*	,139*	,089	,286**	,352**	,346**	1,000	,251**	
	Sig. (2-seitig)	,027	,037	,160	,000	,000	,000	,	,000	
	N	131	119	131	131	131	131	131	131	
HYNEU	Korrelationskoeffizient	-,260**	,019	,181**	,352**	,405**	,394**	,251**	1,000	
	Sig. (2-seitig)	,000	,780	,005	,000	,000	,000	,000	,	
	N	131	119	131	131	131	131	131	131	
Spearman-Rho	ALTER	Korrelationskoeffizient	1,000	-,106	-,023	-,121	-,163	-,098	-,188*	-,361**
		Sig. (2-seitig)	,	,252	,795	,168	,062	,265	,032	,000
		N	131	119	131	131	131	131	131	131
	ZEIT	Korrelationskoeffizient	-,106	1,000	,119	,242**	,115	,041	,194*	,025
		Sig. (2-seitig)	,252	,	,197	,008	,211	,660	,035	,790
		N	119	119	119	119	119	119	119	119
	SZNEU	Korrelationskoeffizient	-,023	,119	1,000	,351**	,306**	,273**	,123	,245**
		Sig. (2-seitig)	,795	,197	,	,000	,000	,002	,161	,005
		N	131	119	131	131	131	131	131	131
	BLNEU	Korrelationskoeffizient	-,121	,242**	,351**	1,000	,465**	,582**	,397**	,471**
		Sig. (2-seitig)	,168	,008	,000	,	,000	,000	,000	,000
		N	131	119	131	131	131	131	131	131
	NANEU	Korrelationskoeffizient	-,163	,115	,306**	,465**	1,000	,492**	,476**	,526**
		Sig. (2-seitig)	,062	,211	,000	,000	,	,000	,000	,000
		N	131	119	131	131	131	131	131	131
	MANEU	Korrelationskoeffizient	-,098	,041	,273**	,582**	,492**	1,000	,473**	,532**
		Sig. (2-seitig)	,265	,660	,002	,000	,000	,	,000	,000
		N	131	119	131	131	131	131	131	131
ZWNEU	Korrelationskoeffizient	-,188*	,194*	,123	,397**	,476**	,473**	1,000	,348**	
	Sig. (2-seitig)	,032	,035	,161	,000	,000	,000	,	,000	
	N	131	119	131	131	131	131	131	131	
HYNEU	Korrelationskoeffizient	-,361**	,025	,245**	,471**	,526**	,532**	,348**	1,000	
	Sig. (2-seitig)	,000	,790	,005	,000	,000	,000	,000	,	
	N	131	119	131	131	131	131	131	131	

Tabelle 36: Rangkorrelationen der Subtests